



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

Clínica psicoanalítica de las psicosis en la atención pública chilena.

Discusiones y aportes de la práctica clínica psicoanalítica de la psicosis en Chile, a diez años de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental.



Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología clínica de adultos

Autora: Mara Sabrovsky Baytelman
Profesor Guía: Gonzalo Miranda Hiriart

Índice:

Índice.....	3
Resumen.....	5
1. Introducción.....	8
2. Presentación del problema.....	14
3. Objetivos.....	28
4. Marco teórico.....	29
4.1. Tratamiento de la locura en la Salud Pública chilena.....	29
4.1.1.Etapa manicomial.....	30
4.1.2. El psicoanálisis llega a Chile.....	31
4.1.3. Modelo hospitalocéntrico.....	33
4.1.4.Modelo ambulatorio/comunitario.....	34
4.2. Psicoanálisis y psicosis.....	40
4.2.1.Psicoanálisis y psiquiatría.....	42
4.2.2.¿Un psicoanálisis para la locura?.....	43
4.2.3.Más allá de Freud.....	47
5. Marco Metodológico.....	53
5.1. Enfoque cualitativo.....	53
5.2. Discurso.....	54
5.3. La conversación, la entrevista y sus hablas.....	58
5.4. Selección de los participantes.....	60
5.5. Técnica de recopilación de información.....	62
5.6. Procedimiento de análisis e interpretación.....	63
4.7. Reflexividad en la investigación.....	65
6. Análisis y Resultados.....	68
6.1. Derechos humanos: Escuchar a un sujeto.....	68
6.1.1. La perspectiva de los derechos humanos del PNSM en el contexto chileno.....	68
6.1.2: DDHH, Violencias y precariedades.....	75
6.1.3: “no hay tiempo”: o la violencia de la eficiencia.....	81
6.1.4. Violencia de las intervenciones psiquiátricas o por qué el discurso biomédico es el hegemónico.....	82

6.1.5. La violencia de no considerar al loco como sujeto de derecho: implicancias clínicas de las intervenciones y los diagnósticos.....	84
6.2. Dificultades del trabajo analítico con psicosis al interior de las instituciones de Salud Mental.....	88
6.2.1. De las complejas relaciones entre psiquiatría, psicología y psicoanálisis.....	89
6.2.2. “parece que fuera una cosa media prohibida”.....	93
6.2.3. Desmentida.....	94
6.2.4. El psicoanálisis, sus dificultades y su “jerga”.....	97
6.3. Posturas y debates frente a la dificultad.....	101
6.3.1. Negociación.....	102
6.3.2. Estrategia.....	105
6.3.3. “Estamos en la primera reforma”.....	108
6.4. El oficio: ¿qué es lo analítico?.....	110
6.4.1. Trabajo analítico-psicoanálisis.....	113
7. Discusión y conclusiones: La locura como ¿objeto? de la psiquiatría.....	116
7.1. ¿Qué lugar existe entonces para el psicoanálisis?.....	118
7.2. Consecuencias del modelo actual.....	120
7.3. Discurso médico y TCC.....	121
7.4. ¿De qué inclusión se habla?.....	125
7.5. Lo generacional en la historia del psicoanálisis.....	127
7.6. Consideraciones finales.....	129
8. Referencias Bibliográficas.....	132

Resumen

El Plan Nacional de Salud Mental y los documentos que se desprenden de éste han sido formulados desde un modelo biomédico-psiquiátrico de comprensión de las enfermedades mentales, el que se instala al interior de una propuesta comunitaria, y privilegia los enfoques cognitivos-conductuales o sistémicos. Coherentemente con lo anterior, las instituciones vinculadas al sistema público que trabajan con psicosis buscan psicólogos de estas orientaciones. Más allá de los “datos objetivos” y de las razones de esta situación, se podría afirmar que existe una suerte de restricción al psicoanálisis que se hace más evidente aún frente al tratamiento de las psicosis. No obstante, existen psicólogos con formación psicoanalítica que trabajan en estas instituciones y que plantean su labor desde el psicoanálisis. Se trata de algún modo de una práctica que “resiste”, en el sentido de que no se somete a los discursos hegemónicos, en los cuales la clínica psicoanalítica es descartada como medio terapéutico y suele ser marginada por sus supuestos efectos iatrogénicos en los pacientes.

Esta investigación surge en el interés de dar un lugar a estas experiencias y sus modos de trabajo al interior del sistema que se torna muchas veces adverso. Entendiendo al mismo tiempo que en estos espacios se vendrían a poner en juego, de modo ejemplar, la práctica de la clínica psicoanalítica, en tanto herramienta válida de atención frente al problema de la locura. Lo anterior evidencia ciertos aspectos ideológicos en los cuales el psicoanálisis ha quedado rodeado de prejuicios.

Considerando que se trata de una problemática poco investigada, y que por lo tanto cuenta con pocos antecedentes, se realizó un estudio de tipo exploratorio, donde por medio de un diseño cualitativo se profundizó en el discurso de estos profesionales. Desde el análisis del material obtenido se discutieron cuestiones referentes al modelo de atención existente en el sistema de salud y sus consecuencias, a la luz de la mirada analítica. Se intentó dilucidar esta posición problemática del psicoanálisis, evidenciándose la hipótesis de que los mismos psicoanalistas habrían sido parte en esta cuestión, lo cual sitúa el problema no solo como algo externo, responsabilizando la labor de los psicoanalistas y sus modos de transmisión. Finalmente, se discute la responsabilidad política y ética que está implicada al

momento de asumir, o no, una discusión con los modelos hegemónicos desde los cuales se piensa la salud mental en la actualidad.

Palabras Claves: Políticas Públicas, Salud Mental, Clínica Psicoanalítica de la Psicosis.

“En mi opinión, los tratamientos que actualmente proponen médicos y psiquiatras al enfermo mental, no pueden dejar de tener un significado alienante, desde el momento que la única finalidad es devolver al enfermo al circuito productivo, mercancía primero como trabajador, mercancía luego como enfermo. Este tratamiento, evidentemente, impide a la persona expresarse subjetivamente. Así, la relación médico-enfermo es una relación de dominio y de poder, y es difícil salir de esta contradicción”. (Basaglia, p.113)

1. Introducción:

“...hacían lo que los psiquiatras decían, como si fueran **técnicos de la mente** por decir algo y entonces el psiquiatra decía « hay que hacer una radiografía de la cabeza » y el psicólogo va y le hace la radiografía del alma” (Fragmento entrevista, 2011)

Las palabras referidas más arriba pertenecen a uno de los psicólogos entrevistados en esta investigación y nos muestran de forma privilegiada ciertos aspectos de las relaciones de trabajo entre psiquiatras y psicólogos, y bajo qué supuestos se articula esta relación. Tal vez “articular” sea una palabra demasiado pretenciosa, teniendo en cuenta que lo que esta cita pone en juego es justamente la relación de subordinación entre psiquiatría y psicología. Como vemos, el psicólogo, *técnico de la mente*, va y hace lo que el psiquiatra le solicita, pero al mismo tiempo se evidencia un problema: se le pide una radiografía de la *mente*, y el psicólogo realiza esta radiografía, pero no a la *mente*, sino que al *alma*, según refiere.

No discutiremos las diferencias filosóficas entre *cabeza*, *mente* y *alma*, ni cómo estas concepciones han sido incorporadas a través de la historia de la psiquiatría, sino que nos detendremos en el hecho de que en el siglo XXI la psiquiatría sigue buscando las huellas, las evidencias físicas de la enfermedad mental. Lo hace por cierto con tecnología de punta—ya no es necesario abrir la cabeza para buscar “la piedra de la locura”—, pero de todas maneras prevalece y se impone con mucha fuerza en la actualidad un enfoque organicista, que intenta localizar la enfermedad mental en un órgano particular: el cerebro y sus mecanismos de funcionamiento, para establecer modalidades de tratamiento en esta misma línea: Terapias de shock, cirugías cerebrales y medicamentos que actúan directamente en el organismo.

Nos hace evocar prácticas medievales, como las que el pintor holandés El Bosco evidenció, con un sentido del humor bastante oscuro y gran lucidez, para el tratamiento de la locura. Se trata de “La extracción de la piedra de la locura” (1475-

1480), obra que a grandes rasgos muestra a una suerte de médico (uno bastante peculiar, con una especie de embudo en la cabeza) acompañado de una monja con un libro, ¿la Biblia? sobre la cabeza y un cura. El personaje “médico” se encuentra haciendo una incisión con un cuchillo en el cráneo de un hombre, aparentemente con el fin de extraer lo que sería un cuerpo, una piedra, causante de la locura.

Lo anterior es parte de una práctica terapéutica utilizada durante el medioevo para eliminar la supuesta causa de este mal. Práctica que desde los ojos críticos del artista parece ser llevada a cabo en una situación bastante poco cercana a la razón. Quérel y Postel (2010) dan cuenta de este procedimiento, en palabras de Falso Arnaldo de Vilanova:

“Que después de haber rasurado la cabeza, se aplique un cauterio en la parte superior de la cabeza, que se haga una incisión en la piel en forma de cruz y que se perfore el cráneo, para que la materia salga al exterior; y que el enfermo sangre mucho ya que se libera por la materia que sale; o bien que se haga simplemente un cauterio sobre esa parte de la cabeza y la herida se mantenga abierta. (p. 71)

De este modo la locura se encontraría situada en el cerebro y se buscaría combatir “la raíz misma del mal.” (Ibíd. p. 71)

En esta misma línea se encuentra la teoría de la frenología, desarrollada originalmente por J. F. Gall, quien postuló que era posible localizar las enfermedades mentales en fracciones específicas del cerebro. Lo anterior inspiró terapéuticas que por ejemplo planteaban la necesidad de elaborar un

“corsé encefálico” el que partía del siguiente razonamiento: “un zapato, bien ajustado, mejora el pie; un corsé bien confeccionado, mejora la forma del cuerpo, por lo que se llega a la idea de que un instrumento semejante al que emplean los sombrereros para medir la cabeza, aplicado con saber e inteligencia desde la más tierna infancia, permitiría debilitar los órganos demasiado voluminosos y desarrollar los órganos demasiado débiles, mejorando de tal manera la forma y la acción del encéfalo.” (Ibíd. p. 307)

Asimismo, no olvidemos las teorías de la degeneración de Lombroso y Magnan, las que se habrían elaborado a partir de la observación de la disección del cráneo de un condenado, en el que habría sido descubierta “La existencia de una fosita occipital mediana que daba al cerebro un aspecto trilobado como el de los roedores, los lemúridos y los monos inferiores” (Ibíd. p. 675)

Es decir, se asume que la enfermedad mental es una expresión de una lesión o falla, la que estaría alojada en la constitución misma del enfermo mental.

Siguiendo a Aceituno (2011), es importante señalar que aún cuando esta doctrina de la degeneración pudo caer en un descrédito

“y aún cuando su lugar en las teorías psiquiátricas de la época contemporánea ha perdido la valoración que se le conoció durante ese tiempo, sus alcances no han dejado de funcionar –real, sutil o veladamente- en los enunciados psiquiátricos de una nueva época. Ya no ha sido necesario, por cierto, que toda la retórica “higiénica” de sus apuestas teóricas tuviera un lugar privilegiado en la cartografía de los excesos al finalizar el siglo de Pinel y comenzar el de Freud. Pero no por ello dejó de resonar su vocación jerarquizadora. (Ibíd. p.60)

Es sugerente lo que plantea Aceituno, ya que permite preguntarnos si el modelo biomédico actual, en esta búsqueda de la huella, del daño orgánico, no es de algún modo una versión mejor documentada de la frenología de antaño.

Los ejemplos anteriores nos sirven de territorio inicial para plantear que el escenario actual no dista considerablemente en cuanto a las discusiones frente a la comprensión de la enfermedad mental.

Como mencionamos, la neurología y neurociencias actuales guardan una estrecha relación con las teorías localizacionistas y con la tradición de la frenología, en cuanto a situar el problema de la enfermedad mental finalmente como un problema orgánico.

Pero entonces, ¿qué lugar para lo psíquico?, ¿cómo pensar la posibilidad de un sentido para las operaciones delirantes?

Siguiendo a Araya & Leyton (2009) plantearemos que estas concepciones somáticas del trastorno mental y su localización cerebral se constituyeron en el punto de partida de la asimilación de la locura a la corporalidad del individuo, cuestión que la psiquiatría chilena no esquivó. Es más, “desde su creación en 1889 y hasta su división en 1927, la cátedra de psiquiatría fue compartida con la de neurología” (p. 3). Desde el punto de vista de estos autores, en Chile existe una relación directa entre el inicio de la psiquiatría y la utilización de terapias biológicas, específicamente terapias de shock, que se sostenían en el supuesto de que “por medio de la verdad anatómica fuera posible encontrar la cura definitiva para las enfermedades mentales.”(p. 4) Se buscan las lesiones cerebrales que pudiesen explicar las enfermedades mentales y se siguen los “avances” de las experiencias europeas y latinoamericanas. Es decir, se intenta seguir las tendencias que se repartían por todo el mundo, aunque se tuvieran que dejar de lado otras formas de trabajo. Por ejemplo,

Charcot, “desafiando a los neurólogos que acusaban a los histéricos de simuladores, **los catalogó como enfermos aunque tuviera que negar su propia teoría al postular la existencia de una lesión “funcional” de la corteza cerebral como causante de la enfermedad.** De esta manera quedaba asegurada la omnipresencia del cuerpo y el destierro de la mente, en la producción de las enfermedades psiquiátricas. **No quedaba otra salida. No reconocer la lesión orgánica en la histeria y en otras entidades patológicas, habría dejado a la psiquiatría fuera de la euforia biologicista del siglo.**” (Ibíd. p. 5. [las negritas son nuestras])

“No quedaba otra salida”, es decir, existía un imperativo epocal que generó que desde muy temprano se realizaran grandes esfuerzos no sólo por encontrar una cura para las enfermedades mentales, sino que especialmente por intentar ubicar en el cuerpo y más específicamente en el cerebro, su agente causal. En suma, en este imperativo se ponía en juego la preservación de la psiquiatría en el ámbito de la medicina.

Es en este contexto que empieza por ejemplo a tomar fuerza desde finales del S. XIX la utilización de la electricidad para el tratamiento de los trastornos mentales. Es inquietante constatar que el furor que este tipo de terapias producía, contrastaba ampliamente con el desconocimiento que tenían médicos y científicos acerca de sus mecanismos de acción. Se instala una suerte de fascinación con respecto a los efectos de estos procedimientos.

Sin ir más lejos,

“en 1939, a la luz de los primeros resultados de las terapias de shock, se propone una nueva organización de la atención del hospital psiquiátrico. Modernización de la sección de tratamiento: Insulinoterapia, convulsoterapia, piretoterapia, fisioterapia, psicoterapia y laborterapia. Lo prioritario es la oportunidad que estos tratamientos ofrecen para transformar a los enfermos en “objetos de cuidados y observación”. (...)estos nuevos tratamientos ayudaron a respaldar una visión orgánica de la psiquiatría en desmedro de las escuelas psicodinámicas que comenzaban a aparecer en Chile por esos años. (...) **La experimentación generada por las nuevas terapias pone a la psiquiatría, sino a la vanguardia, al menos al mismo nivel de las otras disciplinas médicas.**” (Op. cit. p. 9-10. [las negritas son nuestras])

Asunto altamente paradójico, y de gran interés, ya que por ejemplo Ignacio Matte Blanco fue al mismo tiempo un gran impulsor de la electroterapia y uno de los primeros psiquiatras con formación analítica en Chile. “Matte vislumbraba con el electroshock el inicio del fin del camino: una psiquiatría organizada, eficiente y moderna.” (Ibid. p. 11)

Este pequeño recorrido nos permite señalar, que la psiquiatría chilena se consolidó al asumir un enfoque organicista, y que en términos concretos experimentó con las terapias de shock. Shock que le acontece a un cuerpo y que genera en términos muy generales un apaciguamiento de la sintomatología psicótica.

Se asume rápidamente que la locura acontece en un espacio particular: el organismo, el cuerpo, lo cual, como señalamos anteriormente, es coherente desde una demanda epocal que le exigía a la psiquiatría seguir los modelos de la medicina tradicional, a cualquier precio. Sin embargo, queda un resto que no es resuelto y los costos son altos: Alta mortalidad de los pacientes, deshumanización de las prácticas

y efectos desiguales. Si bien estas lógicas se plantean como epocales y coherentes con el espíritu de comienzos del Siglo XX, es importante remarcar con Aceituno, que estas persisten y se han instalado como hegemónicas hoy, tal vez con otras vestiduras.

El asunto es que no se trata solamente de un cuerpo enfermo, sino de un cuerpo que es parte de una subjetividad particular y que enferma desde esta misma subjetividad particular. Es decir, citando a G. Miranda (octubre 2011) “el enfermo, su cuerpo, no es sólo el escenario donde se despliega la enfermedad. Él se encuentra por completo implicado en ella.”

Va a ser el psicoanálisis y especialmente J. Lacan el que va a poner estos elementos en juego, situando la falla que existe entre la demanda y el deseo, y entendiendo que las intervenciones médicas en su desarrollo cada vez más especializado y en su intento de purificar al máximo la dimensión corporal dejan fuera justamente la dimensión deseante del sujeto. Dirá Lacan (1966)

“Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo-somática. Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere.”(p. 92)

Es decir, el cuerpo humano no sólo es una sumatoria de órganos, sino que existe una dimensión que lo excede, dimensión deseante que lo constituye como sujeto.

El modelo de acercamiento a la locura en la actualidad implica, precisamente, entender la enfermedad mental cada vez más como un problema que le acontece al órgano, al cuerpo, dejando “fuera lo que es esencial del drama del loco: su condición de sujeto” (Galende, 2006, p. 84)

2. Presentación del problema:

“era inadmisibile que se pensara que se podía hacer psicoterapia (de orientación psicoanalítica) con pacientes psicóticos y si había alguien que pensara esto (en el equipo), por lo tanto todo el operar del equipo estaba mal y no se podían derivar pacientes allá porque no éramos un prestador confiable” (Fragmento entrevista, 2011)

¿Clínica psicoanalítica de las psicosis en espacios de intervención públicos en nuestro país? ¿Es posible que más allá de la inadmisibilidad de realizar psicoterapia de orientación psicoanalítica, señalada por uno de los psicólogos entrevistados, se desarrolle un trabajo frente a un sistema sostenido desde la psicología cognitiva-conductual y el discurso médico?

Diremos por el momento que si, que existe esta clínica en nuestro país, y que de algún modo, se trata de una práctica que “resiste”, en el sentido de que no se somete a los discursos hegemónicos en los cuales la clínica psicoanalítica es descartada como medio terapéutico y suele ser marginada por sus supuestos efectos iatrogénicos en los pacientes. (Minsal, 2000; Quérel & Postel, 2000)

Como veremos, si bien esta pregunta ha acompañado desde siempre al psicoanálisis y particularmente su trabajo con psicosis, esta se actualiza frente a los imperativos contemporáneos de acreditar y estandarizar las prácticas clínicas. Citaremos a modo de ejemplo lo que ha sucedido en el último tiempo en Francia, donde ha surgido una gran polémica en torno la efectividad del tratamiento psicoanalítico del autismo a partir de un documental titulado “Le mur” llevado a cabo por una agrupación de padres de niños autistas llamada “Autistas sin fronteras”¹. En éste se muestran fragmentos de entrevistas realizadas a psicoanalistas acerca de su

¹ Para más antecedentes del caso consultar:

trabajo con niños autistas, fragmentos que se tornan absurdos y fuera de contexto, desacreditándose completamente su trabajo. Esta organización sostiene que el autismo es un problema neurológico en el que los psicoanalistas no tienen nada que hacer. Esto ha derivado en una batalla judicial y ha abierto la discusión en cuanto al problema de demostrar la eficacia del psicoanálisis frente a la potente evidencia médica de las imágenes cerebrales.

En cuanto a lo anterior podemos decir que si bien existen investigaciones que apoyan las hipótesis biomédicas, estas no alcanzan a ser concluyentes, tanto por los problemas epistemológicos y metodológicos que tienen a la base (la dificultad de medir efectos psicoterapéuticos por ejemplo y la diferencia de criterios de efectividad de cada uno de los enfoques), como por su sesgo ideológico y económico. (Castel, 2003, Parker, 2011)

Por ejemplo, revisando el portal *Cochrane Collaboration*², existe solo una revisión que incorpora al psicoanálisis en el tratamiento de la esquizofrenia. Esta se encuentra traducida al español y fue publicada en el número 2 de *La Biblioteca Cochrane Plus* con el título “Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves” (Fenton & Malmberg, 2008). Allí se concluye que:

“Es posible que los efectos reales de la terapia psicodinámica hayan sido pasados por alto en el registro o la pérdida de los datos limitados, o por la falta de investigaciones controladas aleatorias que utilicen enfoques psicoanalíticos o psicodinámicos. Los revisores especulan que sería difícil obtener fondos para un ensayo con asignación al azar.” (p. 13)

Sin embargo, en esta misma revisión se señala en sus antecedentes que

“La efectividad de las técnicas psicoanalíticas para las personas con esquizofrenia y enfermedades mentales similares ha sido discutida. Sin embargo, el uso de técnicas más flexibles, con inclusión de elementos directivos y de

² Consultar en: <http://summaries.cochrane.org/about-site>

apoyo, ha llevado a una reevaluación de la psicoterapia psicodinámica individual para la esquizofrenia.” (p. 5)

No se dan más antecedentes³.

Entonces más allá de los “datos objetivos” y de las razones de esta situación, se podría afirmar que se ha instalado de algún modo una suerte de restricción al psicoanálisis que se hace más evidente aún frente al tratamiento de las psicosis.⁴

Lo anterior se circunscribe en una problemática mayor, que atañe no sólo al tratamiento psicoanalítico de la psicosis, sino que al psicoanálisis entero como disciplina. El panorama actual, según Aouillé et al. (2010) no resulta novedoso. Para estos autores el psicoanálisis desde sus orígenes ha estado en constante “peligro de muerte” y ha sido puesto en cuestión frente a su validación principalmente desde la medicina y actualmente también desde las psicoterapias. Es cierto, tal como señala Freud en el texto “¿Pueden los legos ejercer el análisis?” (1926), el psicoanálisis ha sido cuestionado en variados frentes y uno de ellos ha sido la distancia que tomó con respecto a la medicina, al defender que los legos —es decir los no médicos— podían ejercer el psicoanálisis. Desde acá se instala una problemática que acompañará hasta nuestros días la cuestión de su validación en el campo de las ciencias. El psicoanálisis no tendría ningún lazo de subordinación, jurídica o teórica, con la medicina. De hecho, tiene autonomía epistemológica al tener como objeto principal el Inconsciente, y autonomía en su formación, la que está apartada de los asuntos de la salud. (Aouillé et al., 2010)

³ A este respecto, ver también Leichsenring, 2005.

⁴ Por ejemplo considerando los anuncios de trabajo para psicólogos publicados por la bolsa de trabajo Cheung, en www.bolsadetrabajocheung.comunitarios.cl, prácticamente en todos los avisos que solicitan psicólogos clínicos para el sistema público, destacan **“Deseable experiencia en intervención desde un enfoque sistémico o cognitivo conductual”**, **“ Deseable orientación hacia enfoque cognitivo-conductual”**. Es decir, si bien no hay una restricción, es evidente que se buscan psicólogos con orientaciones acordes a la PNSM y a las guías clínicas vigentes [La Bolsa de trabajo Cheung es una lista de distribución de correos con información acerca de ofertas laborales para Ciencias Sociales y otros oficios y profesiones afines. Esta es producto del esfuerzo cooperativo de sus miembros, quienes utilizan este canal para traspaso de información de manera abierta entre ellos y que se ha convertido en la mayor fuente de información de ofertas de empleos de esta área].

Sin embargo, más allá de las explicaciones y de las cuestiones disciplinares de validación del psicoanálisis, existen resistencias que se configuran a partir de los hallazgos freudianos, los cuales plantean una crítica a los modelos de hacer ciencia. De este modo, al negarse a una idea de control y predicción y plantearse desde la posibilidad de un sujeto deseante, queda fuera de los planteamientos institucionales y hegemónicos de la salud mental (Parker, 1991).

Ya lo planteaba Freud en 1925 en su texto “Las resistencias contra el psicoanálisis”, en el que desarrolla justamente el problema de la resistencia hacia la teoría psicoanalítica, que data desde su génesis por los motivos que Freud vislumbra. No nos detendremos en este punto, sin embargo nos parece importante destacar la conclusión a la que llegaba Freud en esos años. En sus palabras:

“El médico lo considera un sistema especulativo y no quiere creer que descansa, como cualquier otra ciencia natural, en una elaboración paciente y empeñosa de hechos del mundo de la percepción; el filósofo, que lo mide con el rasero de su propio sistema, construido en forma artificiosa, halla que parte de premisas imposibles y le reprocha que sus conceptos básicos (todavía en desarrollo) carecen de claridad y precisión. Las circunstancias elucidadas bastan para explicar una acogida vacilante y renuente del análisis en los círculos científicos. Pero no permiten comprender cómo pudo llegarse a esos estallidos de indignación, de burla y escarnio, con menosprecio por todos los preceptos de la lógica y del buen gusto en la polémica. **Una reacción así deja colegir que se han puesto en movimiento resistencias que no son las meramente intelectuales, que se despertaron fuertes poderes afectivos.**” (1925[1924], pp. 203-231 [las negritas son nuestras])⁵

Desde Freud entonces, esta “resistencia” no tiene sustento racional, sino que proviene de aspectos que moviliza el psicoanálisis al evidenciar la naturaleza pulsional e inconsciente del ser humano.

⁵ Freud era optimista: “Mas esta resistencia no será eterna. A la larga, ninguna institución humana puede sustraerse del influjo de una intelección crítica justificada; pero hasta ahora la actitud de los hombres hacia el psicoanálisis sigue gobernada por esa angustia que desata las pasiones y menoscaba los requisitos de la argumentación lógica.” (p. 233)

De este modo, el psicoanálisis marcó desde sus inicios una distancia con el saber médico, ubicándose en un lugar difícil, en “una unión entre curar e investigar” (Freud, 1926, p. 240) que mantiene hasta nuestros días. Es decir, se trata de curar, pero con recursos diferentes a los de la medicina, lo que no deja de suscitar problemas.

Lo anterior ha sido puesto en cuestión principalmente desde el problema de la acreditación y de los criterios de validación de los psicoanalistas para ejercer su trabajo, asunto que nos atañe en la actualidad y que se pone de manifiesto con mayor fuerza frente al tratamiento de la locura. Nos encontramos cada vez más frente a la exigencia de “garantías”, de pruebas de eficacia y de uso racional de recursos, exigencias que están a la base de los paradigmas hegemónicos de la salud mental a nivel mundial y que por cierto rigen el actual Plan Nacional de Salud Mental chileno.

No olvidemos el lugar que las TCC (terapias cognitivas-conductuales) han llegado a ocupar en el modelo de atención psiquiátrico, las que junto a la teoría sistémica (particularmente en nuestro país) y al modelo psicofarmacológico, han hegemonizado, no sólo en Chile, las prácticas al interior de los programas de salud mental de la última década, bajo la premisa de mayor efectividad y eficiencia (MINSAL, 2000, 2009, 2011a).

Lo anterior no configura un foco problemático en sí mismo. Es decir, no constituye un problema el que las TCC se apliquen masivamente en los sistemas de atención, sino que lo problemático de esta cuestión serán los elementos que le permitieron ocupar este lugar de hegemonía y bajo qué premisas se sustentan. Lo problemático entonces es cómo las TCC se engarzan a un sistema normativo y moral particular que deja (o más bien, intenta dejar) la subjetividad afuera. (Parker, 2011)

Siguiendo con Parker (2011) las TCC serían, más que una corriente terapéutica elaborada desde la ciencia cognitiva, una forma de tratamiento psiquiátrico por lo que estarían fuertemente ligadas a la historia del DSM, en cuanto a la estandarización y la transformación de categorías cualitativas en escalas cuantitativas. Lo anterior, contribuye por cierto a eliminar la subjetividad, de los psiquiatras y la de los pacientes.

Esta estandarización y el privilegio de lo cuantitativo opera en el caso de las TCC desde lo simbólico,

“como una serie normativa de prescripciones, ya que estipula **cómo debe y cómo no debe el sujeto entender la realidad**. Para los lacanianos, en **contraste, lo simbólico es un espacio de movimiento en relación al cual el sujeto puede tomar diferentes posiciones**, ya que éstas combinan elementos significantes del sistema **a su manera muy particular**. El analista no pretende saber cómo debe armarse este sistema.(...) En la TCC el sujeto es animado a **predecir y controlar cómo debe pensar y comportarse**, pero dentro de los límites estrictamente circunscritos que son definidos por lo que los practicantes de la TCC consideran es el problema y por lo que los manuales indican.” (Op. Cit. p. 4 [las negritas son nuestras])

Esta dimensión normativa, que por cierto muchas veces toma un enfoque educativo (psicoeducación), permite dar cuenta que el estatuto problemático en las TCC está dado también en la medida que configura una cosmovisión particular, la que es validada por las políticas actuales para definir lo que “es terapia”, y lo que no es.

¿Qué lugar para el psicoanálisis entonces, si este justamente se erigiría sobre el respeto a la singularidad del sujeto y el rechazo, en palabras de Parker (2011, p. 14), del “señuelo de la objetividad y la evidencia”?

En suma, las TCC guardan una estrecha relación con el desarrollo de la psiquiatría, lo cual fue clave para su progresiva configuración como *el* modelo terapéutico que podía sentirse cómodo frente al modelo biomédico.

Se podría señalar que las TCC se fueron fortaleciendo con el desarrollo de la psiquiatría como ámbito de dominio de la enfermedad mental, lo cual está relacionado con al menos dos aspectos de la historia de los tratamientos de la locura, los que se encuentran a su vez vinculados entre sí.

En primer lugar, se encuentra el lugar de dominio de la locura que adquiere la psiquiatría a principios del siglo XX. *“Mientras el alienismo iba desapareciendo de la escena, tuvo lugar el surgimiento de una nueva figura, la cual, desde el comienzo de 1920, lleva el nombre de psiquiatría.”* (Quétel & Postel, 2000, p. 320)

Y en segundo lugar, el amplio desarrollo de la psicofarmacología y de la neurología, que ya en 1952 con la utilización de la clorpromazina, contribuyen a *“hacer de la psiquiatría una disciplina médica seria, con medios que resistían ventajosamente la comparación con las demás ramas de la medicina”* (op. cit., p. 339).

De este modo la psiquiatría se fortalece y logra instalarse al nivel de las otras especialidades médicas, cuestión que marcará hasta nuestros días el modo de tratar las enfermedades mentales.

“La clínica psiquiátrica de nuestra época es, cada vez más, una clínica de la medicación. [...] Esta psiquiatría se quiere cuantitativa, estadística, biológica, y con todo esto se siente más afín con el discurso de la ciencia. [...] Es una práctica en donde cada vez se habla menos y se trata más bien de una exploración que busca rápidamente remitirse al número del gran catálogo internacional de cuadros nosográficos y su correspondiente numeración de indicación psicofarmacológica” (Laurent et al., 2007, p. 23)

Entonces tenemos a la locura en el campo de dominio de la psiquiatría, y ésta a su vez inserta en el modelo médico farmacológico, inserción que le ha asegurado un lugar en las ciencias médicas “duras”, que se sostienen desde un paradigma positivista, biologicista, cuantitativo y nosográfico.

La psiquiatría en Chile no se quedó fuera de este afán científico y médico. Tal como afirman Araya & Leyton

“La psiquiatría chilena se consolidó académica e institucionalmente a partir de su carácter de especialidad de la medicina. Su constitución como disciplina científica y médica requirió la incorporación del método anatomoclínico, de la investigación fisiológica y de terapias biológicas para el tratamiento de enfermedades mentales de diversa índole.”. (2009, p. 13)

La consolidación académica e institucional de la psiquiatría estuvo entonces de la mano del desarrollo de las terapias biológicas y farmacológicas, cuestión que ha sido identificada como uno de los elementos que posibilitaron el replanteamiento del tratamiento psiquiátrico de los llamados “trastornos psiquiátricos severos”, ya que

permitió tener bajo control a los pacientes sin la necesidad de la hospitalización: ya “*hacia los años de 1965-1970 comenzaron a vaciarse los hospitales psiquiátricos*”. (Quétel & Postel, 2000)

Asimismo hubo una serie de movimientos sociales y políticos que lucharon por la liberación y la desinstitucionalización de los locos. Lo anterior se vio impulsado tanto por razones internas al modelo asilar que ya no se sostenía⁶, así como todo el edificio construido en torno al discurso médico psiquiátrico anterior a la psicofarmacología y a las transformaciones sociales, económicas y científicas de la época.

El modelo de tratamiento de las psicosis deviene entonces sancionado desde esta mirada psiquiátrica hegemónica y al mismo tiempo por la crisis del sistema asilar. La tendencia mundial —que recoge nuestro Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), y que sigue los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud— promueve en esta misma línea la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos y el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental⁷, la integración de la especialidad en los servicios generales y la creación de instancias intersectoriales, pero siempre pensadas desde el modelo psiquiátrico,

“cercano a la neurobiología en pos del cumplimiento de un ideal científicista: conseguir que el enfermo no hable. Es el ideal de alcanzar una clínica muda, una clínica —si puede seguir llamándose así— de la pura medicación. Una clínica en la que bastaría reducir el diagnóstico a una cifra para indicar el medicamento adecuado. Es el ideal al que apuntan el DSM y las variantes de los Manuales Diagnósticos.” (op. cit, p.12)

⁶ Los cuestionamientos al sistema asilar lo acompañan desde sus inicios, lo que se verá agravado por la falta de resultados en sus tratamientos. Como muestran Quétel & Postel (2000), las cifras de “altas mejorados” eran mínimas, lo que sumado a las críticas y al surgimiento de otro tipo de terapéuticas, como las colonias agrícolas inglesas, hará peligrar al sistema asilar. A pesar de estos fundamentados cuestionamientos, por ejemplo en Chile, recién a fines del siglo pasado se elabora una política de salud mental que sectoriza e intenta quitar protagonismo al sistema asilar.

⁷ Hay que tener presente que este modelo comunitario no ha estado exento de críticas, como nos plantean Castel, Castel & Lovell en su libro *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo americano*, especialmente en el capítulo 5 (“Las ilusiones de la comunidad”). De manera relevante, entre otras cosas, destacan los enormes intereses económicos que están a la base del modelo norteamericano comunitario de salud mental. Es decir, se sostiene el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos y la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos como formas de ahorro del gasto público más que como un modo de replantearse el tratamiento de los pacientes.

Modelo psiquiátrico de atención que sumado a las tendencias internacionales, se plantea desde un enfoque “biopsicosocial”, en el cual se introducen los aspectos sociales y psicológicos y las variables territoriales. Lo anterior configura un ámbito complejo, dado que será finalmente lo “bio” lo que comandará las acciones, operando lo “psico” y lo “social” como ámbitos poco específicos de acción, que terminan finalmente poniéndose al servicio de las lógicas psiquiátricas y biomédicas de comprensión de la enfermedad mental. Y, como veremos, se privilegiarán las intervenciones según criterios técnico-científica y costo-eficiencia. (Castillo, 2011)

Es desde esta argumentación técnico-científica y de costo-eficiencia que se ha privilegiado no sólo en nuestro país la elección de las TCC, las cuales estarían en sintonía con las aspiraciones científicas positivas del modelo psiquiátrico imperante.

¿Qué sucede con el psicoanálisis entonces?

Actualmente en Chile, a pesar de este panorama poco propicio para el psicoanálisis, existen psicólogos que trabajan con pacientes psicóticos desde una perspectiva analítica en el sistema público, sosteniendo un trabajo que intenta dialogar —y a veces resistir— al interior de un modelo que no considera esta línea de trabajo como algo aplicable a la psicosis, y menos al interior del sistema público de salud.

Desde lo señalado más arriba se podría pensar que la práctica psicoanalítica en el ámbito público, y aun más en los espacios de atención de las psicosis, opera entonces desde un discurso subalterno y más bien alternativo que muchas veces no es visibilizado para poder subsistir.

Nos enfocaremos en esta problemática que surge frente a la inserción de la clínica psicoanalítica al interior de una práctica pública, y cómo ésta se plantea frente a los lineamientos sanitarios de un modelo de atención masivo.⁸

⁸ Para los fines de esta investigación partiremos de la premisa de que si bien existen cuestionamientos al interior del mismo psicoanálisis frente a la posibilidad de trabajar con la locura y sus distintas denominaciones, existe un trabajo analítico en este ámbito que se lleva a cabo día tras día.

Trabajo analítico que intenta circular en las esferas de lo público, asunto no trivial considerando que tradicionalmente se le ha reservado al psicoanálisis un espacio privado —la consulta—, y un diagnóstico: La histeria. No olvidemos que Sigmund Freud atendió más bien a la elite social vienesa, cuestión que podríamos pensar “persigue” al psicoanálisis y sus instituciones hasta el día de hoy, quedando éste reservado para la atención individual de sufrimientos privados de aquellos que pueden pagar.

Sin embargo, a pesar de su estigma de práctica elitista, existe una inquietud, impulsada muchas veces desde los ámbitos universitarios en nuestro país, que se plantea el desafío de pensar al psicoanálisis y su práctica, insertos en el problema de la salud mental en los servicios públicos. Es decir, que han intentado cuestionar el lugar de segregación en el cual se ha puesto al psicoanálisis en nuestro país.⁹

En cuanto a la experiencia nacional de la última década, existen experiencias de psicólogos que poseen una perspectiva psicoanalítica que trabajan al interior de instituciones y programas públicos de tratamiento de las psicosis enmarcadas en el PNSM, sin embargo existen pocos estudios y aun menos plataformas institucionales que se planteen y se visibilicen desde el psicoanálisis. Se habla muchas veces más desde las prácticas personales y los discursos privados que, desde los ámbitos académicos de investigación y de intercambio con las autoridades sanitarias, de la posibilidad y la pertinencia de un trabajo clínico de las psicosis desde el psicoanálisis inserto en el sistema público.

Nuestro foco se centrará entonces en los testimonios de psicólogos que trabajan con psicosis desde una perspectiva psicoanalítica en cuanto a sus prácticas clínicas al interior de instituciones públicas, en el marco de los lineamientos del MINSAL.

⁹ Un ejemplo de práctica psicoanalítica integrada en espacios sociales, que sin embargo es una organización privada sin fines de lucro, es el Centro de Salud Mental Casa del Cerro, (ex Casa Catalina), que instalada en la población Huamachuco II de la comuna de Renca, ofrece desde 1993 sus servicios a la comunidad.

Aunque es problemático y representa un vasto ámbito de discusión al interior del mismo psicoanálisis¹⁰, nuestra pregunta se enmarca en la práctica clínica pensada desde el psicoanálisis, al interior de espacios de atención psicológica y no en los criterios de validación de ésta al interior del ámbito psicoanalítico. Se trata de profesionales que sostienen una práctica desde una lógica psicoanalítica inserta en espacios de intervención pública, en los que si bien no hay diván ni honorarios, se sitúan desde una “escucha psicoanalítica”.

No olvidemos que estas prácticas tienen como telón de fondo los documentos oficiales, los que recomiendan la TCC ya que habría “*evidencia de eficacia*”. En cuanto al psicoanálisis, se hace alusión a una “Terapia Psicodinámica y Psicoanalítica” y se hace énfasis en que “Los resultados de la revisión mostraron que **no existe evidencia** acerca de la **eficacia** de los tratamientos con terapias psicodinámica y psicoanalítica en términos de sintomatología, funcionamiento y calidad de vida de las personas con esquizofrenia”, (Ibíd., p. 37, [las negritas son nuestras])

Entonces el psicoanálisis se presenta “sin evidencias acerca de su eficacia”, y es silenciado al interior de los espacios de circulación públicos. Sin embargo, se escucha “a lo lejos” que en un consultorio se puede trabajar “psicoanalíticamente”, de la existencia de equipos de trabajo en salud mental que se sitúan desde el psicoanálisis para diseñar sus intervenciones, y una no menor cantidad de psicólogos, en diversos centros de salud mental de la red pública poseen una formación analítica, la cual defienden en su trabajo con pacientes día a día.

Pensamos que es relevante evidenciar el trabajo que se hace desde el psicoanálisis con la locura, dado que plantea una crítica sólida frente a los modelos de gestión de las propuestas públicas, que desde su lógica costo efectividad no consideran los aspectos subjetivos del sufrimiento de los pacientes. El psicoanálisis escucha y le da un lugar de sujeto a aquellos que el sistema medica y enseña. Aporte, en lo que Emiliano Galende nombra como

¹⁰ Discusiones en torno a las diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis, en cuanto al encuadre, características que “debiera” tener un psicoanálisis para ser clasificado como tal, entre otras cuestiones que no serán abordadas en esta investigación ya que excede sus objetivos.

“[el] resurgido debate entre quienes consideran al sufrimiento mental como una enfermedad del cerebro y quienes lo entienden como una expresión del psiquismo alterado, está siendo nuevamente llevado a una afirmación del **objetivismo médico** que consiste en afirmar **el sufrimiento mental como una enfermedad más del cuerpo**, cuya causa radica en la disfunción del cerebro...Desde el punto de vista de la ciencia, este debate entre organogénesis y psicogénesis obedece a **prejuicios y posiciones ideológicas**” (Galende, 2006, p. 18 [las negritas son nuestras])

El discurso médico intenta situar el sufrimiento psíquico dentro de un síndrome, operación que rechaza el discurso del enfermo sobre su malestar. *“Por ello este diagnóstico (el médico), que involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, implica un proceso que excluye el lugar del sujeto, en tanto se halla gobernado por la aspiración científica.”* (Frydman, Lombardi, Mantegazza, Salinas, Toro & Thompson, 2006, p. 2)

Lo anterior tiene interesantes consecuencias éticas, en el sentido de escuchar un sufrimiento y, parafraseando a J. Lacan, “no retroceder frente a él”, no silenciarlo con medicamentos y con manuales educativos, sino que permitir que el sujeto se despliegue, con toda su potencia, o en palabras del psicoanalista francés E. Laurent:

“Ignorar que **son las marcas significantes las que determinan al sujeto**, considerar al ser que sufre desde una perspectiva que lo reduce a un individuo poseedor de un organismo asiento de necesidades, organismo susceptible de ser reparado en sus fallas, no sólo tiene consecuencias terapéuticas, es decir relacionadas al bienestar o malestar, sino que tiene consecuencias éticas. Esto abre la importante problemática que se le plantea al analista cuando debe sostener su ética al desarrollar su práctica en la institución regida por un discurso que no es el del analista.” (Laurent et al., 2007, p. 22)

Es decir, se trata de un debate ideológico y ético en cuanto a que, posicionarse desde una visión objetivista médica o desde el sufrimiento psíquico del sujeto, marcarán una manera de pensar la enfermedad mental y de intervenir muy diferentes.

Debate ideológico y ético que permite por cierto preguntarnos por la calidad de la atención que se está promoviendo desde el modelo reinante, que como veremos más adelante, pone énfasis en la optimización de recursos y las metas a corto plazo, olvidando muchas veces que se trabaja con sujetos que sufren.

Se trata de un gran desafío para el psicoanálisis, en la medida en que no cree en soluciones inmediatas ni recetas estándar, y a la vez que ingresa en este debate en el que muchas veces queda relegado por opción o por omisión.

En palabras de Matías Marchant, supervisor clínico de Casa del Cerro,

“el desafío que implica poner a prueba estas hipótesis (del psicoanálisis lacaniano) en un lugar en donde se ha pensado que para los que tienen menos recursos económicos se requieren soluciones **inmediatas**, que sin importar sus implicancias a largo plazo y de fondo (que son las **éticas**) son sometidos a prácticas que podríamos llamar doblemente **discriminatorias**, pues, por un lado, **no se preguntan sobre la calidad de la atención y en segundo lugar no se pregunta sobre las consecuencias políticas y éticas de su acción más allá de la superflua efectividad.**” (Marchant, 2002 [las negritas son nuestras])

Desde el punto de vista del desarrollo del psicoanálisis, planteamos que en este intento de visibilizar y hacer circular una práctica que resiste a los modelos hegemónicos se rescata una experiencia de trabajo cotidiano, que muchas veces por su misma condición no es explicitada, quedando más bien “relegada” a ejercicios privados al interior de los equipos de salud mental.

Pensamos que en esas prácticas existe un saber muy valioso ya que es allí donde se pone en juego la teoría psicoanalítica de la psicosis, y se generan, desde lo que podríamos llamar tal vez un “oficio”, una mirada fecunda para el psicoanálisis.

De este modo creemos que es importante destacar este tipo de experiencias, no solo para desestigmatizar al psicoanálisis de sus prejuicios históricos, sino que también porque es desde estas que es posible y de manera privilegiada, rescatar un

lugar y una palabra al sujeto.

3. Objetivos

En consideración de lo anterior, podemos formular los objetivos de nuestro estudio de la siguiente manera:

Objetivo general:

Analizar los discursos sostenidos en los relatos de psicólogos que, vinculados al Sistema Público de Salud, trabajan con psicosis desde una perspectiva psicoanalítica.

Objetivos específicos:

- a) Rescatar una experiencia de trabajo con la locura que, a nivel del Sistema Público de Salud, se lleva a cabo desde el psicoanálisis.

- b) Identificar ejes problemáticos específicos del trabajo psicoanalítico con la locura en el contexto de la Atención Pública en Salud.

- c) Identificar posibles aportes de estas prácticas psicoanalíticas para el desarrollo del psicoanálisis y de la atención en Salud Mental.

4. Marco teórico:

4.1. Tratamiento de la locura en la Salud Pública chilena:

En términos generales, los modelos específicos de acción y de tratamiento de la locura, ha transitado en nuestro país desde un modelo asilar /filantrópico a un modelo biomédico/comunitario.

Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010) distinguen tres etapas en las políticas de atención de personas con trastornos mentales en los 200 años de existencia de nuestro país.

La primera, denominada *manicomial*, se extendería por casi 140 años durante el periodo de la Beneficencia Pública en salud, hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952.

La segunda etapa, llamada *hospitalocéntrica*, se caracteriza por la

“transformación de los manicomios en hospitales psiquiátricos y la instalación de servicios de psiquiatría en hospitales generales, siendo su duración de alrededor de 40 años, cursando a través de las dos primeras reformas de salud que se implementan en Chile —las cuáles no consideran a la salud o la enfermedad mental entre sus prioridades— y terminando con el inicio del retorno a la democracia en 1990.” (1)

Esta etapa se incorpora la utilización de psicofármacos y terapias biológicas, hospitalizaciones más cortas y una menor acumulación de pacientes crónicos, así como la implementación de consultorios de atención ambulatoria. No hay diferencias con respecto a la falta de recursos .

La última y tercera etapa, vigente hasta el día de hoy, es catalogada de tipo *ambulatorio/comunitario* (1990 a la actualidad) y sería según estos autores, “la que ha logrado mayor voluntad política y financiera para su implementación y la que ha alcanzado la mayor inclusión de la salud mental en un proceso de reforma de la salud.” (Ibíd. p. 2)

Este modelo tiene como características principales :

- Inclusión de la salud mental en la atención primaria
- Descentralización de la atención de especialidad, de preferencia en centros de salud mental comunitarios
- Participación de las personas, familias y sus organizaciones en los procesos de tratamiento
- Y la creación de dispositivos y programas comunitarios enfocados a generar inclusión en la comunidad a las personas con trastornos y discapacidades severas.

4.1.1.Etapa manicomial:

Para entender las actuales relaciones entre el tratamiento de la locura, la psiquiatría y el psicoanálisis nos remontaremos a los inicios de la etapa manicomial. Este periodo se caracterizará por la existencia de grandes instituciones asilares, cuyos objetivos serán más bien custodiales. Se trata de instituciones con muy pocos recursos, en las cuales el hacinamiento, los problemas de higiene, así como las transgresiones a los derechos humanos y la alta mortalidad serán la norma. Es en este periodo que se funda el primer asilo de locos en 1852: la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles en el barrio Yungay de la ciudad de Santiago, lo cual según Andahur y Bornhauser (2009) responde al objetivo de “la reclusión de los individuos que no se adaptaban al naciente panorama ilustrado del país.” (p. 111)

Esta institución estuvo a cargo de dos organizaciones: En un primer periodo sería la Junta Directiva que, encargada por mandato del gobierno, proveía recursos para la manutención del establecimiento. Y un segundo periodo desde 1891 en el que queda a cargo la Junta de Beneficencia, “organismo creado y a cargo de las clases acomodadas.” (Ibíd. p. 114)

Se instala entonces un discurso filantrópico que tiene como objetivo, recluir para controlar y no para curar. No hay una visión clara de parte del Estado y menos una intención de crear una política de cuidados para los dementes. Sin ir más lejos, como señalan estos autores, en este asilo no hay médicos, ni enfermeros, sino que sólo un mayordomo y algunos guardianes que vigilan el orden.

Poco a poco entrará en la escena el médico, en un progresivo proceso de *medicalización* de la locura. “En 1854, la Junta Directiva determina que la presencia de un médico en el asilo es necesaria, para designar, cuatro años después, al doctor Ramón Elguero, responsable de las introducción de ideas médico-alienistas en el país, iniciador oficial del <<tratamiento moral>> en Chile.” (Ibíd. p. 115)

Ya en la década entre los años 1920 y 1930 se iniciarán una serie de transformaciones, en las cuales se empieza a configurar un hospital psiquiátrico propiamente tal, aunque con las mismas condiciones de precariedad y falta de recursos, en las que el hacinamiento y la alta mortalidad de los pacientes siguen siendo la regla.

Transformaciones que tienen sus consecuencias no sólo en cuanto a quiénes se harán cargo de la locura, y cómo se llevará esto a cabo, sino que también frente al lugar y a las funciones de la psiquiatría en tanto disciplina científica. Ya no se tratará solamente de tener un espacio de encierro y de control para la locura, sino que se torna imperativo el pensar las fuentes causales de la enfermedad y generar tratamientos, siguiendo el modelo de la medicina. Recordemos que desde un comienzo, las cátedras de psiquiatría y neurología conformaron una unidad disciplinar en nuestro país, lo que marcó la búsqueda de las bases orgánicas de la enfermedad mental desde sus inicios. Progresivamente se irán desarrollando modelos médicos de atención, que por ejemplo desde la utilización de electroshock, marcan el modelo de la psiquiatría chilena. (Araya & Leyton, 2009).

4.1.2. El psicoanálisis llega a Chile:

Será en este escenario que el psicoanálisis empieza a tomar lugar en nuestro país. Según lo señalado por Omar Arrué en su texto “Orígenes e identidad del movimiento psicoanalítico Chileno” (1991), este movimiento se instala a partir de los años '40 alrededor de la cátedra de psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, dirigida por el profesor Ignacio Matte Blanco en conjunto con otros médicos y profesionales del área de la salud mental. Conjuntamente se inicia la formación de la Asociación Psicoanalítica Chilena, que logra su reconocimiento oficial como componente de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1949. Durante esos

años el autor destaca la estrecha relación entre los ámbitos universitarios e institucionales, así como también con la práctica psicoanalítica en hospitales en el terreno de las psicosis y las alteraciones mentales severas.

Es interesante recordar en este punto que fue el mismo Matte Blanco el que apoyó el desarrollo de la electroterapia en nuestro país, anhelando una psiquiatría “organizada, eficiente y moderna” (Araya & Leyton, 2009, p. 11).

La historia prosigue instalándose el psicoanálisis en las principales universidades de la capital: la Universidad de Chile y la Universidad Católica. Sin embargo, como señala Arrué (1991), en 1960, luego del Tercer Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, aparecen algunos desmembramientos y pugnas internas.

“Lo cierto es que algunos meses después del Congreso, la mayoría de los psicoanalistas, que estaban incorporados a la Cátedra de Matte Blanco, hicieron abandono de ella. Se ha planteado que tal medida se tomó para dedicarse fundamentalmente a **la práctica privada** del análisis y a la empresa de fortalecer e independizar la función formadora a través del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena.” (p. 36)

A lo anterior se suma el abandono del país de Matte Blanco y de Otto Kernberg, y en el año 1966 de Ramón Ganzaraín, todos destacados miembros de la Sociedad Psicoanalítica que mantenían vínculos con la academia y con los hospitales universitarios. Por lo que se señala, la ausencia de Matte Blanco dejó un gran vacío y a la larga un distanciamiento del *“vínculo inicial entre lo psicoanalítico, lo psiquiátrico y esa especie de aristocracia académica que, por valor y tradición, era algo tan propio del ámbito universitario nacional; vínculo que, por lo demás, era tan satisfactoriamente representado por él.”* (Ibíd. p. 38)

Como afirma Arrué, la formación de analistas luego de estos acontecimientos se realizó mayoritariamente al interior de la Asociación Psicoanalítica Chilena, salvo algunas experiencias como aquellas de Guillermo Altamirano y Mario Gomberoff que siguieron incorporados por un tiempo en servicios de psiquiatría públicos.

4.1.3. Modelo hospitalocéntrico:

Retomando este recorrido histórico, la segunda etapa, que data entre 1952 y 1990, y se inicia con la creación del Servicio Nacional de Salud y con una clara orientación médica de los tratamientos. Es en este periodo que en nuestro país se inserta la psiquiatría y la salud mental en las instituciones de salud general, se realizan las primeras investigaciones en epidemiología psiquiátrica y se crea un Programa Nacional de Alcoholismo.

Como plantean Díaz, Erazo & Sandoval (2008), hay que considerar que previo a la década del 60 existen muy pocos hechos que den cuenta de un interés por parte del Estado por institucionalizar y regular los cuidados requeridos por personas con trastornos psiquiátricos severos, así como por establecer programas de Salud Mental para la población general.

En 1966 se formula en Chile el primer Programa Nacional de Salud Mental, el cual va a ser más una declaración de intenciones que una realidad objetiva. Luego de este intento, a partir de 1968, un equipo liderado por el Dr. Juan Marconi establece varios programas de atención organizados bajo los lineamientos de la psiquiatría comunitaria, que funcionan con la participación de diversos profesionales de Salud Mental y actores comunitarios que buscan reemplazar el modelo asilar.

Entre 1966 y 1973 ejercen una fuerte influencia los movimientos de reforma psiquiátrica desarrollados en diversos países, especialmente europeos, frente a las críticas cada vez más validadas en cuanto a los efectos nocivos del clásico hospital psiquiátrico. Entre estos movimientos vale destacar los desarrollos de la Psicoterapia Institucional en Francia, el modelo de Comunidad terapéutica en Inglaterra, la Antipsiquiatría, la Psiquiatría Comunitaria y la Psiquiatría Democrática Italiana, desarrollada por Basaglia en la década de los setentas. Estas experiencias, contribuyen a concebir durante esos años la enfermedad mental desde una nueva perspectiva, desde la que se recalca la importancia del respeto de los derechos humanos de los pacientes.

Por ejemplo, a fines de la década de los ochentas y a principio de los noventas, el psiquiatra Willy Steil impulsó las primeras reformas en el tratamiento de los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos chilenos inspiradas en la Ley Anti-Manicomial impulsada por el psiquiatra italiano Franco Basaglia en su país en 1978 y que sancionó el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, ordenó la construcción de lugares alternativos de tratamiento y decretó la equiparación de los derechos de los pacientes psiquiátricos con los de cualquier ciudadano.” (Leyton, 2008 p. 13)

Luego del golpe militar de 1973, *“estos proyectos son terminados abruptamente y no es hasta el reestablecimiento de la democracia que se vuelve a poner en la agenda del Ministerio de Salud los problemas en SM y las críticas a los modelos centrados en el hospital psiquiátrico entre las primeras acciones está la instauración de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual es antecedente directo del Plan actual.”* (Díaz, Erazo & Sandoval 2008 p. 13)

Durante el régimen militar se llevan a cabo una serie de transformaciones que apuntaban a la privatización de los servicios. Las experiencias de salud mental comunitaria quedaron proscritas, suspendidas o se extinguieron progresivamente después del golpe y sus protagonistas fueron asesinados, presos, exiliados o exonerados, en la mayor parte de los casos. (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010)

4.1.4. Modelo ambulatorio/comunitario:

La tercera etapa, llamada *ambulatorio/comunitario*, se instala a partir del término de la dictadura militar y el comienzo del proceso de transición democrático. Este periodo se caracteriza por un gran optimismo inicial, lo cual genera la intención de generar con urgencia nuevas políticas públicas. Se levantan como problemas prioritarios en salud mental el abordaje de la violencia política ejercida durante la dictadura, la violencia doméstica, las adicciones y el trabajo de rehabilitación y reinsertión social de personas con trastornos psiquiátricos severos. (Área de Psicología Clínica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011).

Sin embargo, el entusiasmo inicial se ve interrumpido por una serie de dificultades institucionales y de financiamiento, hasta que se retoman las voluntades políticas para la realización del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000-2010. De todas maneras, ya en el año 1993 se había formulado un documento que fue aprobado por el Ministerio de Salud, que constituye en rigor el primer documento de política de salud mental.

Este Plan se organiza de acuerdo a las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cuales están en la Declaración de Caracas, la que Chile suscribe en 1990. En esta instancia se señala la necesidad de los países latinoamericanos de establecer políticas, planes y programas explícitos para lograr responder a las necesidades de atención en Salud Mental de su población.

Los valores promovidos por esta Declaración fueron: la permanencia del enfermo en su comunidad, la promoción de servicios de atención psiquiátrica ligada a la atención Primaria en Salud y el respeto por los Derechos Humanos. (Minoletti, 2005; Minoletti & Zaccaria, 2005).

El PNSM del año 2000, surge entonces bajo la necesidad de cumplir los compromisos asumidos con la Declaración de Caracas, buscando rescatar la preocupación por la salud mental y el modelo comunitario característico de los años '60. (MINSAL, 2000)

Se propone una concepción de la salud, y en especial de la salud mental, como dependiente no sólo de factores biológicos, sino que también de factores psicológicos y sociales. Por esto las condiciones en que viven y se desenvuelven los sujetos serán de gran importancia para la mantención del bienestar y para minimizar la discapacidad y marginación social de aquellos afectados por un trastorno psiquiátrico. Por otra parte, se propone un enfoque comunitario, en una red establecida de salud mental y psiquiatría.

También se considera el renovar y prestar atenciones de acuerdo a datos actualizados con respecto al costo-efectividad de las intervenciones.

El Plan organiza entonces sus estrategias de acuerdo a objetivos establecidos por la OMS en tres líneas prioritarias:

-Abordaje Comunitario.

Se entiende por enfoque comunitario un modelo que privilegia las prestaciones ambulatorias de atención, en dispositivos ubicados en los territorios que habitan los usuarios. Se privilegia la reintegración social y el fortalecimiento de los lazos del usuario con su comunidad.

-Atención Psiquiátrica en relación a Atención Primaria en Salud.

Se intenta aumentar la cantidad de prestaciones y la accesibilidad a las atenciones en SM. Para lograr este objetivo, se reconvierten recursos del hospital psiquiátrico hacia la atención primaria, lo que ha sido acompañado de una disminución de las camas y atenciones psiquiátricas que se realizaban en el hospital. (MINSAL, 2000)

-Respeto a los Derechos Humanos.

Además de la protección a los pacientes establecida en el Decreto N° 570, surgen en el año 2005 las garantías explícitas en Salud (GES)¹¹, las cuales implican acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de atención; todos estos entendidos como derechos fundamentales. (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008)

Por otra parte, se plantea una noción de ciudadanía, en la que se pone énfasis en los derechos a la inclusión social y a la no marginación.

“la enfermedad mental implica, entre muchas otras cosas, la pérdida del lugar que la persona afectada ocupaba en la sociedad. Por lo tanto, la recuperación de la capacidad de ejercer los derechos de ciudadanía constituye uno de los puntos esenciales para evitar la estigmatización de estas personas y atenuar el riesgo de exclusión socio comunitaria.” (Ministerio de Salud, 2005, p. 26).

Considerando lo anteriormente expuesto, en cuanto a las características de este

¹¹ En una primera etapa fueron priorizadas 3 patologías en SM: Esquizofrenia Primer episodio, Depresión en personas de 15 años o más, y Consumo perjudicial o dependencia a alcohol en menores de 20 años.

PNSM, pensamos con Miranda (octubre, 2011) que este plan vendría a ser un

“híbrido que combina la retórica comunitaria con el modelo de política sanitaria del Banco Mundial. Al mismo tiempo que promueve una serie de principios y valores como el acceso universal, la diversidad cultural, y la participación social, focaliza, estandariza, utiliza criterios de efectividad naturalistas (a culturales y a sociales) e indicadores de rendimiento que claramente anteponen la gestión por sobre la clínica.” (p. 6)

Se anteponen los indicadores de gestión por sobre los criterios clínicos, cuestión que tendrá consecuencias en los dispositivos específicos de atención psicológica y su implementación, cayéndose inevitablemente en contradicciones frente a los valores que se promueven.

Con respecto al tratamiento de la esquizofrenia, tanto la Norma Técnica como el Protocolo GES siguen la línea de las clasificaciones aceptadas mundialmente (CIE-10 y DSM-IV) en cuanto a las nociones de trastorno psiquiátrico severo y esquizofrenia. (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008) Y la definen como:

“una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la vida de la persona. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato y generan altos costos económicos para el país.” (MINSAL, 2005, p. 5)

Siguiendo la línea del PNSM, se propone un enfoque de intervención que considera al tratamiento biológico con intervenciones de tipo psicosocial, pues este modelo habría demostrado sistemáticamente el mayor nivel de efectividad. Además, los programas de mayor costo-efectividad estarían basados en estrategias comunitarias, entendidas como

“... el modo de trabajar las intervenciones en salud mental, siendo el área comunitaria el contexto general donde se desarrollan las intervenciones. La premisa básica es impedir la desvinculación social de la persona. De esta forma

el sujeto mantiene un rol social valorado, se evita el deterioro de sus habilidades y se minimiza la discapacidad” (Ibíd., p. 33).

Por otra parte, se consideran las acciones psicosociales “...realizadas por el equipo de salud mental tendientes a facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural.” (Ibíd., p.33) Estas acciones incluyen: psicoeducación, psicoterapia, intervenciones familiares, manejo ambiental y rehabilitación.

Recordemos que los trastornos psiquiátricos severos constituyen una prioridad del PNSM definido por el Ministerio de Salud y que paralelamente, en el año 2005 el Estado estableció la incorporación del tratamiento del Primer Episodio de Esquizofrenia como el primer problema de salud mental con tratamiento garantizado por la Ley 19.966, del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud. Esta ley contempla que toda persona mayor de 15 años que presente síntomas de esquizofrenia deberá acogerse a un programa de diagnóstico y, de confirmarse la enfermedad, iniciará un tratamiento farmacológico y psicosocial de acuerdo a las orientaciones formuladas por el Ministerio de Salud.

Lo anterior quiere decir entre otras cosas, que se han invertido recursos y se han destinado espacios privilegiados para la atención de estos pacientes, cuestión novedosa en nuestro sistema de salud.

En suma, se han logrado grandes avances, sin embargo no son suficientes y urge analizarlos con premura, pues se propone en estos días establecer una Estrategia Nacional de Salud Mental, en vistas de establecer un nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Minsal, 2011b).

La OMS en el año 2006, realizó una evaluación sobre la implementación de este PNSM, la que si bien evaluó positivamente aquellos aspectos relacionados con la asignación de recursos, la capacidad de resolución en APS y el desarrollo de los procesos de desinstitucionalización, señaló por ejemplo la baja asignación de recursos que existe en nuestro país para salud mental. Solamente el 2,14% del presupuesto total de salud, muy lejano al 5 % que plantea el PNSM.

Otro punto de atención fueron las limitaciones en la protección de derechos de las personas, considerando a demás que Chile es de los poco países del mundo que no dispone de una legislación específica en salud mental. (OMS, 2006)

Si bien se identifican otros polos problemáticos, nos parece central detenernos en estas dos cuestiones, (falta de recursos, carencia de una ley de salud mental que resguarde los derechos de las personas) ya que establecen de manera bastante directa un modo de trabajo en el cual existen prioridades muy claras a nivel de los documentos, pero que desafortunadamente no se traducen necesariamente en prácticas concretas.

Lo anterior no solo le acontece a este PNSM, sino que tiene una estrecha relación con el modo cómo se están haciendo las cosas al nivel de las políticas públicas. En las últimas dos décadas, ha sido el modelo de gestión el que ha triunfado.

Tal como señala Miranda (octubre, 2011)

“no sólo sobre la clínica, sino también sobre la política; (el problema es que) el debate queda subsumido en la definición de objetivos, metas e indicadores, y de paso, que el debate ético queda reducido a la eficiencia como imperativo categórico. Por eso, los criterios de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad se transforman en dogmas de fe.” (p. 5)

Por lo tanto los desafío son grandes, ya que para recuperar una práctica que atesore los derechos humanos y sea coherente con la palabra de los que sufren, habrá que encontrarse (y enfrentarse) con lógicas arraigadas fuertemente en los sistemas de gestión actuales.

4.2. Psicoanálisis y psicosis:

*“mi experiencia con las personas con psicosis, pueden tener una subjetividad precaria, agujereada, con lagunas en la historia tremendas que a ratos sean tan grandes que retornan en la alucinación...pero **se vinculan, piden, desean, están ahí y yo no veo en eso un puro automatismo sin sentido, quizás es casi una cuestión muy visceral, pero con esta pregunta de si hay, si hay sujeto en la psicosis y yo creo que si hay algún tipo de subjetividad** y es lo que me hace como haber tenido tanto interés por tantos años en compartir con estas personas, en estar con ellos.” (Fragmento entrevista, 2011)*

Nos detendremos en este apartado para dar cuenta de los alcances de la teoría psicoanalítica con respecto al tratamiento de las psicosis. Nos interesa rescatar algunas discusiones que refieren especialmente al estatuto del paciente psicótico y su subjetividad, así como sus posibilidades de tratamiento.

Como hemos señalado en el comienzo de esta investigación, no existe consenso, ni con respecto a la pertinencia del tratamiento psicoanalítico de la psicosis y tampoco, de considerar su pertinencia, en cuanto a cómo se debiera realizar este trabajo.

Dado que el objetivo de esta investigación no es hacer un panorama acabado sobre la teoría y el abordaje de la psicosis y la esquizofrenia, en este apartado haremos un breve recorrido sobre algunos hitos que, para efectos de nuestro problema de investigación, nos han parecido centrales en la muchas veces controversial discusión psicoanalítica sobre el tratamiento de la locura.

En cuanto a la nomenclatura utilizada a lo largo de esta investigación, hemos utilizado indistintamente el término “*locura*”, para referirnos al campo de las enfermedades mentales llamadas “*psicosis*” considerando que existen y han existido dentro de la tradición psiquiátrica y psicoanalítica distintos modos de organizar e identificar lo que llamamos “locuras”: Psicosis, esquizofrenia, paranoia, demencia precoz, entre otras categorías que comportan distinciones conceptuales profundas. Sin embargo, a lo largo de esta investigación “*nos daremos el lujo*”, tal como plantea Lacan (1984), de utilizar la palabra *locura*.

“¿Qué recubre el término psicosis en el ámbito psiquiátrico? Psicosis no es demencia. Las psicosis son, si se quieren —no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra— lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continúa llamando así, las *locuras*.” (p. 12)

“*Nos daremos el lujo*”, en tanto da cuenta al mismo tiempo de la tradición foucaultiana y sus intentos por hacer una lectura crítica de aquella condición mental y social que ha sido siempre excluida.

Si bien las tradiciones actuales en salud mental han hecho grandes esfuerzos por desmarcarse de los discursos estigmatizantes de la locura, intentando plasmar en sus políticas nuevos modos de enfrentar la enfermedad mental, en la idea de *locura* subsisten concepciones acuñadas muchísimos siglos atrás. Más allá del desarrollo técnico de los tratamientos, está arraigada una idea del loco “como un pariente muy próximo del loco que podemos encontrar en las sociedades que los etnólogos consideraban arcaicas o elementales.” (Foucault, 1999, p. 74)

En términos generales, se aproxima el estatuto del loco al del niño, en el sentido de que se instala una relación de subordinación, de tutela, que según Castel (1990) será la “matriz de toda política de asistencia” que se desarrolló frente a los trastornos mentales.

Si bien el lugar privilegiado de este tutelaje ha sido históricamente el asilo, y como remarca este mismo autor

“El modelo de la relación terapéutica como relación de tutela se constituyó en el asilo. Pudo edificarse porque la relación de poder que la constituye se apoyó en soportes institucionales...El tratamiento moral muere en el asilo, pero de esa caparazón sale una estructura flexibilizada. ...**El tratamiento moral (digamos ahora relación terapéutica) conserva ciertos rasgos de esenciales de su matriz asilar. La relación funciona siempre sobre una desnivelación fundamental entre dos personajes, uno de los cuales tiene el poder y representa la norma.** (Ibid, p. 225 [las negritas son nuestras])

Entonces, siguiendo a Castel, los modos de acercamiento actuales a la locura, si bien poseen una alta sofisticación, conservan el espíritu de los tiempos del asilo y del tratamiento moral y finalmente dan cuenta de una lógica similar (aunque con menos transparencia) de las relaciones de dominación. *“Aparatos de control [que] transformaron sus técnicas autoritarias-coercitivas en intervenciones persuasivo-manipuladoras.”* (Castel, 1990, p. 12)

Esta situación no ha sido ajena al psicoanálisis que, en ocasiones, ha asimilado al loco con el niño. Es, entre otros, el caso de M. Klein (1983) que, inspirada en la perspectiva desarrollista desplegada por K. Abraham ha propuesto comprender las psicosis en función de masivas regresiones a formas de funcionamiento psíquico propios de los primeros meses de vida.

4.2.1.Psicoanálisis y psiquiatría:

El recorrido anterior nos permite situar el estatuto problemático de la locura y cómo ésta ha llegado a formar parte del dominio de la psiquiatría. No olvidemos que los abordajes del psicoanálisis frente a esta cuestión surgen en relación a esta disciplina.

No obstante, Freud introduce al psicoanálisis en una perspectiva distinta a la de la psiquiatría. En efecto, tal y como lo indica Foucault, la perspectiva freudiana vuelve a concederle la palabra al loco:

“Freud volvía a tomar a la locura al nivel de su *lenguaje*, y reconstruía uno de los elementos esenciales de una experiencia acallada por el positivismo; no agregaba a la lista de los tratamientos psicológicos sobre la locura nada importante; restituía al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con la sinrazón.” (1998, p. 529)

A partir de la hipótesis del inconsciente, así como en función del postulado concerniente a la causalidad psíquica (psicosexual) de los trastornos mentales, Freud se aleja de los modelos de comprensión psiquiátricos, los cuales se “resistirán” fuertemente al psicoanálisis que venía a poner en cuestión la pulcritud de la dimensión orgánica en la etiología de la locura. Es más, como señalamos en el apartado anterior, Freud estableció una distancia clara con respecto a la medicina, postulando que por haberla estudiado los médicos no eran más aptos que cualquier otro para ejercer el psicoanálisis (Freud, 1926).

Sin embargo, es importante destacar que, tal como señalan Quétel y Postel

“siempre de manera un poco *“desplazada”* (siguiendo los momentos y las relaciones variables de la determinación y la sobredeterminación) el psicoanálisis encontró sus aplicaciones en el campo psiquiátrico. Según los casos, y no sólo según los prejuicios, su posición ha sido, sucesivamente, central y marginal.” (2000, p. 347)

Es decir, a lo largo de los desarrollos del psicoanálisis y de la psiquiatría es posible encontrar “cruces” y puntos de encuentro, en los cuales se han enriquecido ambas disciplinas. Si bien los modelos hegemónicos de la psiquiatría contemporánea, al acercarse a las neurociencias y al buscar las bases neuroanatómicas de la enfermedad mental, han descartado los abordajes psicoanalíticos, este trayecto ha estado colmado de “ires y venires”.

4.2.2. ¿Un psicoanálisis para la locura?:

En cuanto a la relación del psicoanálisis frente al tratamiento de las psicosis, vale decir que esta no ha sido sencilla. Han existido distintas posturas a lo largo de su

historia, las que han discutido acerca de la pertinencia del psicoanálisis en este ámbito, especialmente en lo que refiere a los alcances terapéuticos de éste.

Como dice Lacan en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, “medio siglo de freudismo aplicado a la psicosis deja su problema todavía por pensarse de nuevo, dicho de otro modo en el *statu quo ante*” (Lacan, 2003, p. 513). Hoy, otro medio siglo más tarde, sabemos que la cuestión de la psicosis, no ha dejado de pensarse, una y otra vez, sin por ello llegar a zanjar de manera definitiva el asunto.

Vale señalar que la discusión la inaugura el mismo Freud (1914), quién aleja a la psicosis de las así llamadas neurosis de transferencia para caracterizarlas bajo el rótulo de neurosis narcisistas. Así, privadas de la posibilidad de establecer una transferencia, tanto condición fundamental como motor para el análisis, las psicosis no tendrían la posibilidad de acceder al tratamiento psicoanalítico.

Se ha justificado esta cuestión, afirmando que el modelo de la transferencia y de toda la teoría freudiana fue elaborada desde el problema de las neurosis. Es decir, que todo el edificio teórico freudiano, al haber sido construido en su mayoría a partir de casos de neurosis, habría dejado a la psicosis en un terreno incierto y muchas veces de déficit frente al terreno de las neurosis. Se habría erigido algo así como que la psicosis es todo aquello que no es neurosis, o que funciona en déficit desde la lógica de la ésta.

Pero, a decir verdad, Freud no se cerraba completamente a esta cuestión. Señalaba, incluso, que con ciertas modificaciones podría tal vez en el futuro, realizarse una psicoterapia de las psicosis.

“Las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda (diría: tóxica), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esas contraindicaciones y abordar así una psicoterapia de las psicosis. (Freud, 1905 [1904] p. 253)

Siguiendo lo planteado por Barenblit (2000), Freud genera los cimientos de la comprensión psicoanalítica de la psicosis y, aunque muchas veces estableció sus dudas frente a la posibilidad de realizar un tratamiento psicoanalítico de éstas, al mismo tiempo generó un ámbito abierto a los esfuerzos teóricos y clínicos futuros.

Por ejemplo, en Introducción del narcisismo, señala lo siguiente:

“Los enfermos que he propuesto designar <<parafrénicos>> muestran dos rasgos fundamentales de carácter: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas). Esta última alteración los hace inmunes al psicoanálisis, los vuelve incurables para nuestros empeños”. (Freud, 1914 p. 72)

Sin embargo, tal como remarca Barenblit (2000), es en este mismo artículo que sostiene que el delirio es un intento de autocuración del sujeto; un intento de reconectarse con la realidad, pero que es realizado con los únicos elementos que tiene a su disposición el paciente.

En esta posibilidad de otorgarle una función al delirio psicótico y en la relación que establecerá entre estos y los sueños, Freud abre al menos dos caminos para pensar el problema de la psicosis. Es decir, si bien era reacio a aplicar la técnica psicoanalítica a la locura, elaboró un modo de entender la psicosis que más tarde tendrá aplicaciones clínicas concretas.

Al establecer que el delirio psicótico puede ser entendido al modo de las operaciones oníricas, sitúa una de las producciones de la locura como algo que hay que detenerse al menos a escuchar. El delirio no es “puro ruido”, una formación anómala producto del funcionamiento enfermo del cerebro.

“En tanto que ambos, como fenómenos de lenguaje, se encuentran estructurados de una manera similar, suponiendo, el uno y el otro, un mensaje cifrado bajo la forma del sinsentido. Para el psicoanálisis de lo que se trata, justamente, es de abrirse a este sinsentido tanto del sueño como del delirio psicótico”. (Capetillo, 2005, p.3)

Desde lo anterior, se ponen de manifiesto grandes distancias con respecto al modelo médico clásico, dado que Freud no concibe al delirio psicótico en este caso, como una producción mórbida, sino que le otorga el carácter de un intento por restablecer una relación perdida con el mundo (Freud, 1924[1923]). Es decir, allí donde la psiquiatría identifica la expresión mórbida misma, Freud observa el intento de una realización subjetiva, el recurso a una creación psíquica.

Para Freud, el problema se vincula con la operación de un “repudio” (1896) de una represión “más profunda” (1915), incluso, de una “desmentida” (1924); la cual concierne directamente la realidad (o aquello que, en lo inconsciente, tiene lugar de ella) para trastocar de forma definitiva las relaciones del sujeto con el mundo. Entonces, el retorno a los objetos plantea la dificultad mayor de realizarse sin la participación de aquello que la tramposa defensa ha logrado dejar sin efecto. Freud (1924) hablará de la creación de una *neorealidad* que, construida conforme a los designios del ello, deja sin consideración aquello que, por la vía del juicio, el yo introduce como reconocimiento de la realidad.

Anteriormente, Freud (1915) había formulado el problema en términos de la relación entre las palabras y las cosas, sosteniendo que, por carecer de apoyos en la cosa, el retorno a los objetos hacía valer la palabra como si fuese la cosa (lenguaje de órgano). Dicho de otro modo, Freud discernía una dificultad mayor de la psicosis en el plano de la represión primaria, determinando un desajuste del orden metafórico que, en función de ella, regla el acceso a los objetos en la realidad.

Una dificultad que, concerniendo al símbolo, Lacan (1984, 2003) reconsidera a la luz del lugar (mediador) de la palabra respecto de la realidad y, en consecuencia, de la inserción del sujeto en el lenguaje. Bajo la noción de la *forclusión* de un significante privilegiado que, al modo del punto de capitón, articula las relaciones entre el significante y el significado, la problemática psicótica es referida a una dificultad acaecida en aquello que, de la realidad, concierne al registro simbólico. Sin aquel significante, discernido como Nombre-del-Padre, los planos de lo real (del deseo de la madre) y de lo imaginario (de la significación del sujeto) se encuentran desprovistos de mediación simbólica, dejando al sujeto sin una relación metafórica con la realidad y a merced de un discurso (del Otro) que lo habla a su antojo.

Se entiende, en consecuencia, que el tratamiento psicoanalítico de la psicosis se confrontaría a una triple dificultad. A la antes mencionada ausencia de transferencia, se sumarían el extrañamiento de la realidad y la desarticulación del orden simbólico. El psicoanálisis con la psicosis se complica, pues no sólo no se contaría con la pieza clave de su dispositivo (la transferencia), sino que su operador principal (la palabra) carecería de la dimensión simbólica que lo define, mientras que uno de sus horizontes fundamentales (la realidad) se encontraría privado de reconocimiento.

4.2.3. Más allá de Freud:

Pese a estas dificultades, numerosos psicoanalistas tomaron pacientes con sintomatología psicótica, desarrollando abordajes que, al menos en parte, ponían en entredicho el carácter lapidario de las anteriores consideraciones. Sin ir más lejos, contemporánea a Freud y con su consentimiento, Ruth Mack Brunswick emprendió un análisis con un sujeto que, habiendo experimentado una crisis delirante, fue por ella diagnosticado con una psicosis paranoica: se trataba del segundo tratamiento emprendido por Serguei Pankejeff, el Hombre de los Lobos.

Melanie Klein fue quien introdujo nuevas claves de lectura en la comprensión de los procesos psíquicos, las que permiten establecer la posibilidad de realizar procesos terapéuticos con niños y pacientes psicóticos.

Investiga las relaciones objetales tempranas de los bebés, en las que descubre modos de funcionamiento psíquicos arcaicos, que luego considerará prototípicos de la psicosis. Para ella, los psicóticos generan transferencias, aunque de una cualidad especial, y por tanto no descarta que puedan recibir un tratamiento psicoanalítico.

Para esta autora, la psicosis viene definida por una gran exacerbación de los mecanismos y ansiedades propias de la posición esquizoparanoide. Se produce una fijación intensa en esta etapa o una detención del desarrollo en la misma. Por una u otra vía, surge la inaccesibilidad a la posición depresiva. Existe un predominio de los impulsos sádicos, los que generan en los pacientes defensas cada vez más sádicas también, con lo cual se dificulta la relación con la realidad. De este modo se configura una suerte de círculo vicioso: a mayor frustración, mayor voracidad y sadismo, lo que al mismo tiempo genera los mecanismos de disociación y de

identificación proyectiva, característicos de las psicosis, en el cual el mundo exterior devendrá altamente hostil. (Klein, 1983)

En suma, para M. Klein la psicosis será una intensificación de los modos de funcionamiento esquizoparanoides, los cuales serían parte del desarrollo de los sujetos. No existiría una operación distinta, sino que una fijación a una etapa normal por la que atraviesan los seres humanos, por lo cual el ejercicio psicoanalítico debiera promover el avance de los pacientes hacia la posición depresiva y con ello la consideración de la realidad a demás de un pensamiento simbólicamente organizado.

Discípulo de M. Klein, W. Bion tomará pacientes psicóticos en análisis, desarrollando una terapéutica singular orientada a rescatar el contacto del sujeto con una realidad odiada y, por lo mismo, atacada. Según Barenblit (2000) uno de los aportes más significativos de este autor, es el haber diferenciado dos modalidades de funcionamiento mental: La personalidad psicótica y la no psicótica, las que pueden ser encontradas, en todos los seres humanos. Los predominios de una u otra hablarían de una mayor o menor gravedad de la patología psíquica, aunque siempre habría una cohabitación de ambas. Lo que varía serían los pesos relativos de cada una de ellas en cada sujeto.

De este modo, "la personalidad psicótica no es un diagnóstico psiquiátrico sino un modo de funcionamiento psíquico con sus manifestaciones en las conductas, en el pensamiento y lenguaje, en las relaciones con los objetos y con la realidad externa." (Ibíd., p.18)

Para Bion, la personalidad psicótica se caracteriza por generar transferencias muy intensas pero lábiles, siguiendo la forma de un vínculo prematuro de alta dependencia en el cual se puede transitar rápidamente desde la idealización a la denigración. (Bion, 1996)

Es importante considerar que para Bion, el yo nunca se retira completamente de la realidad, lo que va a permitir la existencia de fenómenos neuróticos a la vez que psicóticos, al modo de concebir una parte no psicótica que se encontraría encubierta por la parte psicótica.

De este modo, el trabajo terapéutico consistiría en tomar los aspectos del yo arraigados a la realidad o aquellos fragmentos no psicóticos, para a partir de ellos elaborar el odio a la realidad que se expresa de manera permanente en los ataques

al vínculo (ataques a lo que en la personalidad da noticia de un vínculo con la realidad).

En 1947, Marguerite Sechehaye (1988) propone una modalidad terapéutica de la esquizofrenia sostenida en la idea de permitir la reparación de carencias infantiles tempranas por medio de una compensación simbólica de las mismas, donde el terapeuta se esforzaría por entregarle al paciente una realidad menos conflictiva y más soportable sostenida por satisfacciones primarias y concretas que, de forma présimbólica, promoverían la integración del yo fragmentado del psicótico.

En suma, existen una gran cantidad de autores que desarrollaron elementos de la teoría psicoanalítica con psicosis y llevaron a cabo un trabajo con pacientes psicóticos. En esta línea también podemos incluir a Frieda Fromm-Reichmann (1981), quien se refiere a los aspectos técnicos que debieran modificarse para los pacientes psicóticos. Señala por ejemplo lo incomprensible que pudiese resultar para un psicótico el *diván*, así como también el sentarse detrás del paciente. Afirma: “es demasiado artificial, pues el psicoanalista es el puente con la realidad exterior.” (p. 29)

También hace alusión a la “*actitud de “disco de gramófono”*”, la que no satisface las necesidades terapéuticas del paciente psicótico, los que

“requieren la atención de un psiquiatra que se cuide de demostrar que siente una genuina preocupación por el bienestar del paciente y que está intentando metódicamente restablecer la perdida espontaneidad. (...) difícilmente puede lograrse tal cosa sin vigilancia y espontaneidad por parte del médico.” (Op. Cit. p.30)

Se pregunta finalmente si “esta actitud de gramófono puede no ser otra cosa que una máscara de la timidez personal del analista” (Ibíd. p. 30) lo que nos parece de gran interés, ya que da cuenta de que desde la clínica con psicosis se comienzan a cuestionar elementos del encuadre tradicional y su función para la cura.

Incluso en la literatura del movimiento psicoanalítico chileno podemos encontrar un artículo sobre la implementación de la psicoterapia de la esquizofrenia. Es el caso

del texto de Ramón Ganzaraín, “Contribución al estudio de la psicoterapia de la esquizofrenia” del año 1953, en el cual hace énfasis a los elementos contratransferenciales que se deben considerar en estas psicoterapias y finaliza señalando que “es un hecho de observación indiscutible que es posible obtener la mejoría de los esquizofrénicos mediante la psicoterapia” (p. 223)

Como referíamos unos párrafos más atrás, las referencias son numerosas y no nos detendremos a revisarlas todas. No obstante nos parece importante señalar que tal como afirma Barenblit (2000) las prácticas psicoanalíticas con pacientes psicóticos no han evolucionado sólo en el marco de las teorías psicoanalíticas que se corresponden con esas prácticas, ya que “las técnicas puestas en acción por la práctica adquieren un nuevo potencial durante los últimos decenios en el marco del trabajo interdisciplinar y de la construcción de modelos institucionales que se desarrollan en distintos países como alternativas renovadoras de la asistencia tradicional en los hospitales psiquiátricos.” (p.18)

El psicoanálisis entonces desarrolla su trabajo con psicosis muchas veces a partir de un trabajo en instituciones, del cual mencionaremos por ejemplo, la experiencia llevada a cabo en Estados Unidos por Harry Stack Sullivan, quién funda un servicio de pacientes psicóticos adolescentes en el Hospital Sheppard y Enoch Pratt. Este servicio planteaba su trabajo a partir de la creación de un espacio psicosocial terapéutico “que promueve la comprensión de los conflictos psíquicos y el reconocimiento de los dinamismos inconscientes en los procesos de salud y enfermedad mental.” (Ibid. p.18)

Otra experiencia fundamental es el trabajo llevado a cabo en Inglaterra por W. Bion y J. Rickman en el Northfield Hospital, a partir del cual se inicia todo un movimiento psicoanalítico de trabajo en comunidades terapéuticas.

En Francia, las experiencias de trabajo del psicoanálisis al interior de instituciones de salud mental han sido cruciales para el desarrollo de la teoría psicoanalítica de la psicosis y para los modelos de atención en salud mental. Por ejemplo, los desarrollos de Francesc Tosquelles en el hospital de Saint Alban. “En torno a su actividad se reúnen un grupo de intelectuales y psiquiatras (Lacan, P. Janet, H. Wallon) que sientan los pilares fundacionales de la política de sector que, a partir de

los años 50, promueve transformaciones psicoterapéuticas de un número destacado de psicoanalistas.” (Ibid. p.18)

En esta misma línea es fundamental destacar los desarrollos de la psicoterapia institucional en las clínicas de Saumery y La Borde, que plantean una fuerte crítica a los modelos hospitalarios clásicos y el desarrollo de diversas técnicas que permitan el acceso a la singularidad de cada uno de los pacientes. Se asume que todo establecimiento psiquiátrico está enfermo desde distintos frentes, cuestión que no habría que desentender, sino que afrontar. En estos dispositivos se ponen en juego una serie de prácticas, en las cuales será fundamental el preservar la libertad de circulación. (www.cliniquedelaborde.com)

Siguiendo a Michaud (2002), quién desarrolla su trabajo al interior de la clínica La Borde, se ha asumido desde el análisis tradicional la existencia de una lengua común “cuyo código ambas partes (terapeuta y paciente) han tenido que adquirir. Con un psicótico, este código no existe. ¿Cómo comunicarse entonces en la cura y establecer un *lugar-tercero* que sea hablado por ambos protagonistas, paciente y terapeuta?. (p. 25)

La clínica entonces buscará los modos de trabajo para generar un espacio de encuentro, para lo cual utilizará distintos medios:

“-Los métodos proyectivos de la imagen del cuerpo, como los de Gisela Pankow con los modelados (pero hay otros)

-en el discurso y en la economía cotidiana, la utilización de un espacio metonímico de intervención capaz de desplazar hacia investiduras posibles la energía movilizadora por la demanda y de permitir que los síntomas se distancien;

-la acogida de los signos del sujeto, con referencia a su código delirante: objetos diversos que tienen un sentido diferente según el momento de la comunicación con el analista y que exteriorizan fases distintas de su trabajo analítico.” (Op. Cit. p.26)

Nos detenemos en este punto, ya que nos parece central rescatar la operación de búsqueda de herramientas de trabajo con los pacientes, más allá de los encuadres tradicionales, en lo cual se devela una posición frente a la subjetividad de los pacientes: No se impone un código, sino que se buscan los modos de acceso en

común para generar un lazo terapéutico, el que es particular para cada paciente y cada terapeuta.

En suma, en la actualidad estamos lejos de las posiciones clásicas cercanas a Freud, que afirmaban la ausencia de transferencia en los psicóticos y por ende la imposibilidad de un trabajo analítico.

Vimos cómo los desarrollos posteriores a Freud, si bien tienen muchas diferencias, tienen en común el plantear que existe una dimensión transferencial en la psicosis en la *“que la función del analista es muchas veces servir completamente de soporte real, concreto, a lo que se nos puede aparecer como odio o amor mortíferos, pero que en primer lugar y sobre todo es lo que el psicótico vive —sin poder representárselo— de la destrucción del mundo objetal.”* (Lacan, 1994p. 25)

Destrucción del mundo objetal que nos recuerda cada vez que se trata de toda una subjetividad arrasada y no sólo de un cuerpo que enferma.

5. Marco Metodológico

5.1. Enfoque cualitativo:

La presente es una investigación de tipo empírico, de carácter exploratorio – descriptiva, inscrita en el campo de las metodologías cualitativas. Se enmarca en dichas metodologías ya que se indagará, mediante el dispositivo de entrevista-conversación, los discursos de una experiencia de trabajo particular, ajustándose a los rasgos de la investigación cualitativa propuestos, tanto por Flick (2004), como por Wiesenfeld (2000): adecuación de métodos y teorías, inclusión de la perspectiva de los participantes, la comprensión como principio epistemológico y el carácter subjetivo e implicado ética y políticamente de la investigación, la importancia del lenguaje y el discurso como constructor de realidades, y el texto como material empírico (Castillo, 2011). Es decir, el material de trabajo de esta investigación provendrá de la escucha de los participantes, entendiendo que no se busca “la objetividad” en ese ejercicio ya que existe una implicación de los investigadores que no es posible obviar.

En términos generales, las metodologías cualitativas tienen como marco el

“buscar la comprensión, centrando la indagación en los hechos; desde la investigación cualitativa se pretende la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad”. (Rodríguez, Gil & García, 1999, p. 34)

Mientras que la investigación cuantitativa fundamentará su búsqueda en las causas, persiguiendo el control y la explicación.

“En este tipo de investigación se destaca el papel personal que adopta el investigador desde el comienzo del proceso, a diferencia del enfoque cuantitativo en el que el investigador debe estar “libre de valores”. (Ibíd., p. 34)

Otra característica del enfoque cualitativo consiste en que el investigador no descubre, sino que construye el conocimiento. En este caso no se pretende

obtener datos “objetivos”, “limpios” de subjetividad, sino que se entiende que la producción de conocimiento es un ejercicio activo, en el que se pone en juego la postura, siempre subjetiva, del investigador.

De este modo, la metodología cualitativa se opone a la aproximación positivista a la realidad social, desde la cual se pretende que el investigador sea objetivo, omitiendo toda posibilidad de interpretar, neutralizando toda posible influencia de los investigadores, a través de mediciones y cuantificaciones del objeto de estudio. Se asume entonces que el investigador se encuentra inevitablemente relacionado con su objeto de estudio, dado que

“Es precisamente la implicación y la responsabilización con la realidad social lo que otorga a la figura del analista (investigador social), la posibilidad de construir un marco que permita “Descifrar” y a la vez, “Construir” con cierta visión del fenómeno estudiado”. (Pujal & Pujol, 1995, p. 172)

5.2. Discurso:

El Discurso, como entidad analizable y material de trabajo en ciencias sociales, es una producción relativamente reciente. Tuvo como antecedentes una serie de transformaciones y revoluciones científicas que pusieron de relieve el lugar del lenguaje y de su enunciación. De este modo, afirmamos con Iñiguez (2003) que papel que el lenguaje tuvo en las ciencias sociales fue auxiliar. En un comienzo, tenía una función de apoyo básicamente metodológico (en el sentido de ofrecer herramientas e instrumentos de análisis para la investigación de procesos sociales), y de complemento a la actividad investigadora. *“Sin embargo, paulatinamente el papel otorgado al lenguaje ha llegado a conformar una perspectiva particular presente en una gran variedad de corrientes sociológicas y psicosociales, donde la Lingüística, lo lingüístico y lo discursivo ocupan un lugar central.”* (p. 44)

Lo anterior fue posible gracias a un largo proceso de desarrollo en las ciencias en general y en las ciencias sociales y humanas en particular, que tuvo como uno de sus hitos fundacionales el llamado “giro lingüístico”.

Como “giro lingüístico” entenderemos aquella

“inflexión que se produjo en filosofía y en distintas ciencias humanas y sociales, que se tradujo en una mayor atención al papel que desempeña el lenguaje, tanto en los propios planteamientos de esas disciplinas como en la formación de los fenómenos que suelen estudiar.” (Ibíd., p. 21)

Es decir, el lenguaje se impone como una entidad que merece ser estudiada y analizada, no sólo como dominio de la conciencia, sino que también como parte del mundo. De hecho, una de las consecuencias de este giro lingüístico no fue el suscitar un mero interés por el lenguaje, sino que el haberlo integrado al dominio de la reflexión científica y por haber interrogado y puesto su atención sobre el lenguaje cotidiano.

Es desde este movimiento que se posibilita la tradición de pensamiento que pone su interés en el estudio de los discursos.

Nos detendremos en la noción de “discurso” ya que existen múltiples definiciones, las cuales difieren unas de las otras y marcan distintas maneras de aproximarse a su posterior análisis. Es decir, según la noción de discurso que se maneje, la concepción de “Análisis de Discurso” tendrá significados y alcances muy diferentes. (Iñiguez, 2003)

Dentro de las tradiciones que se manejan más comúnmente en las ciencias sociales se pueden distinguir tres:

1. La tradición lingüística y, más generalmente, la tradición de la filosofía lingüística asociada a la escuela de Oxford;
2. La tradición que tiene su origen en la obra de Michel Foucault;
3. La tradición de la pragmática francesa y el análisis de discurso francés.

Sin pretender hacer una clasificación completa, se podría resumir algunas de las definiciones más habituales de Discurso que se utilizan en las ciencias humanas y sociales de la siguiente forma:

- “1. Discurso como enunciado o conjunto de enunciados dichos efectivamente por un\ a hablante.
2. Discurso como conjunto de enunciados que construyen un objeto.
3. Discurso como conjuntos de enunciados dichos en un contexto de interacción —en esta concepción se resalta el poder de acción del discurso sobre otra u otras personas, el tipo contexto (sujeto que habla, momento y espacio, historia, etc.).
4. Discurso como conjunto de enunciados en un contexto conversacional (y por tanto, normativo).
5. Discurso como conjunto de constricciones que explican la producción de un conjunto de enunciados a partir de una posición social o ideológica particular.
6. Discurso como conjunto de enunciados para los que se pueden definir sus condiciones de producción.” (Iñiguez, 2003, p. 98)

Entonces, dentro de las múltiples formas de entender la categoría “discurso”, se podría decir que existen algunas más cercanas a la lingüística tradicional, que entienden a las lenguas como sistemas o como gramáticas por ejemplo, y otras más cercanas a una perspectiva social, las cuales estudian la relación entre discurso y sociedad (Van Dijk, 2001). En estas se plantea que *“el discurso construye, constituye, cambia, define y contribuye a las estructuras sociales, [...] a su vez que las estructuras del discurso hablan sobre, denotan o representan partes de la sociedad.”* (Ibíd., p. 2)

Es desde esta última perspectiva que nos acercamos a la noción de “Discurso”, la cual se podría ubicar dentro de la tradición crítica de Michel Foucault, la que lo define como una práctica social, y más específicamente, siguiendo a Iñiguez & Antaki, *“como un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales.”* (1994, p. 64)

Desde aquí entenderemos entonces al discurso como práctica, es decir, como una actividad socialmente regulada que,

“constituye al mismo tiempo una práctica textual, una práctica discursiva y una práctica social. Práctica textual en tanto se llama discurso a una unidad lingüística, superior a la oración, cohesionada y dotada de coherencia, construida a partir de determinados materiales lingüísticos. Práctica discursiva en tanto todo discurso se enmarca en una situación, en un tiempo y en un espacio determinados, por lo que llamamos discurso a una producción discursiva que permite la realización de otras prácticas (juzgar, impartir clase, informar), que se adecua y pliega a la regulación de éstas, a las que al mismo tiempo, estructura y dota de significado. Y práctica social, ya que el discurso se ve conformado por las situaciones, las estructuras y relaciones sociales, por el orden y la estructura social, pero que a su vez, los conforma e incide sobre ellos, bien consolidándolos, bien cuestionándolos. Se trata, por tanto, de una práctica social, con origen y efectos sociales.” (Iñiguez, 2003, p. 204)

Práctica textual, discursiva y social que muchas veces tiene la forma de instrumentos de poder que producen, mimetizan y consolidan formas retóricas y contenidos para fortalecer determinados valores e imágenes culturales, por ejemplo las representaciones simbólicas de grupos particulares. (Grau, Delsing, Brito & Farías, 1997)

De este modo se podría hablar de discursos dominantes, por ejemplo aquellos emitidos por organismos estatales, que constituyen el discurso oficial (por ejemplo el del modelo psicofarmacológico y de las TCC).

Este se expresa desde lugares institucionales, lugares de poder convencional, de cierta hegemonía en sus modos de circulación, presencia pública y posicionamiento.

Entonces se plantea un “orden social de los discursos” (Iñiguez, 2003, p. 201), esto es que las diferencias de estatus y de autoridad se proyectan sobre el universo discursivo, instalando un *“principio de desigualdad: junto a discursos autorizados, encontramos discursos des-autorizados, frente a discursos legitimados, discursos des-legitimados, frente a discursos dominantes o mayoritarios, discursos minoritarios”* (Ibíd. p. 205). “Principio de desigualdad” que da cuenta de la primacía de algunos discursos por sobre otros, muchas veces sobre aquellos que no detentan un lugar de poder y a su vez cuestionan el orden establecido.

Gracias a lo expuesto más arriba, es posible plantear con Arensburg (2011) que los discursos se establezcan como prácticas y dejen de sostener una cierta expresión especulativa implica, entre otras cosas, materializar al discurso. Para ello,

“Foucault traslada el registro desde donde considerar al discurso, haciendo que el registro desde donde plantearlo sea el registro práctico. A través del registro práctico, lo analógico, estratégico, táctico, conecta el discurso con lo que lo hace existir (como forma de vida).” (p. 235)

Como plantea la investigadora, el énfasis está en que lo que organiza y consolida una cierta relación entre el pensamiento y lo institucionalizado, como proceso de formación discursiva, que ha de entenderse como: *“una grilla legislativa-política, que determina qué tipo de discurso puede ser considerado, en una época, como un discurso serio (hegemónico/verdadero).”* (Ibíd., p. 236)

Entonces, siguiendo esta argumentación, los discursos no poseen interés por el hecho de ser expresiones de la práctica social, sino por el de contribuir a determinados fines, a saber, el de ejercer poder a todos los efectos. Y lo hacen porque están institucionalizados y se encuentran vinculados a la acción.

5.3. La conversación, la entrevista y sus hablas

En *El regreso del sujeto*, Jesús Ibáñez (1994) inscribe en el primer plano de la investigación cualitativa, la oportunidad que otorga trabajar con el habla como conversación. En ese texto señala que la conversación puede entenderse como un juego de lenguaje dialógico, el que opera como totalidad, dado que es la organización social mínima capaz de reproducirse. Reproducción que:

- “1. La reproducción es creativa, no es tautológica; lo reproducido no es idéntico sino isomorfo.
2. Los modelos de reproducción producen sentido, cambian a sus componentes.
3. El orden social se reproduce mediante conversaciones.” (p. 62)

Como nos recuerda Arensburg (2011), para este autor los dispositivos del investigar pueden regular o liberar distintas cosas. En el caso de la conversación, se *desregula el control de la palabra*. A través de los medios-técnicas como la entrevista abierta y el grupo de conversación, se regula la acción y se libera el habla.

Liberación del habla que permite acceder a una situación privilegiada para la investigación, considerando que

“el habla deja de ser la representación fiel de una vivencia, y pasa a concebirse como “mundos de la vida cotidiana”, inscritos en ciertos repertorios retóricos propios de la narratividad. Más que analizar el habla confirmando su adecuación a las categorías estructurales, en el sentido de: cómo el decir se adecua al ser (ser pobre, ser varón, ser migrante, etc.) importa estudiar las formas de transitar, de moverse entre unas y otras. (Marinas, 2001, p. 47)

Es decir, el foco no está puesto en la adecuación, o en la coherencia de aquello que se vivencia, sino en cómo los sujetos se sitúan frente a sus experiencias.

Lo central entonces es que el habla no reproduce “literalmente” el discurso. Es decir, en el relato, no solo hay actuación, réplica, sino escritura y producción de sentido.

Considerando los elementos anteriormente expuestos, esta investigación tomará como material principal entrevistas realizadas a psicólogos con formación analítica que se desempeñan día a día en instituciones que trabajan en relación a un discurso hegemónico acerca de la locura. Es decir, no nos centraremos en recoger los discursos oficiales, dominantes, sino que las experiencias personales de trabajo, en las cuales se encuentra un saber “no oficial”, que nos parece crucial. Es por lo anterior que esta investigación no busca instalar una idea de lo que se “debiera hacer” en estos contextos, a modo de “lo que debiera hacer un psicólogo-

psicoanalista que trabaja con la locura en el sistema público, manual práctico”, sino rescatar la particularidad de cada experiencia, en cuanto nos permite reflexionar en torno a nuestras prácticas y al lugar que ocupa el psicoanálisis en nuestro país en la actualidad. Pensamos que en estas experiencias particulares, subjetivas y personales se despliegan elementos valiosos que permiten a demás poner en tensión aquellos elementos teóricos sobre los cuales se basa nuestro trabajo.

En suma, sostenemos que nuestra investigación no pretende ser de ningún modo representativa de la voz del psicoanálisis, sino que como hemos planteado, se trata de una investigación “empírica, de carácter exploratorio – descriptiva”, es decir, que nuestro material de análisis se pone en juego en una experiencia, y que si bien esta experiencia está pensada desde un marco teórico particular, constituye un saber que es central para el desarrollo del psicoanálisis y que muchas veces queda olvidado en los pasillos de los hospitales. Y exploratoria, porque se pretende “explorar”, abrir un campo de investigación nuevo, en el que se piensen las relaciones de poder y el lugar de la práctica del psicoanálisis en nuestro país.

5.4. Selección de los participantes

Para realizar esta investigación los entrevistados se seleccionaron intencionadamente, no con el fin de generar una muestra representativa de los psicólogos con formación analítica insertos en el ejercicio clínico con psicóticos, sino que bajo el supuesto de que lo que se buscaba no era un saber objetivo, sino que rescatar la particularidad y la riqueza de las experiencias. De este modo se buscó, uno a uno, profesionales con título de psicólogo que tuvieran una trayectoria de trabajo con psicosis al interior de instituciones vinculadas al sistema público, y que tuviesen formación en psicoanálisis.

Se eligieron psicólogos con formación analítica y no psiquiatras, dado que era fundamental situar el problema en el ámbito de la psicología, para evitar confusiones en cuanto a la desigual posición de poder que existe entre ambas disciplinas.

Con respecto a que tuviesen experiencia de trabajo de al menos 4 años, fue pensado ya que nos interesaba poder acercarnos a profesionales con un trayecto sostenido en este trabajo, bajo la premisa de que tendrían una visión más completa de los procesos de los pacientes y de las instituciones. Lo anterior no estuvo exento de dificultades, ya que como veremos en el apartado de Análisis, un fenómeno que se da en este tipo de trabajo, es la alta rotación de profesionales.

En cuanto a la formación psicoanalítica, los criterios fueron bastante amplios, pero como marco general, se buscó personas que hubiesen participado en actividades formativas y que consideraran su trabajo clínico orientado desde el psicoanálisis. Finalmente ninguno de los entrevistados que fueron contactados y que pudieron ser entrevistados pertenece a los ámbitos institucionales “tradicionales” del psicoanálisis (ICHPA, APCH), sino que muchos se encuentran vinculados a pequeñas agrupaciones psicoanalíticas lacanianas. Lo anterior no fue un criterio intencionado, sino que es un rasgo identificado a posteriori y que por cierto determina los lugares desde donde se sitúan estas hablas.

Se buscó también que pertenecieran a distintos dispositivos dentro de la red de salud mental, con el fin de tener una visión amplia de los espacios institucionales donde se desempeñan.

Finalmente la muestra se conformó por cuatro psicólogos, que fueron los que participaron en la investigación.

Psicóloga Hospital Diurno
Psicóloga Unidad Tratamiento Ambulatorio
Psicólogo COSAM
Psicólogo Hospital General

5.5. Técnica de recopilación de información

La técnica seleccionada fue la entrevista, entendiendo con Parker (1996) que existirían cuatro razones principales para realizar entrevistas, de las cuales destacaremos tres. Primero, un interés en los significados subjetivos, es decir los significados que los participantes le dan al tema de la entrevista.

En segundo lugar, estas permiten la exploración de temáticas que pueden ser muy complejas de investigar a través de métodos cuantitativos dado que permiten ajustarse a la postura y comentarios del entrevistado, sin estar limitado por códigos de estandarización.

Y, en tercer lugar, en las palabras de Parker:

“hacer entrevistas es una lección saludable de participación y práctica en la investigación. Sin la distancia “segura” de un espejo de un solo lado, o de la posición del manipulador desligado de las variables, como entrevistadores somos forzados a confrontar nuestra propia participación dentro de la investigación” (p. 73).

Es decir, nos obliga a tener una actitud reflexiva en el proceso de investigación, cuestión que será abordada al final de este apartado.

De este modo, la técnica utilizada para la recopilación de la información fue la Entrevista abierta orientada por guión general. Es decir, una situación de conversación cara a cara, en la que el entrevistador posee una pauta general de las temáticas a abordar, las cuales se plantean con el fin de ir generando una conversación que permita el despliegue de las experiencias, sin imponer un guión rígido.

Como plantea Ortiz (2000),

“por entrevistas abiertas entendemos una conversación cara a cara que permite, en base a una pauta semiestructurada muy general, obtener información de las personas y su opinión sobre un nicho temático o campo de producción, creando un ambiente de conversación sobre una o varias temáticas específicas.” (p. 180)

Esta técnica fue la seleccionada, dado que tiene como objetivo el promover la escucha de cómo los sujetos se sitúan frente a sus experiencias, privilegiando el posicionamiento de los entrevistados frente a las preguntas. No nos interesaba obtener información estandarizada acerca de lo de “se debe hacer”, sino que acceder a una experiencia contextualizada a los espacios institucionales de trabajo de cada uno de los entrevistados, para lo cual la entrevista con estas características resultó apropiada. En palabras de Parker (1996), *“la entrevista semi-estructurada, como herramienta de investigación más abierta y flexible, puede documentar perspectivas que no se representan comúnmente, y de ahí que este enfoque pueda darles fuerza a grupos desfavorecidos al validar y hacer públicas sus opiniones.”* (p.73)

Como ya fue planteado con Arensburg (2011), los dispositivos de investigación pueden regular o liberar, y en el caso particular de la conversación-entrevista, se desregula el control de la palabra, se libera el habla. Lo anterior fue pensado para permitir la emergencia de las voces no hegemónicas de los discursos subalternos que se ponen en juego diariamente en los distintos dispositivos de atención.

5.6. Procedimiento de análisis e interpretación

El análisis e interpretación de la información se llevó a cabo en términos generales desde la perspectiva de análisis discursivo en psicología social. Es cierto que existen muchos modos de entenderlo y que existe amplia bibliografía en torno a esta temática, sin embargo, para los fines de esta investigación nos guiaremos por la

propuesta de Ian Parker (1996), quién propone un análisis en su versión foucaultiana, dado que *“una de las ventajas de la perspectiva foucaultiana es que no establece asunciones acerca de lo que el escritor o hablante «quisieron decir»”* (p. 80). Es decir, no se establece una lectura de lo que “de verdad” está tras los discursos, sino que se pone en evidencia las posiciones de enunciación de los sujetos a investigar. No se pretende llegar a una verdad objetiva, sino que como sostiene este autor, la subjetividad del investigador se pone en juego, como producto histórico y contingente, constituyendo un instrumento para la investigación.

Siguiendo con este autor, los discursos son tanto producto de nuestra creación como “objetos” que existen independientemente de nosotros. El encuentro con estos discursos, como se manifiestan en este texto, no es un encuentro con lo que desconocemos, sino todo lo contrario. La historia que definen los discursos y que los sustenta como fenómenos “objetivos” es también la historia que nos define como seres “subjetivos”. Una ventaja es que *“el análisis de discurso hace públicas sus fuentes interpretativas en la lectura.”* (Ibíd., p. 88)

En términos concretos, se siguió el procedimiento que propone este autor, según los siguientes pasos:

El primero, consiste en poner el texto en lenguaje escrito. En nuestro caso, la transcripción de las entrevistas.

Luego, asociarse libremente con el texto. Parker propone trabajar en grupo, cuestión que se llevó a cabo en una primera etapa. En este momento, se recomienda tomar nota de todas las impresiones, aunque puedan parecernos extrañas. Se leyó el material como un todo, dejando de lado su autoría específica para considerarlo un texto en su totalidad.

La tercera etapa, consiste en detallar sistemáticamente los “objetos” que aparecen en el texto, entendiendo que será relevante considerar *“las formas en las que los discursos sistemáticamente definen los objetos a los que se refieren. Una regla conveniente es inspeccionar los nombres, preguntándonos ¿dónde aparecen? y ¿qué significado tienen?”* (Ibíd., p. 82). Es decir, acercarse a las temáticas y a los

fenómenos que se consideran relevantes en coherencia con los objetivos de la investigación. En este punto Parker propone preguntarse bajo qué claves se agrupan los objetos.

A continuación, el ejercicio es detallar a los “sujetos” (los grupos de personas) que aparecen en el texto para luego identificar las distintas versiones de mundo que coexisten en el texto. Finalmente, se sugiere nombrar y organizar el o los discursos presentes en el texto: lo anterior corresponde a la etapa final, en la que se nombran los discursos y se organizan en un texto.

5.7. Reflexividad en la investigación:

En el campo de la investigación cualitativa, la reflexividad puede ser entendida como la acción de explicitación y análisis de las relaciones y afectaciones mutuas que se producen durante la investigación y que resultan en la escritura final de un texto científico. (Castillo, 2011)

Es decir, *“la reflexividad implica una continua conversación con uno mismo sobre nuestra relación con la propia investigación.”* (González, 2009, p. 122)

Considerando lo anterior, nos parece relevante acotar algunas cuestiones sobre la vinculación con el campo de investigación, cuestión que podrá ser relevante a la hora de acercarse al apartado de Análisis.

Esta investigación surge en primera instancia, a partir de la experiencia de trabajo en el hospital de día de la comuna de Pudahuel, “Perspectiva Joven”¹² con adolescentes diagnosticados con primer episodio de esquizofrenia. Esta institución definía su trabajo desde una mirada psicoanalítica, haciendo énfasis en los aportes de la psicoterapia institucional como marco de las intervenciones que allí se realizaban, inscribiéndose además desde una propuesta clínica comunitaria.

¹² El Hospital de Día para Adolescentes "Perspectiva Joven" es un proyecto de prestación de servicios, docencia e investigación, que surgió como fruto de un convenio de colaboración entre la Escuela de Psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano y el Servicio de Salud Metropolitano Occidente. En estos días el convenio no ha sido renovado y el hospital ha cerrado.

El trabajo cotidiano con pacientes implicaba estar en relación constante con los servicios psiquiátricos de referencia (que en su mayoría provenían del Hospital Félix Bulnes), intentando, muchas veces sin mayores logros, establecer un diálogo a propósito de los sufrimientos de los pacientes y sus tratamientos. Este intento de diálogo, finalmente significaba detenerse a pensar, cuestión que en el contexto nacional en el que los psiquiatras no tienen más de 10 minutos de atención al mes por paciente, constituía un ejercicio difícil y disruptivo. Es más, incluso al interior del mismo equipo de trabajo del Hospital Día, apremiados por el tiempo y la contingencia, se hacía muy difícil mantener este ejercicio, que no obstante era a todas luces fundamental. Lo anterior nos hacía encontrarnos con la necesidad de pensar los dispositivos de tratamiento de la *esquizofrenia* al interior de los discursos hegemónicos en los cuales transitábamos, y analizar las implicancias clínicas de éstos para los pacientes.

El trabajo clínico con los pacientes, así como también las instancias de intercambio y trabajo grupal, requerían además el hacer “trabajar” constantemente a la teoría, es decir, no sólo conocer y estudiar la teoría psicoanalítica y psiquiátrica acerca de la psicosis, sino que muchas veces desmantelarla y cuestionarla para llevar a cabo el trabajo diario. O dicho de otro modo, el trabajo cotidiano ponía constantemente en tensión y de alguna forma, “a prueba”, los dispositivos y los encuadres, requiriendo flexibilizar, replantear y buscar nuevos elementos.

De este modo, el trabajo con psicosis constituía una instancia que requería de mucha creatividad y de algo que llamaremos “oficio”, en el sentido de tener un horizonte de acción ético frente a los pacientes, que se pone en juego no solamente en la teoría, sino que en cada acción, almorzando, jugando ping pong, participando en la asamblea semanal y también atendiendo pacientes.

Por otro lado, nos parece importante destacar que esta investigación ha tenido como telón de fondo las movilizaciones estudiantiles del 2011. Movilizaciones llevadas a cabo inicialmente por estudiantes secundarios y universitarios de pre y post grado,

las que como sabemos, excedieron lo estrictamente "educativo" e instalaron espacios de discusión acerca de distintos ámbitos de la realidad contemporánea.

En este contexto, en el programa de Magíster de Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile, se llevaron a cabo diversas acciones, tales como mesas de discusión públicas (por ejemplo en el frontis de la Casa Central de la Universidad de Chile, en el que más de 100 personas, entre estudiantes y académicos, participaron del foro protesta "Historia, Políticas Públicas y Salud Mental") e instancias de análisis y trabajo. Una de ellas tiene como nombre: Grupo de Trabajo: Salud Mental y Desigualdad, de la que hemos sido parte.

Otro hito relevante fue la Asamblea sobre Salud Mental realizada en la casa central de la Universidad de Chile, que convocó a más de 300 actores de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, entre otros) en la que entre otros temas se discutió en torno al documento "Estrategia Nacional de Salud Mental: un paso adelante" (MINSAL, 2011b) y la inquietud de un nuevo plan de salud mental en ciernes, así como de diversos cuestionamientos acerca de cómo se está pensando la salud mental en nuestro país.

6. Análisis y Resultados

En este apartado se presenta una sistematización y análisis del material obtenido mediante las entrevistas que se llevaron a cabo a psicólogos con formación analítica que realizan su trabajo con psicosis en programas vinculados al sistema público de salud mental.

La información será presentada en base a las categorías desprendidas del análisis de las entrevistas y en relación a los objetivos propuestos.

6.1. Derechos humanos: Escuchar a un sujeto

Esta primera parte se titula “derechos humanos”, ya que pondrá de relieve posiciones que reflexionan más allá, (o tal vez más acá) del psicoanálisis y sus modos de acercamiento a la locura, a la vez que generan un debate crítico en torno a la implementación de las políticas públicas en nuestro país.

6.1.1. La perspectiva de los derechos humanos del PNSM en el contexto chileno:

Situar la mirada sobre los derechos humanos desde la perspectiva de nuestro país no es un tema sencillo. De algún modo “derechos humanos” (en adelante, DDHH) se instala como un significante lleno de significados y de imágenes difíciles de procesar, especialmente para una generación que formó parte de un proyecto de democratización, luego de 17 años de dictadura militar en la que se cometieron numerosas violaciones a los derechos fundamentales de las personas¹³

Más allá de definir o de problematizar el concepto de DDHH en general, nos parece importante señalar que todos los documentos revisados en esta investigación hacen especial hincapié en esta cuestión, lo que no responde sólo a una preocupación nacional, sino que es parte de las políticas regionales de los últimos 20 años.

¹³ Los informes de las Comisiones Rettig y Valech, dan cuenta de 3.225 casos calificados de ejecutados políticos y detenidos desaparecidos y 38.254 casos calificados de prisión política y tortura.

Como ya hemos mencionado, un documento base en este caso es la “Declaración de Caracas”, que marca un paso adelante, y que será incorporado tanto en el desarrollo del PNSM como en las Orientaciones Técnicas, y en general en todos los documentos elaborados de los noventa en adelante.

Otro antecedente es el *Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan, Decreto N° 570*, que señala, por primera vez en Chile, una regulación legal que resguarda los DDHH de los pacientes sometidos a internación psiquiátrica, voluntaria o involuntaria.

Es decir, se instala como eje central el resguardo de los DDHH y se privilegia un modelo comunitario de atención que intentaría resguardar esos derechos, manteniendo y rescatando los vínculos con la comunidad. No olvidemos que en nuestro país quienes estuvieron a cargo de elaborar esta PNSM fueron muchos de los psiquiatras que implementaron en los '70 este modelo de atención, el cual se desintegró luego del golpe de Estado de 1973.

De este modo, no sólo se implementa un modelo, sino que este tendrá de alguna forma la impronta y la nostalgia de los '70, pero puesta en práctica en un contexto económico, político y social completamente diferente.

*“había una convicción bien importante, que yo diría que no tenía mucho anclaje en el psicoanálisis en realidad, que probablemente **era la herencia de la tradición de psiquiatría comunitaria sobre todo, en el contexto del incipiente retorno a la democracia**”*

Es desde esta perspectiva que se sitúa entonces este análisis. Es decir, desde un discurso que intenta recuperar los DDHH para todos, incluso para los locos, al menos en “el papel”.

Considerando que desde el año 1948 existe la Declaración Universal de los Derechos Humanos, nos parece pertinente recordar al menos dos de sus primeros artículos:

“Artículo 1.- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2.- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.” (ONU, 2012)

Los artículos citados ponen de manifiesto que lo fundamental para los seres humanos es la libertad y la igualdad, sin distinción alguna “de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.” Nos detendremos en “posición económica” y en “cualquier otra condición”, ya que –parafraseando esta declaración– podríamos situar a la locura como una suerte de “condición otra”, en la que, al menos en nuestro país, la posición económica no es sólo un dato más. De hecho, considerando las estadísticas que posee SENADIS (Servicio Nacional para la Discapacidad), los datos de la encuesta CASEN 2006 relevan lo siguiente:

“El número de personas con discapacidad en primer decíl (el más pobre) más que triplica al número de personas con discapacidad del décimo decíl. En general, el porcentaje de población que posee alguna discapacidad es mayor en los deciles de menores ingresos.” (SENADIS, 2006, p. 15)

Si bien en esta oportunidad no discutiremos la pertinencia de definir la locura como una “discapacidad” dentro de la misma lógica de la ceguera o la sordera, consideraremos la información oficial de SENADIS, que señala que dentro del universo de discapacidades, existen un 5,9 % que corresponden a aquellas de

origen psíquico o psiquiátrico. Esto nos permite plantear que la locura no es un problema exclusivo de la psiquiatría o de la psicología, es decir, un asunto médico o de alguna forma técnico, sino que constituye en nuestro país un problema social. Las palabras citadas a continuación son elocuentes al respecto:

*“me acerqué a conversar con ella, pero me dijo « si, es que es extraño, como que nosotros **hacemos las políticas para los pacientes del sistema público** porque con los pacientes del sistema privado yo me permito hacer cosas que no hago con los pacientes en el hospital ».”*

En este fragmento se pone de manifiesto que las políticas –y al mismo tiempo las prácticas que se instalan desde éstas– más allá de sus intenciones, perpetúan la desigualdad social, entendiendo en este caso que la PNSM (lo que no es exclusivo para la salud mental por cierto) es parte del funcionamiento de los organismos que atienden a la población de bajos recursos de nuestro país, la cual debe conformarse y confiar en que se les está dando “la mejor atención” posible. Sin embargo sabemos que aquellos que pueden pagar tienen mayor posibilidad de elegir, por ejemplo, entre distintas modalidades de tratamiento, en los cuales lo prioritario será el acceso al mejor tratamiento existente, sin importar los costos.

Queda en evidencia entonces que existen dos tipos de pacientes. Dos tipos de seres, pasando a llevar –como en múltiples ámbitos de lo social– los planteamientos fundamentales de los DDHH. No somos todos iguales frente a la eventualidad de la locura. Unos deben recibir aquello que les toca, y otros pueden elegir.

Si bien el problema de la desigualdad en nuestro país es un asunto que atraviesa todos los ámbitos de lo social, en este caso podríamos decir lo mismo frente a la posibilidad de elección y de acceso a tratamientos de cualquier enfermedad, acceso a la educación, a oportunidades laborales y un largo etcétera. Es decir, se podría sostener un argumento similar en el caso del tratamiento, por ejemplo, de la diabetes. Sin embargo, pensamos que en el caso de las enfermedades mentales graves, existe además un gran estigma social, el que perpetúa la pobreza en la medida en que son marginadas, dado que justamente quedan fuera de las lógicas de productividad vigentes, entrando en círculos de pobreza y marginalidad.

Pobreza y marginalidad que han sido históricamente relacionadas con las internaciones de los pacientes en instituciones psiquiátricas cerradas. Basta revisar los documentos sobre salud mental y DDHH de la OMS (2006), o por ejemplo la ya mencionada Declaración de Caracas, para ver que la tendencia es señalar la obsolescencia de los hospitales psiquiátricos, precisamente por no garantizar los derechos de los pacientes y perpetuar su marginación social. Lo que se promueve actualmente como marco general son los modelos comunitarios de atención, que como hemos señalado, en el caso chileno significó traer un modelo que ya se había intentado instalar hacía más de 30 años atrás, como si este modelo garantizara *per se* la protección de los pacientes y su no marginación.

Más allá de las implicancias de “lo comunitario” como modelo general de trabajo en salud mental, nos parece central señalar que, tal como Castel, Castel & Lovell (1980), Abarzúa (2010) y Díaz (2010) plantean, no existiría claridad frente a lo que se estaría entendiendo por modelo comunitario. Es más, tal como plantea Villarino (2006):

“[...] para algunos, la psiquiatría comunitaria no es más que una forma inteligente de disponer y distribuir los recursos sanitarios para lograr su máxima eficiencia. Para otros, en cambio, su entronizamiento supone e implica un drástico cambio cultural, orientado a superar el antiguo modelo médico con la activa participación de la comunidad. Por último, aunque ello no acabe la lista de alternativas, hay quienes la estiman parte de un esfuerzo más amplio por afianzar los derechos humanos y superar la así llamada alienación del pueblo y de toda la humanidad.”
(p. 47)

Es decir, se descansa en “lo comunitario” como un modelo necesariamente inclusivo y respetuoso de los DDHH, pero sin embargo no hay garantías frente a tal cuestión. De todas formas, desde lo que ha levantado esta investigación, podemos señalar que tal vez podrían existir modalidades de complementariedad entre una mirada analítica y los dispositivos comunitarios, justamente frente a la posibilidad de dar un espacio y poner en valor al paciente, es decir, escuchar y respetar su palabra. Lo complejo es que esto va a depender muy particularmente de cómo se sitúan las

instituciones al interior de la comunidad, cómo invierten sus recursos y cómo piensan la inclusión de los pacientes en términos concretos.

Por ejemplo, se señala que:

“uno podría pensar en qué coincide (lo comunitario) con el psicoanálisis es que pone en valor a la palabra de las personas, yo creo que si hay en algo que coincide el psicólogo comunitario es poner en valor o darle un lugar o darle una escucha, que son ellos los que tienen que decir, las personas, que tienen que disponer de un lugar o producir algún tipo de cómo decirlo un dispositivo que permite que ocurran cosas, más que instalarle, por lo menos esa era mi mirada, otros tienen otra mirada de lo comunitario.”

Se vislumbra tal vez la posibilidad de complementariedad y de trabajo conjunto del psicoanálisis al interior del modelo comunitario. Sin embargo, como sabemos, no existe una validación del psicoanálisis desde las plataformas institucionales hegemónicas que permita pensar e investigar dicha posibilidad.

Como vimos, el psicoanálisis no está incorporado en los discursos estatales, relevándose la hegemonía de los enfoques cognitivos conductuales y sistémicos al alero del modelo psicofarmacológico. Pensamos que es posible darle un lugar a la escucha psicoanalítica justamente desde esta perspectiva de DDHH, en la medida que rescata la palabra y el lugar de los sujetos, respetando la dignidad humana. No es que los otros enfoques no lo hagan, pero diremos que es en la clínica psicoanalítica –en la llamada “cura por la palabra”– donde se pone énfasis en escuchar y respetar la palabra de los pacientes.

Lo que se rescata desde esta mirada analítica es precisamente aquello que se intenta restar y silenciar desde la lógica médica psiquiátrica, en la que, al entender la enfermedad mental como un problema situado en un órgano corporal –que es en este caso el cerebro– deja fuera aquellos elementos particulares que finalmente constituyen un sujeto (podríamos decir incluso un sujeto y su particular modo de sufrir y enfermar). Por ejemplo su historia, en la que se han forjado sus confianzas y desconfianzas, y su posición frente a su propio padecer. Se objetiva una cuestión

que desde la mirada analítica y desde una perspectiva de DDHH sería contradictoria, porque en este gesto objetivante se pasa a llevar justamente lo “humano” de cada sujeto.

¿Qué define lo “humano” de un sujeto? Esta es sin duda una pregunta muy difícil de contestar y que excede claramente los objetivos de esta investigación. Sin embargo nos aventuraremos a señalar que, desde la perspectiva analítica y desde las hablas de los entrevistados, se trataría precisamente de aquello que se intenta rescatar en la escucha, entendiéndola como un ejercicio de apertura hacia la posición del otro. Un ejemplo de esto se pone en evidencia en el siguiente fragmento, que nos permite iluminar una cuestión de alta complejidad como es el respeto por la voluntad de las personas, más allá de su calidad de pacientes psiquiátricos.

*“...no era nuestra manera de trabajar y porque después se propuso que se la engañara con gotas de Haldol, no estuvimos de acuerdo tampoco porque **nuestro vínculo con ella implicaba el respeto por su decisión de tener desconfianza de los tratamientos psiquiátricos**, ella había estado hospitalizada ya y no había salido en un seguimiento, por lo tanto **era solo una acción de violencia que no conducía a ninguna parte**, entonces nosotros la hemos seguido hasta el día de hoy y creemos que esa es la manera que se tiene que trabajar, ella efectivamente fue internada de manera forzosa y nosotros no estamos de acuerdo con eso y **no estamos de acuerdo con mentirle a los pacientes.**”*

Las experiencias que rescatamos se sitúan en general desde una mirada que se detiene a escuchar el sufrimiento humano, entendiendo que los pacientes graves son aun seres humanos y que su palabra y sus decisiones deben ser respetadas. Sin embargo la tendencia con respecto a lo anterior es contradictoria, dado que si bien existen cada vez más legislaciones que se proponen proteger los derechos de los pacientes psiquiátricos (por ejemplo el ya mencionado Decreto 570), finalmente la aplicación de estas normas dependerá de los profesionales de la salud mental y de sus marcos institucionales. Estos, al contar con poco tiempo y menores recursos, recurren muchas veces a las viejas técnicas institucionales de cohesión y control.¹⁴

¹⁴ Para una discusión más acabada de este tema en el contexto chileno, revisar por ejemplo Díaz (2010).

Existe un discurso acerca de los derechos de los pacientes, que en las intervenciones con pacientes psicóticos graves se pone en entredicho, ya que carece de una reflexión previa en torno a qué implica una perspectiva de derechos, no en el papel, sino en las prácticas concretas de funcionamiento de las instituciones y en el modo de situarse frente a la locura.

*“básicamente yo diría como rescatando como **una perspectiva de derechos humanos** en el trabajo, es que nace esa primera experiencia del hospital de día y entonces **yo creo que el psicoanálisis era como una suerte de telón de fondo teórico que para mi no tenía una inserción muy evidente en la práctica clínica, está bien ante todo la idea es cómo rescatar el vínculo con la comunidad, la perspectiva de derecho y el psicoanálisis puede ser una herramienta útil a la hora de pensar ciertas intervenciones terapéuticas por un lado y yo creo mucho para poder entender el funcionamiento institucional**”*

Se podría pensar entonces que el psicoanálisis puede ser una herramienta valiosa y coherente con la perspectiva de DDHH en el contexto clínico, lo que implica también el pensar y analizar las lógicas de funcionamiento institucional.

No olvidemos que desde las perspectivas psicoanalíticas y más específicamente a partir del tratamiento de trastornos mentales severos es que surgen líneas de trabajo en las cuales el funcionamiento institucional no es sólo un paisaje en el cual se desarrolla un trabajo, sino que se piensa con un dispositivo que es en sí mismo parte de las estrategias terapéuticas.

6.1.2: DDHH, Violencias y precariedades

Como es sabido, la declaración de los DDHH es promulgada luego del término de la segunda guerra mundial, en un esfuerzo por evitar que se repitieran los violentísimos actos acontecidos durante esos años. Se hace necesario poner de manifiesto y recordar ciertos principios de "lo civilizado", para poder seguir viviendo en sociedad. De este modo, los DDHH están vinculados justamente con la intención de regular la violencia emanada de las empresas civilizatorias. Ya S. Freud lo advertía en su texto "El malestar en la cultura" (1930[1929]), poniendo de relieve la función

inevitablemente paradójica y compleja de nuestra condición de seres de cultura.

Siguiendo en esta línea, nos detendremos en la violencia que se despliega día a día en el modelo de gestión de la salud vigente. Violencia no sólo como una acción que se ejerce intencionalmente en contra de algo o de alguien, sino también –desde la perspectiva de los códigos de bioética por ejemplo– como la falta de acciones necesarias, o como negligencias que se cometen frente a un ser humano que sufre. Lo anterior puede ser conceptualizado como lo que Piérre Bourdieu llamó *violencia simbólica*¹⁵, es decir, como “*violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término del sentimiento.*” (2000, pp. 11-12).

Violencia invisible para sus propias víctimas en tanto gesto no identificable que redobla en su invisibilidad su violencia. En este aspecto juega un papel fundamental la dimensión económica de las políticas públicas y cómo se entiende el gasto y la inversión en salud mental. Falta de recursos económicos que se traduce muchas veces en falta de tiempo para reflexionar en torno a las consecuencias más allá del corto plazo de las intervenciones¹⁶ y en una idea de “inserción social” a toda costa. La lógica monetaria no considera “gastar”, sino que piensa siempre desde la inversión, cuestión que en el caso de los pacientes graves se torna problemático.

Un ejemplo de lo anterior son los indicadores AVISA (Años de vida ajustados por discapacidad), tan utilizados por los modelos sanitarios contemporáneos. Estos indicadores fueron formulados por el Banco Mundial y la OMS en el año 1993, siendo originalmente QUALYS (Quality Adjusted Life Years) y DALYS (Discapacity Adjusted Life Years). En términos generales, permiten medir la importancia relativa de las enfermedades en cuanto a la pérdida de años de vida que se produce por dos

¹⁵ Para mayor detalle, ver el libro *Razones prácticas* (Bourdieu, 1999), entre otras publicaciones del mismo autor. Asimismo, se puede revisar Fernández (2005).

¹⁶ Por ejemplo, algo similar sucedería con respecto a la utilización de fármacos en niños diagnosticados con Síndrome por Déficit Atencional con Hiperactividad. No se cuestiona la institución escolar y su falta de recursos, sino que se opta por medicar y marginar a los niños. Son numerosos los casos de instituciones en que los propios educadores administran los medicamentos antes de la jornada escolar, asegurándose que los menores estén tranquilos.

factores: muerte prematura y discapacidad. (MINSAL, 1995)

De este modo, los AVISA se calculan considerando indicadores que causan muerte, pero que también incorporan aspectos relacionados con la funcionalidad y la calidad de la vida. Es decir, se calculan los años que se pierden en la potencialidad de una vida productiva, y hasta aquí no habría mayores problemas. Sin embargo, lo que ha generado una fuerte discusión tanto en relación con los AVISA así como frente a los estudios de costo-efectividad de los tratamientos ha sido el uso de estos resultados en el diseño de canastas de prestaciones, en las cuales se usa un valor diferencial del año de vida según la edad de los sujetos y el uso de una tasa de descuento, cuestiones que contribuyen a dar un mayor peso a los problemas de salud en edad productiva.

En suma, el tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos severos implica un gasto mayor de recursos, tal como nos recuerdan las Orientaciones Técnicas del MINSAL (2005) para el tratamiento de la esquizofrenia:

“Del total de años perdidos por todas las enfermedades en el país, la esquizofrenia es responsable de un 1,87%, ocupando el **lugar número 14 en el ranking de las 100 enfermedades más importantes de Chile.**

En relación con el total de AVISA perdidos por enfermedad psiquiátrica en Chile, la esquizofrenia es la causante del **15% de la pérdida** en el grupo de edad entre los 15 y 44 años, ubicándose en el **tercer lugar** de importancia después de la dependencia alcohólica y los trastornos depresivos.

La carga económica que esta enfermedad genera para el país por menor productividad asociada a los Años de Vida Saludables perdidos ha sido estimada en 85 mil millones de pesos.

La esquizofrenia genera **costos directos** derivados del valor de su tratamiento y **costos indirectos** derivados de sus complicaciones, de la menor productividad de los pacientes y del impacto que la enfermedad tiene sobre la productividad de todo el grupo familiar” (p. 11 [las negritas son nuestras])

Es así como la enfermedad mental se cuantifica y se mide en costos y beneficios. Lo anterior no debiera extrañarnos, ya que se trata justamente de medidas y de formas de evaluar que el Estado utiliza para organizar sus recursos. El problema radica,

pensamos, en la primacía de estos argumentos, y en cómo finalmente se termina tomando decisiones por razones exclusivamente económicas.

*“nunca dejó de llamarme la atención que la propuesta se haya adjudicado en la licitación las tres veces y yo sinceramente creo que, por una parte, era más bien por una cierta confianza en lo administrativo...y luego de **eso porque nadie estaba muy interesado en postular porque esta cuestión no es un negocio para nadie**”*

La cita anterior alude al funcionamiento del sistema, el que incorpora instituciones externas para que lleven a cabo algunas intervenciones, dando los mínimos recursos para poder realizar un trabajo de alta complejidad. De algún modo se puede hablar de negligencia, en la medida en que no hay una consideración de los gastos que implican realizar un trabajo acorde a las necesidades de los pacientes¹⁷. Lo complejo es que siempre alguien paga: o bien los pacientes, a los que no se les da los mejores tratamientos, o bien los equipos de salud mental, los que, comprometidos con su trabajo, terminan “quemados”, tal como señala a continuación uno de los entrevistados:

*“la rotación de equipos es impresionante, entonces no hay historia, no hay respeto por los equipos, por las tradiciones y sus modelos de trabajo y solamente hay **quemar y quemar gente** y cada vez gente joven sin experiencias que no recopila y no reúne las experiencias anteriores.”*

Con respecto al problema de los recursos, se hace difícil situar la necesidad del gasto al interior de las lógicas económicas de la inversión. Es decir, es necesario considerar que hay pacientes que no se insertan en las lógicas de la productividad, temática que como vimos, está en la base de lo que la locura representa para las lógicas rasonantes del mundo moderno. Entonces, ¿cómo lidiar con la improductividad de la locura al interior de la lógica del costo-beneficio y de una política de recursos?:

¹⁷ Sin duda, hablar de “necesidades de los pacientes” en un contexto que privilegia la productividad a toda costa es una cuestión que es al menos, problemática, en la medida en que requiere definir cuáles serían estas necesidades, cuánto vale cubrirlas y cuántos beneficios comporta. ¿cómo medir la necesidad de ser escuchados y respetados?

“porque acá finalmente lo que hay que asumir es que se trata de intervenciones que no hay que pensarlas en la lógica del costo efectividad porque no dan, o sea hay sujetos que estando muy estables, que habiendo terminado el colegio, están completamente asintomáticos, tienen vidas satisfactorias y su postura vital es que no van a trabajar.”

Los discursos de inserción social y de inclusión en la comunidad son interesantes, y han permitido desarrollar importantes estrategias de trabajo. Podríamos pensar que han colaborado a la desestigmatización de la locura, pero sin embargo no son aplicables a todos los casos, quedando un resto que queda completamente fuera de esa lógica. Se ejerce violencia en el sentido de que se privilegia el ahorro de recursos y la eficiencia desde un punto de vista económico, en el que entran los así llamados “casos exitosos”¹⁸ (en que los pacientes logran algún tipo de inserción laboral por ejemplo) y se constituyen como “El modelo ideal”. Como hemos planteado, esto constituye desde nuestro análisis una expresión de violencia, en la medida en que pone (o más bien, se impone) un ideal imposible que no se hace cargo de la dificultad y de la imposibilidad de rehabilitación y reinserción en los términos de la lógica de la eficiencia. Es decir, no existe un acto “positivo” violento, sino que la violencia se ejerce al invisibilizar y poner en segundo plano el estatuto de la dificultad, y finalmente haciendo caso omiso de que se trata de intervenciones que en términos económicos muchas veces van a la pérdida dado que se requiere de altos recursos y de una visión a largo plazo para medir sus efectos. Como hemos afirmado, constituyen un gasto y un trabajo de largo aliento y no una inversión que reditúa a corto plazo.

En esta lógica económica cortoplacista no es difícil entender que surja “la pérdida de sentido”, “la locura” y “la precariedad ” de las prácticas desde las entidades ministeriales y estatales, tal como escuchamos en una de las entrevistas.

¹⁸ Existe más de una discusión en cuanto a los “casos exitosos”, los cuales son promovidos y divulgados en múltiples actividades del MINSAL (por ejemplo el caso de “Masitas Ruhue”, proyecto exitoso de amasandería realizado al alero del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz), dado que por un lado no constituyen la regla sino la excepción de un sector que tiene que lidiar con el fracaso, y por otro, ya que se constituyen prácticas de abuso y de explotación de los pacientes.

Finalmente, los pacientes terminan siendo la última prioridad, alejándose cada vez más de la prometida perspectiva de derechos.¹⁹

*“uno puede ver como más amable o menos amable o más perversa o menos perversa, la función que cumple el burócrata en el ministerio, uno lee a ratos tanta maldad y es que este año tuvimos una reunión en el ministerio y **uno ve tanta precariedad, tanta locura, como tanta pérdida de sentido de la práctica, entonces la salud mental y la subjetividad de las personas termina convirtiéndose en tablas, en números, en gráficos y que ya en el automatismo del burócrata se perdió de vista y que ya no está no más”***

Precariedad que repercute en una automatización y la pérdida de sentido de las prácticas, cuestión grave si hablamos de sujetos de derechos.

Si bien se trata de criterios numéricos, tablas y registros que permiten llevar una política sanitaria a niveles macro, sin embargo se pierde la dimensión humana. Entendemos que no es responsabilidad en este caso, por ejemplo, del burócrata de turno, sino de un sistema que está organizado desde esa lógica. Seguramente se trata de un profesional mal pagado, que tiene extensas jornadas laborales y que debe cumplir metas poco sensatas y un largo etcétera. Desde acá también nos preguntamos si la violencia no es algo generalizado, en la medida en que esta falta de recursos tiene inevitablemente consecuencias en la falta de cuidado de los equipos de salud mental, que trabajan presionados por cifras y metas que muchas veces no pueden cumplir.

*“recuerdo claramente una reunión que hubo, de las pocas que ha habido en los años 90 o al principio del año 2000 donde **el jefe de los servicios del área sur renunció en la misma reunión porque dijo que no había plata para locomoción, o sea, nunca ha resultado** y la red en eso, la política del ministerio*

¹⁹ Una propuesta de criterio de evaluación fue formulada frente a la versión preliminar de la “Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante” (MINSAL, 2011b). El Área de Psicología Clínica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile realizó un análisis crítico de dicho documento sosteniendo una propuesta de evaluación (2011). Ésta consistía en entender que el éxito de un buen tratamiento en patologías severas puede ser evaluado a través de la reducción de las internaciones psiquiátricas asociada al tratamiento ambulatorio continuo. La internación psiquiátrica no sólo es de alto costo económico sino también social, en la medida que implican institucionalización y muchas veces cronificación en los pacientes. En este sentido, la inversión en tratamientos ambulatorios de calidad, implicaría un ahorro para el Estado.

es tremendamente grave porque no enfrenta, no dice la verdad, siempre están haciéndose propaganda por las cosas que les resultan, con equipos nuevos,”

Como plantea uno de los informantes, no hay una evaluación del funcionamiento del sistema y de las condiciones mínimas para que funcione esta idea de red coordinada de salud mental. Precariedad que se esconde tras experiencias “exitosas” que siempre están empezando y que funcionan a costa del “recurso humano” que termina quemándose y actuando siempre desde la inexperiencia.

6.1.3: “no hay tiempo”: o la violencia de la eficiencia

La violencia de esta pobreza de recursos y de la precariedad con la que opera el sistema se traduce también en una pobreza de reflexión. No hay recursos, no hay dinero, no hay tiempo para detenerse a pensar y evaluar.

*“me ha impresionado con el pasar del tiempo la **pobreza de la reflexión conceptual** en los espacios de salud pública o ligados a la salud pública, es como que todo lo que tiene muchísima sustancia o concepto se termina convirtiendo en una nomenclatura tan vacía...”*

*“la postura de las autoridades y las contrapartes, comillas “técnicas” desde el servicio de salud era **hacer casi una finta cada vez que el tema como más conceptual aparecía.**”*

*“ellos hablan de **“apagando incendios” todo el tiempo, por lo tanto no hay una política, excepto de la política del recurso**, de por donde apagas incendios, por dónde, a vistas que se produzca el mayor número de titulares en la prensa.”*

“No hay tiempo para pensar”, y el poco tiempo se utiliza para cumplir con metas y cifras. Es decir, existe una lógica de eficiencia en el corto plazo, que de algún modo obliga a los equipos a “invertir” su tiempo en aquello que es imperativo y urgente, en un constante apagar incendios.

Esta dimensión temporal no solo está relacionada al necesario tiempo para pensar y evaluar las prácticas, sino que también está en el fundamento de ciertas premisas

clínicas que estarían en concordancia con la perspectiva de derechos de los pacientes.

“pero la existencia de un sujeto sea cual sea su forma de interpretar la realidad merece ser escuchada, entonces cuando yo realmente me hago cargo de eso, significa que tengo que dar el tiempo suficiente para que esa persona adquiera una cierta subjetividad, o sea posible subjetivarla o saber quién es, qué hace y eso requiere tiempo. Entonces exigir las horas de reunión de equipo por ejemplo, siempre ha sido considerado una locura, entonces la institución de la urgencia psiquiátrica es una institución tremendamente devastadora y cuando tú le pones atajos a eso, los ataques son diversos.”

Claro, sabemos que “los servicios se van organizando en función de ciertos compromisos de gestión y que cualquier tiempo destinado a pensar o reflexionar sobre el trabajo o coordinarte con otros, implica una equis cantidad de tiempo para dejar de atender un sujeto”, pero sabemos también que los sujetos —y tal vez justamente más aquellos con problemas mentales graves como la esquizofrenia— no son máquinas que se despliegan frente al otro de modo regular²⁰. “Dar el tiempo” parece ser la clave muchas veces para poder generar un trabajo respetuoso, que permita el despliegue de un sujeto. Pensamos que esta dimensión de “la falta de tiempo” atenta precisamente a una premisa clínica que en términos generales se podría pensar como el respetar los tiempos del paciente, es decir, dar tiempo para que una palabra sea dicha y para que ésta sea escuchada en toda su potencia. Pero ¿cómo hacerlo con equipos presionados por las metas?

6.1.4. Violencia de las intervenciones psiquiátricas o por qué el discurso biomédico es el hegemónico

Desde la palabra de gran parte de los informantes, el modelo psiquiátrico supone en sí mismo violencia en la medida que es coherente con la idea de eficiencia en la utilización de recursos. Desde este punto de vista la medicación supone el pilar

²⁰ Como señala el Dr. Willy Steil Velozo: “Los pacientes esquizofrénicos [...] son personas que justamente donde han fallado es en ser parte de orquestas.” (Olivos, 2002, p. 97)

fundamental de todo tratamiento, dado que asegura rápidos efectos, sobre todo en lo que refiere a la disminución de los síntomas positivos, no requiriendo de mucho tiempo para que un paciente se tranquilice. Así se produce un choque entre aquellas perspectivas que suponen que lo fundamental es escuchar a los pacientes —para lo cual se requiere tiempo, paciencia y respeto por el otro— y aquellas perspectivas que aseguran tranquilizar a los pacientes mediante medicamentos sin ir más allá de pensar en las consecuencias psíquicas y físicas de estas acciones.

Es decir, estamos frente a dos posturas epistemológicamente divergentes en la medida que la psiquiatría ha situado cada vez más la enfermedad en el cerebro y sus neurotransmisores²¹, dejando fuera un posible lugar para la palabra de los pacientes.

*“el ataque a esta manera de trabajar, básicamente tiene que ver con un ataque a lo que significa al gasto de recurso, **ellos consideran que la violencia y actuar violentamente genera un efecto que en su análisis de las cosas es eficiente, nosotros creemos que no, nosotros creemos que el trabajo es de largo aliento, que es un trabajo de acompañamiento, honesto donde se va respetando las variadas opiniones de las familias**”*

En este caso, se pone de manifiesto la diferencia que existe entre las diversas perspectivas. Aparece una dimensión central, que es permitirle al sujeto que sufre y a su familia, tener una posición con respecto a su enfermar. Es decir, aparece la dimensión de la responsabilidad y de la capacidad de los pacientes y de quienes son parte de su núcleo cercano de tener una palabra también frente a los modos de intervención y sus implicancias.

La cuestión es que el modelo psiquiátrico farmacológico es el que se ha instalado como verdad total y como *EI* modelo indiscutido de acción.

O, en palabras de otro psicólogo:

²¹ Como plantea Manuel Desviat, “el efecto de los fármacos aún siendo relativamente eficaz, todavía es algo semejante a matar moscas a cañonazos, por su falta de precisión y sus consiguientes efectos secundarios.” (2006, p. 8)

*“los psiquiatras son súper agresivos con sus intervenciones, **tienen poca formación psicoterapéutica, poca formación en términos de la entrevista, entonces hacen entrevistas bien brutales** y los psicólogos más bien como que se orientan a otra forma de escuchar, atender, que se yo y eso **producía conflicto, la forma de entender el caso, de intervenir** y eso era un problema súper complicado y que generalmente daba la impresión que **ganaban los psiquiatras** en la discusión siempre...para mi fue súper violento la relación que había entre la institución por decírtelo, **era una violencia que estaba para todos lados**, de los profesionales a los profesionales y de los colegas a los colegas, de los colegas a los psiquiatras, que **todo funcionaba de una manera medio paranoica**, todos eran enemigos, todos... era complicado...había un funcionamiento muy agresivo, con muchas licencias, yo creo que la gente sufría mucho...”*

Se generan dificultades al interior de las instituciones, instalándose un clima de lucha de poder entre psicólogos y psiquiatras y entre colegas. Como dice la cita, “*ganaban los psiquiatras*”, cuestión que permite preguntarnos por el lugar de las intervenciones psicoterapéuticas y por la función que cumplen los psicólogos en esta relación —a todas luces desigual— de poder.

De todos modos nos parece fundamental recalcar que la violencia, como se indica, “*estaba para todos lados*”... “*que **todo funcionaba de una manera medio paranoica, todos eran enemigos***”, lo que pone de manifiesto las dificultades internas que enfrentan los equipos de salud mental, y la pertinencia del psicoanálisis —en específico del análisis institucional— para enfrentarlas, cuestión que no está presente en los protocolos o guías clínicas. Existe poca noción de la dimensión institucional y de la necesidad de trabajarla.

6.1.5. La violencia de no considerar al loco como sujeto de derecho: implicancias clínicas de las intervenciones y los diagnósticos.

En este caso, más allá de la violencia simbólica existe una violencia que se ejerce activamente, y que de algún modo se naturaliza frente a la posibilidad de riesgo que

implican los pacientes graves. Existe una criminalización de la enfermedad mental, que naturaliza locura con agresión y violencia²²

“**Artículo 5.-** Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.” (ONU, 2012)

¿Cómo entender, resguardados en que las intervenciones debieran estar pensadas desde los DDHH, que por ejemplo se le mienta a un paciente y se le medique sin su consentimiento? ¿Desde dónde se estaría escuchando su palabra? ¿Cuál sería entonces el valor de esa palabra y de ese lugar de libertad y de igualdad sostenido desde los DDHH?

Volvemos a los aspectos éticos de nuestro quehacer, cuestión altamente delicada cuando se trata de un trabajo con pacientes graves. Las entrevistas nos plantean que las intervenciones debieran respetar las decisiones de los pacientes y no operar con una lógica de silenciamiento automático de la locura, pensando en un trabajo a largo plazo que debe ser respetuoso con los pacientes y sus familias.

*“y el médico dio inmediatamente la instrucción de que la inyectaran, entonces quién la inyecta, entonces él dijo ¿pero no tienen paramédicos?, por supuesto que no hay paramédicos, entonces que la inyecte la terapeuta, la terapeuta se negó porque **nosotros no vamos a violentar a una persona de esa manera** y entonces él se enojó y dijo que cómo era posible...no era nuestra manera de trabajar...después se propuso que se la **engañara con gotas de Haldol**, no estuvimos de acuerdo tampoco porque **nuestro vínculo con ella implicaba el respeto por su decisión de tener desconfianza de los tratamientos psiquiátricos**, ella había estado hospitalizada ya y no había un seguimiento, por lo tanto **era solo una acción de violencia que no conducía a ninguna parte**, entonces nosotros la hemos seguido hasta el día de hoy y creemos que esa es la manera que se tiene que trabajar. Ella efectivamente fue internada de manera*

²² Basta con recordar los últimos casos de esquizofrenia registrados por la prensa, por ejemplo el bullado caso de Rodrigo Orias, quien asesinó al padre Faustino Gazziero en plena catedral de Santiago, el que fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Sin embargo, como señala Muñoz (2009) “contra lo que popularmente se podría pensar, los crímenes cometidos por personas con grave enfermedad mental (tanto la psicosis como la demencia lo son) son mucho menores en número que los perpetrados por la población general o la afectada por disfunciones psíquicas de menor gravedad (tales como en abusadores de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad...)”

forzosa y nosotros no estamos de acuerdo con eso y no estamos de acuerdo con mentirle a los pacientes.”

Lo anterior presenta grandes desafíos, dado que el sistema no se detiene a pensar en las implicancias más allá de lo inmediato que pudiera tener, por ejemplo, el mentirle a un paciente e intentar silenciarlo a cualquier precio. Como hemos visto, la política del recurso, del ahorro de recursos, alienta este tipo de intervenciones en las que para asegurar la integridad física del paciente muchas veces se pasan a llevar sus derechos fundamentales.

El problema es que no se intenta dar un lugar de confianza a la palabra de los pacientes, sino que más bien se opera desde una lógica de protección y tutela, en la que se borra de antemano cualquier posibilidad de abrir un espacio de escucha. Es decir, en esta lógica de ahorro de recursos, el ahorro del tiempo no permite, por ejemplo, preguntarle a un paciente alterado qué le sucede y detenerse a observar su entorno para intentar entenderlo y ayudarlo desde allí, sino que se le inyecta un tranquilizante para que *“no haga nada”*. Entendemos que existen situaciones que obligan ir más allá de la autonomía de los pacientes, sin embargo, estas debieran ser la excepción y no la norma.

Otro aspecto implicado en este *“no haga nada”*, es justamente el lugar que se le da a la expresión delirante, entre comillas *“loca”* del paciente. Desde la lógica hegemónica, no existe ningún valor y menos aún la opción de pensar la construcción delirante como un intento de curación de los pacientes. Se trata solamente de *“ruido”*, de *“interferencias”* sin sentido.

Desde el modelo médico, el objetivo es hacer desaparecer el síntoma, no hay más, por lo que toda la construcción del paciente carece de sentido y no es más que un producto del mal funcionamiento o del deterioro de alguno de los sistemas del cerebro. Desde la mirada analítica existe la pregunta por el lugar del síntoma, desde la cual se han elaborado hipótesis de trabajo con la psicosis que intentan generar un espacio de trabajo de la producción delirante.

Pero entonces, ¿qué cuidados para el enfermo psiquiátrico?, ¿qué lugar para su verdad y para su libertad?, Estas son preguntas muy complejas de responder,

especialmente al interior de un sistema que se aferra al control tal vez por que muchas veces carece de herramientas para ir más allá.

*“las monitoras de hogar en algún momento elevaron solicitud de que **las casas tenían que tener rejas porque los pacientes podían lanzarse por las ventanas** y nosotros nos preguntamos ¿Qué significan los derechos humanos? ¿Qué significa el respeto por la persona? ¿Qué significa que la persona sea interdicta? ¿Qué significa que la persona sea psicótica? ¿Qué significa la libertad de circulación? ¿Por qué no a las rejas en las ventanas?,...se hace caso omiso que ellos son seres humanos, que tienen pensamientos, **que aunque deliren dicen la verdad** ¿Qué significa eso? ¿Qué significa que digan la verdad?, todo esos son argumentos que resultan incomprensibles.”*

Existe una dimensión de lo incomprensible en la psicosis, frente a lo cual se actúa con temor y control. No hay un espacio de reflexión, ni herramientas conceptuales que apoyen, sino que se silencia de antemano, evitando el encuentro con esto incomprensible.

*“...importa finalmente cual es la ética con la que tu vas argumentar... abrirse por fin a que los hogares existen y que esos pacientes tienen **libertad de circulación, tienen derechos** y que hay un trabajo integrado con carabineros, con los vecinos, con esa monitora, con ese paciente, de modo de no volver a los manicomnios, pero eso, es posible dar esa discusión en esa mesa, ahora, **hoy no hay presupuesto** y nosotros peleamos muchísimo y en mi opinión los hogares son un horror, pero de nuevo **estamos en la primera generación de la reforma psiquiátrica**”*

Desde estos fragmentos se pone de manifiesto la dificultad de llevar a la práctica la perspectiva de derechos, dado que si bien existe un discurso oficial que promueve la desmanicomialización de los pacientes y la integración de estos a la comunidad, en las prácticas cotidianas existe mucho temor frente a dar libertad a los locos. Por ejemplo, el caso de los hogares protegidos es una cuestión que hay que investigar, ya que se hace necesario hacerse cargo de aquellos pacientes que no tienen una red familiar que los acoja, pero que tienen el legítimo derecho de vivir en libertad.

Es grave lo que se señala en cuanto a que estaríamos en una primera fase de la reforma psiquiátrica, lo que pone de manifiesto que el PNSM y su modo de implementarse no ha logrado generar un cambio frente al lugar que tiene la locura en la sociedad. Es decir, si bien existen expresas intenciones en los documentos, la lógica que prosigue es, como hemos señalado, una lógica médica psicofarmacológica en la que se sigue marginando la palabra de los pacientes. Es cierto que existe una preocupación por lo “psico-social” además de lo “bio”, pero esto se traduce muchas veces en medidas de psicoeducación y de evaluación que distan mucho de escuchar, por ejemplo, que *“ellos son seres humanos, que tienen pensamientos, que aunque deliren dicen la verdad”*.

6.2. Dificultades del trabajo analítico con psicosis al interior de las instituciones de Salud Mental

En este apartado nos detendremos específicamente en los lugares posibles y las dificultades de los psicólogos entrevistados frente al modelo de atención hegemónico de las psicosis. Siguiendo los relatos, si bien se podría afirmar que existe acuerdo frente al estatuto problemático de trabajar desde el psicoanálisis en estos contextos, no habría algo así como “la dificultad” sino distintos ámbitos problemáticos. Esto nos parece central ya que como hemos mencionado, este análisis al constituir un estudio exploratorio, está centrado en poder identificar justamente aquellos ejes problemáticos que podrán ser abordados con mayor profundidad en investigaciones posteriores.

Comenzaremos dando cuenta que frente a las preguntas que referían al lugar específico del psicoanálisis, muchas veces se manifestó que “el psicoanálisis” o el salvaguardar un trabajo psicoanalítico aparece como una cuestión superflua, en el sentido de que las “luchas” no se darían en ese nivel sino que en ámbitos mucho más elementales. Batallas que como hemos señalado en el apartado anterior atañen a los DDHH y a la dignidad de las personas.

En este sentido nos parece interesante poner de relieve que si bien los psicólogos que entrevistamos sostienen un trabajo desde una mirada analítica, aparece planteada la cuestión de que el trabajo con psicosis implica el posicionarse éticamente frente a la posibilidad de un trabajo clínico, lo cual abre un ámbito de reflexión para la psicología y las psicoterapias en general y no sólo para el psicoanálisis. Es decir, se abre la problemática de cómo plantear que el padecimiento mental no es solo un problema que se zanja a nivel de lo biomédico — que identifica el padecer con un problema funcional cerebral que se trata con medicamentos como plantean las últimas tendencias— sino que en estos casos existe algo más que el cerebro y los neurotransmisores y que se requiere de espacios psicoterapéuticos para acogerlos.²³

6.2.1 De las complejas relaciones entre psiquiatría, psicología y psicoanálisis:

En este apartado se dará cuenta de algunos elementos de las relaciones entre psiquiatría, psicología y psicoanálisis. En los relatos de los psicólogos se pone de manifiesto la complejidad de estas relaciones de poder, que ciertamente han acompañado históricamente al surgimiento de la psicología y del psicoanálisis. Como hemos visto, desde sus orígenes Freud planteó lo que llamó las “Resistencias al psicoanálisis”, las que permanecen completamente vigentes hasta el día de hoy. Sabemos que desde el comienzo, la teoría psicoanalítica no se somete al discurso psiquiátrico, sino que propone una manera diferente de entender los diagnósticos y los tratamientos al considerar principalmente los aspectos pulsionales e inconscientes de los sujetos. Lo anterior genera una brecha muy difícil de sortear, dado que la psiquiatría actual se basa predominantemente en las premisas de las neurociencias y la biología, las cuales rechazan los elementos centrales de la teoría psicoanalítica.²⁴

²³ Por ejemplo los casos de lo que se ha llamado en psiquiatría “Esquizofrenia resistente al tratamiento” nos hablan de que existen otros mecanismos involucrados en el enfermar de los pacientes a parte del funcionamiento cerebral. De hecho, existe una amplia documentación de casos que no mejoran con altas dosis de antipsicóticos. Para profundizar más sobre el asunto ver Quintero, Barbudo del Cura, Lopez-Ibor & Lopez-Ibor (2011).

²⁴ Lo anterior es planteado en términos muy generales, ya que actualmente existen esfuerzos de algunos psicoanalistas de acercarse a las neurociencias y elaborar modelos que sean inclusivos, mayoritariamente en Norteamérica; mientras que, por otro lado, sabemos que en Francia y en Argentina durante los años '60, el modelo psicoanalítico fue dominante al interior de las escuelas de psiquiatría, realidad que se ha ido desmantelando con la primacía de los psicofármacos y de la “Medicina Basada en la Evidencia”.

Por su parte, plantearemos que la psicología como disciplina se ha situado al alero de la psiquiatría, cumpliendo un rol de subordinación frente a las prácticas al interior de las instituciones de salud mental.

Lo anterior no está exento de matices interesantes, ya que hoy en día existen tanto psicólogos como psiquiatras que son psicoanalistas e incluso, en otros países como en Francia, se permite que profesionales de otras disciplinas (ni médicos, ni psicólogos: filósofos, matemáticos, antropólogos, por nombrar algunos) lo ejerzan, haciendo evidente la separación entre los planteamientos del psicoanálisis y aquellos de la tradición médica. Es decir, los campos disciplinares no están rígidamente establecidos, lo que complejiza las relaciones entre psiquiatría, psicología y psicoanálisis.

Recordemos que esta investigación se centró en las experiencias de psicólogos con formación psicoanalítica, lo que nos permite dejar planteada la interrogante frente a los resultados que se obtendrían si se trabajara con psiquiatras, y no psicólogos de orientación analítica. Por cierto que se trataría de un escenario muy diferente, dado que en nuestro país existe una clara jerarquía entre ambas profesiones, lo que se puede observar fácilmente considerando sus diferencias salariales, las que son mucho más elevadas para los psiquiatras.²⁵

Estas tensiones se visualizan con gran claridad frente la cuestión de la locura, ya que la psiquiatría se constituyó como ciencia médica justamente a partir de la tutela de los locos y se consolidó como tal con el desarrollo de los psicofármacos y la psicología .

Como nos plantea uno de los psicólogos, la psicología en términos generales ha terminado siendo en estos dispositivos una herramienta técnica de la psiquiatría:

²⁵ Viendo la historia del movimiento psicoanalítico, se constata que hubo fuertes discusiones en torno a permitir que el psicoanálisis fuera practicado o no por médicos psiquiatras, cuestión que relata Freud en su texto “¿Deben los legos ejercer el psicoanálisis?”, y que marcó las dificultades para Freud mayoritariamente con las asociaciones norteamericanas, las que se resistieron a permitir que no psiquiatras ejercieran el psicoanálisis.

*“yo creo que ahí el diálogo con los colegas también era difícil, porque tal vez **interpelábamos mucho la posición de subordinación en la que quedan habitualmente los psicólogos o la psicología con respecto a la psiquiatría, pero eso no era muy sencillo.**”*

*“... habían otros que hacían lo que los psiquiatras decían, como si fueran **técnicos de la mente** por decir algo y entonces el psiquiatra decía « hay que hacer una radiografía de la cabeza » y el psicólogo va y le hace la radiografía del alma”*

¿Radiografía de qué?

Aparece en los relatos la desconexión que existe entre psiquiatras y psicólogos, y el lugar de evidente superioridad institucional que tienen los psiquiatras al interior de los dispositivos de salud mental. Superioridad que como veremos, se traduce en un desconocimiento total e incluso en un desinterés completo por acercarse a las propuestas del otro. El saber psiquiátrico opera como una verdad total, el psiquiatra es el amo y señor y los demás, sus sirvientes.

Es desde la figura del psiquiatra que se decide qué se debe y qué no se debe hacer, a la manera de un código férreo. Esto opera sobretudo al nivel de los servicios de salud y de la institucionalidad de los organismos de salud mental, ya que según lo investigado, existen algunas diferencias de parte de aquellos profesionales que trabajan en el día a día, y que frente a la dificultad de su trabajo se esfuerzan por tener un diálogo más cercano con los psicólogos y más apertura frente a la posibilidad de que éstos realicen psicoterapia.

Lo anterior queda plasmado con gran elocuencia en las siguientes palabras:

*“de hecho nunca he tenido mucho diálogo con él (con un psiquiatra X) porque es un ser humano que **circula en otro plano, él levita donde todos pisamos en la tierra** y se vincula con sus becados cercanos y **no dialoga con otras personas**”*

*“para él la idea de **hacer una psicoterapia, no ha lugar con pacientes psicóticos**, por distintas razones, entonces claro plantear un modelo que interrogaba los efectos de la organización, de las actividades y del operar*

*institucional sobre el sujeto, que además apostaba fuertemente a la psicoterapia individual, entonces claro ... **por supuesto que la presentación del modelo le generó urticaria***”

“el veto fue como bien concreto, con el tiempo nos fuimos dando cuenta, enterando, que él prohibió las derivaciones al Hospital de Día porque no podía ser.”

*“era inadmisibles que se pensara que se podía hacer psicoterapia (de orientación psicoanalítica) con pacientes psicóticos y si había alguien que pensara esto, por lo tanto todo el operar del equipo estaba mal y no se podían derivar pacientes allá porque no éramos un prestador confiable, claro, entonces eso que nos enteramos bastante más tarde de hecho, él en ese momento seguía siendo el jefe del servicio de psiquiatría de infanto-juvenil del Hospital Félix Bulnes, entonces evidentemente **no da lo mismo que él prohíba las derivaciones** y claro nos tocó lidiar yo diría, como el primer año y medio con una derivación desde el Hospital Félix Bulnes prácticamente nula”*

En estos fragmentos, se pone de manifiesto cómo los discursos hegemónicos de la psiquiatría operan en las prácticas concretas. Es decir, el modelo médico psiquiátrico, bajo el paradigma de las neurociencias, se instala como un dispositivo de poder que monopoliza las intervenciones. Monopolio que está sostenido por todo un sistema de validación que se ha llamado “medicina basada en la evidencia”, en la cual sólo es aceptado como “evidencia científica” aquello que ha sido sometido a experimentos con situaciones altamente controladas.

Si bien lo anterior ha sido cuestionado por varios frentes, destacaremos los aspectos totalizantes de un modo de hacer ciencia, que está basado en las ciencias biológicas y que sólo permite validar aquello que es demostrado por sus propios indicadores. Gesto que reduce por ejemplo a la esquizofrenia a una falla al nivel de los neurotransmisores²⁶, lo que nos hace volver a los primeros párrafos de esta

²⁶ El psicoanálisis no ha quedado completamente fuera de esta lógica. Desde algunas perspectivas psicoanalíticas, en su mayoría procedentes de las escuelas norteamericanas, se encuentran realizando en la actualidad estudios randomizados para comprobar, con indicadores biomédicos, los efectos del psicoanálisis. Para ampliar esta problemática consultar: Alonso, U. & Bettini, M. (2000). Perspectivas actuales entre neurociencia y psicoanálisis.

investigación. No haremos una crítica metodológica —eso sería material para otra investigación— sino que nos situaremos desde una postura que observa críticamente las prácticas que se llevan a cabo.

6.2.2. “parece que fuera una cosa media prohibida”

Lo anterior promueve que el psicoanálisis sea casi proscrito al interior de los servicios de salud. Esto al parecer no constituye una política abierta ni sistemática en la cual se “niegue” al psicoanálisis, pero sin embargo sí está presente en los mismos planteamientos del PNSM y de las OOTT, en los cuales se recomiendan los modelos cognitivo-conductuales y sistémicos de intervención²⁷. Es decir, no se excluye directamente, pero queda fuera.²⁸

“parece que fuera una cosa media prohibida, porque las políticas públicas piden cierto perfil y excluyen, entonces como que uno trata de pasar piola y cuando uno está dentro, uno ya puede empezar a ser...de a poco fui instalando la perspectiva del psicoanálisis como una perspectiva posible para intervenir y para trabajar, primero fue súper tímido la entrada porque estaba en un medio súper hostil.

E: ¿Por qué hostil? ¿Qué pasaba?

Es que por eso era hostil porque era como ridiculizado, el psicoanálisis es una cosa ridícula, extemporánea por decirlo así, no tiene lugar, pasó en un espacio donde lo que se pide es lo sistémico o lo cognitivo conductual...”

²⁷ Resulta curioso que los modelos sistémicos y de intervención familiar resulten recomendados o no se encuentren desaconsejados, pues en los términos de la Medicina Basada en Evidencia existe, al igual que para el psicoanálisis, relativamente poca evidencia respecto de su eficacia. Tal situación no hace más que volver más sospechoso el asunto.

²⁸ Conocemos casos de psicólogos con formación analítica que han intervenido sus CVs, borrando sus pistas psicoanalíticas para postular a las plazas de trabajo que ofrece el sistema público que, como hemos mencionado, publica en sus anuncios de trabajo el requerir psicólogos con “Deseable experiencia en intervención desde un enfoque sistémico o cognitivo conductual”.

Prohibido, extemporáneo, ridículo, así puede ser visto el psicoanálisis al interior de un hospital público. Dificultades que son sorteadas en este caso desde una posición en un comienzo tímida, que va poco a poco instalándose en el espacio público como voz válida.

Del psicoanálisis mejor no hablar, ya que se puede ser víctima de bromas...

Posición ridiculizada con el fin de “quitarle valor”, lo que nos recuerda nuevamente las reflexiones de Freud en su presentación sobre las resistencias al psicoanálisis, de modo que aparece de manifiesto todo el prejuicio y los *a priori* frente a una disciplina muchas veces desconocida y que genera estigmas:

“tallas porque el psicoanálisis, cualquier cosa que de alguna manera le quitara peso al psicoanálisis, era como quitarle valor, fundamento, era una suerte como de prejuicio más bien, era una suerte como de a priori ante el psicoanálisis... si tú eras psicoanalista te marcaba eso, cachai, por ejemplo a los cognitivos nadie los iba a marcar si era cognitivo, por otro lado quizás lo hubieran agarrado para el hueveo.

E: ese era tu punto débil?

Claro, en ese punto, ya tú eres psicoanalista, para ellos era un punto débil, para mí era un gran valor.”

Es interesante lo que se plantea, dado que el psicoanálisis aparece como estigma, como marca de debilidad, en este caso frente a la comunidad hospitalaria. Sin embargo este psicólogo “resiste” en silencio los golpes recibidos por su origen incómodo para el sistema médico imperante. Ya volveremos a las implicancias de este caso y sus destinos posibles, pero nos parece importante detenernos en el problema del silenciamiento y la prohibición de ir más allá.

6.2.3. Desmentida:

Como vimos en la primera parte de este análisis, el PNSM carece de recursos o más bien no considera como inversiones plausibles aquellas que promuevan

espacios de intercambio y discusión. Como hemos señalado, faltan espacios destinados a reflexionar, y las pocas instancias de intercambio se ven reducidas a discusiones acerca de cuestiones administrativas. Cuántos pacientes fueron atendidos, cuántas prestaciones, de qué valor, metas por cumplir y un gran etcétera, dejando siempre para más tarde la posibilidad de pensar los diagnósticos y las intervenciones.

En las entrevistas se escucha una suerte de práctica de “desmentida”, en la que las contrapartes técnicas no se dan por aludidas frente a cuestiones de fondo, tales como desde dónde se está pensando el trabajo que se lleva a cabo y cuáles son sus consecuencias. Se actúa como si el trabajo con pacientes fuese una cuestión meramente técnica, en la que es suficiente seguir los instructivos disponibles, como si se creyera que ya otros han hecho el trabajo, ya se pensó, y el resultado de aquello son las orientaciones técnicas y las guías clínicas, y que por lo tanto sólo les queda “aplicar”.

Lo complejo del razonamiento anterior es pensar que existe un “hacer” que solo ejecuta y que no está ligado a prácticas específicas que tienen en su base un sistema de pensamiento particular. Es decir, se establece una verdad totalizante, en este caso la del modelo médico, como si esta operara sin reveses. Es decir, frente al problema X, el medicamento Y, la psicoeducación Z. Se cierra la posibilidad de pensar en la particularidad del sufrimiento de cada paciente —todas las esquizofrenias debieran cursar más o menos de forma similar—, y de discutir las acciones específicas que se llevarán a cabo.

Entendemos que desde las instancias ministeriales se emitan manuales y guías clínicas, —ya que no es posible que se establezcan procedimientos exclusivos para cada caso—, sin embargo, lo exigible a cada equipo, más allá de su marco conceptual o modo de entender la locura, debiera ser al menos el poder generar un trabajo que incorpore las experiencias y los contextos, cuestión que estaría en congruencia al mismo tiempo con los planteamientos comunitarios de nuestro modelo de atención.

Todos los equipos (de cualquier orientación) en algún momento se ven obligados a realizar este ejercicio, en la medida en que se hace indispensable para sostener un trabajo de alta complejidad. Como plateábamos en el apartado anterior, esta falta de recursos y de espacios de reflexión cobra su cuenta en los altos índices de “burn out” y de rotación de los equipos. Se genera entonces un círculo vicioso, en el que por ahorrar dinero, espacios de reflexión o instancias de discusión, se aplican procedimientos estandarizados que si bien en el caso de los pacientes esquizofrénicos la mayoría de las veces los estabilizan, dejan de delirar y se tranquilizan, al mismo tiempo se silencian sus malestares y sus posibilidades de circular en la comunidad.

Retomando las palabras del psiquiatra Manuel Desviat (2006) quien nos alertaba sobre la eficacia de los fármacos, su acción sería similar a la acción de matar las moscas a cañonazos. Claro, las matan, pero el acto dista mucho de pertenecer a la racionalidad positiva y certera que se le atribuye a las ciencias médicas.

La acción de desmentida operaría entonces haciendo caso omiso de una realidad que no se quiere ver, pero que sabemos está allí.

*“si bien siempre fue explícito y cualquiera que lee la propuesta **es evidente que estaba la mano del psicoanálisis** detrás de cómo se está entendiendo el trabajo, cómo se está entendiendo la psicopatología, probablemente **nadie se complicó mucho con aquello**, porque parecíamos ser más solventes, más ordenados, más responsables, más no sé, es que era también y **era bien llamativo porque a pesar de todo lo explícito que estaba**, era desde las autoridades del servicio de salud que se supone que también eran una contraparte, entre comillas técnica, la experiencia siempre fue cuando mucho un referente en lo administrativo, **no un trabajo técnico, clínico de por medio y era también hacer una suerte de desmentida con respecto a lo que aparecía ahí**, porque era como si, está bien, si leemos la propuesta técnica, **sabemos pero no nos importa** mucho, y yo creo que **si tuvo consecuencias bien importantes en un montón de dificultades iniciales en el diálogo con las otras instituciones con las que trabajábamos...ahí la postura de las autoridades y las contrapartes, comillas “técnicas” desde el servicio de salud era hacer casi una finta cada vez que el tema como más conceptual aparecía.**”*

En este caso existía una propuesta de trabajo con pacientes con trastornos psiquiátricos severos elaborada desde una lógica psicoanalítica, y la contraparte, que ha elegido ese proyecto en particular, no hace alusión alguna a las bases conceptuales del proyecto y sus posibles implicancias. No se leen las propuestas específicas, no se lee qué implica psicoanálisis. Se leen equipos y herramientas, solidez económica de las instituciones. El resultado es la imposibilidad de intercambiar argumentos: al Ministerio no le importa lo que hace la institución, siempre y cuando cumpla con la metas. La institución se queda sin interlocutor y se cierra intentando hacer lo mejor posible su trabajo. Es claro que en este caso de pseudoficción ninguna de las partes logra sus objetivos.

6.2.4. El psicoanálisis, sus dificultades y su “jerga”

Lo planteado anteriormente en cuanto a la resistencia a la subordinación del psicoanálisis al sistema psiquiátrico biomédico, y su ubicación entre la prohibición, la ridiculización y la desmentida, no son cuestiones completamente extrínsecos al psicoanálisis. Es decir, en la instalación de su estatuto “problemático”, aparece el mismo psicoanálisis como forjador de su lugar. A medida que se desarrollaron las entrevistas, se planteó una autocrítica y una autoevaluación que consideró la dimensión histórica y generacional frente a los modos de acercamiento del psicoanálisis a los espacios de atención públicos. También se hizo referencia a los modos que ha tenido el psicoanálisis para mostrar y comunicar su trabajo, “una jerga”.

*“si claro, responsabilidad del sistema dominante, pero hasta por ahí nomás,.. es **responsabilidad de los psicoanalistas,**”*

*“tendrías que preguntarles a los psicoanalistas más viejos. Yo creo que eso fue responsabilidad de **los psicoanalistas más viejos que se encerraron en sus consultas y mandaron a la cresta a la gente que hacía Salud Mental**”*

“uno se puede hacer cargo de lo que se puede hacer cargo, o sea de los problemas ideológicos de los psiquiatras y los psicólogos no nos podemos hacer

*cargo, pero **de los problemas de los psicoanalistas si nos podemos hacer cargo** y ahí yo creo que ahí me parece que uno se tiene que hacer cargo de varias cosas que no han andado hace harto tiempo y que le ha traído costos a la práctica profesional de los psicoanalistas, pero ellos no afectan tanto a la **generación nueva digamos, o sea hay un montón de psicoanalistas trabajando**”*

En estos tres fragmentos aparece tanto la dimensión generacional y la necesidad de “hacerse cargo”. Es decir, no culpar el alejamiento del psicoanálisis frente a los asuntos de salud pública al sistema de salud, sino que interrogar el por qué de esta situación.

Podemos identificar que existiría algo así como la generación de psicoanalistas viejos, los cuales se habrían encerrado en sus consultas. Más allá de que si lo anterior es completamente verdadero o no, o de preguntarnos por qué es que hubo un abandono y una reclusión a los espacios privados, nos parece interesante el que este argumento se desarrolle suponiendo que el cambio generacional está sucediendo ahora. Se trataría de una “nueva generación” de psicoanalistas que ya estaría trabajando y haciéndose cargo de este alejamiento.

*“los mismos analistas no se han interesado en estudiar salud pública por ejemplo y meterse en el ministerio y pensar la política pública. **Hay una resistencia de los mismos analistas, de cierto tipo de psicoanálisis por lo menos, de meterse a trabajar en un servicio público o pensar el servicio público desde el Ministerio de Salud, quizás porque tiene una lógica individual**”*

Se hace hincapié en que no sería el sistema el que habría expulsado a los psicoanalistas del ejercicio público, sino que ha constituido una opción, una resistencia de al menos un grupo de analistas, que al tener una lógica individual no han considerado los ámbitos de acción públicos.

Si vemos un poco la historia del psicoanálisis y la del psicoanálisis en nuestro país, se hacen evidentes las dificultades y resistencias que se generan desde su origen (Freud, (1925[1924])). Sin embargo, en algunos países como Francia y Argentina, este logra permear los ámbitos de lo público y se instala durante una buena cantidad

de años como un discurso validado y aceptado por la sociedad. En nuestro país la situación no será la misma.

Como vimos anteriormente, según lo señalado por Omar Arrué en su texto “Orígenes e identidad del movimiento psicoanalítico Chileno” (1991), si bien el psicoanálisis se instala en Chile a partir de los años '40 conjuntamente en los espacios psiquiátricos universitarios e institucionales privados, lo que genera inicialmente una estrecha relación entre los ámbitos universitarios e institucionales, así como también con la práctica psicoanalítica en hospitales en el terreno de las psicosis, esto no constituye una relación muy duradera, ya que menos de 20 años más tarde muchos de los psiquiatras formados analíticamente abandonan los ámbitos hospitalarios universitarios para dedicarse a la práctica privada del psicoanálisis y al fortalecimiento de la Asociación Psicoanalítica Chilena.

Por otra parte, hubo una línea de psicoanalistas que se ligó muy fuertemente a la psiquiatría hegemónica, instalando espacios de coherencia con los modelos hegemónicos biomédicos, por ejemplo los desarrollos de Otto Kemberg y de toda la línea de la clínica dinámica.

Con todo, podemos señalar que la formación de analistas en nuestro país no ha estado necesariamente ligada a los ámbitos de discusión pública, lo cual es identificado por nuestros entrevistados y vivido como algo a revertir.

Como veremos en los fragmentos siguientes, existiría en esta nueva generación una necesidad de insertar una dimensión social al trabajo, lo cual implica dialogar y generar vías de comunicación posibles.

*“el psicoanálisis tiene harto que decir, ahora para eso hay que estar dispuesto a dialogar, a mi a ratos me agota esta cosa de que los psicoanalistas hablan en jerga y se entienden sólo entre ellos y que en el fondo el que no maneja las claves de traducción de estos lenguajes es porque tiene que esforzarse, aprender las herramientas y que se quede fuera, porque nosotros, entre nosotros nos entendemos, yo creo que eso es una estupidez absoluta, a mi eso me agota, porque es como **continuar restándole la dimensión social al trabajo**, aquí entre nosotros nos entendemos, no eso a mi me carga.”*

*“desde una **posición de saber que mira en menos al resto** y que en la clínica esos mismos psicoanalistas después hacen agua y que me parece que les ha hecho muy mal al psicoanálisis y que **la generación de nosotros como que ha tenido un poco de ir mostrando que eso no es tan así, aprender a quedarse callado, no hablar cabezas de pescado que nadie entiende y si presentar casos**”*

“el psicoanálisis que ha estado en Chile es un poco delirante por decirlo así, con unas teorías un poco ridículas que uno las lee y uno dice esto es un poco... lo lee y siente una cierta lejanía”

La idea de una jerga psicoanalítica que sólo es entendida al interior de la secta, es vista como un obstáculo que a la vez ha servido para alimentar un aura de superioridad frente a aquellos que no la manejan. Es interesante que en esta línea se plantee la necesidad de **“aprender a quedarse callado, no hablar cabezas de pescado que nadie entiende y si presentar casos”**. Es decir, generar un trabajo clínico que sea presentado al “mundo exterior”.

Mundo exterior que no es un espacio ganado, sino que representa un medio más bien hostil en la medida que está dominado por las ya mencionadas TCC y por el modelo psiquiátrico, que como hemos visto, tiende a ridiculizar y hacer a un lado los molestos hallazgos de la teoría analítica.

*“Porque la otra es recluirse y, o quedarse pegado en su propio **fantasma de la exclusión**, yo creo que **hay que ganarse el espacio**, ganárselo y argumentar porque funciona y lo más importante es **transmitir** la experiencia por eso siempre **presentaba los casos clínicos**, armaba jornadas, invitaba gente y que la cuestión **circulara** y que no se puede quedar encerrado y que no se esquematice..., al final **hay que publicar las experiencias** y es que es la única forma, por eso te digo que **depende de nosotros que se haga circular** eso, porque nadie lo va hacer por nosotros, **si nosotros no publicamos, si nosotros no investigamos, si no hablamos de lo que hacemos, quién se va a interesar, nadie.**”*

Se denuncia en estas palabras una suerte de comodidad frente a la sensación de exclusión y se hace un llamado a trabajar, es decir, a presentar casos, publicar experiencias y hacerlas circular, no solo dentro de las pequeñas comunidades analíticas, sino que con el ánimo de transmitir un trabajo. Esto requiere del esfuerzo de hacer nuestro trabajo comunicable y de abrirse a otros lenguajes. Lo anterior en la convicción de que el psicoanálisis tiene algo que decir, pero siempre desde fuera. Ya que,

“El psicoanálisis, vendría a ser una cuestión que viene a problematizar cosas más que a dar soluciones o recetas”

Es decir, teniendo en cuenta que siempre se carga con una visión que será resistida, ya que cuestiona justamente aquello máspreciado por hombre moderno: la conciencia y el dominio del yo. Que sean cuestiones complejas de aceptar y que siempre serán resistidas, no son argumentos para volver a nuestras cuevas.

“pero el psicoanálisis también tiene algo que decir, pero no puede enclaustrarse, si esa es la cosa, no puede quedarse encerrado en las instituciones o en los consultorios, hay que salir a la calle y hacer seminarios y mostrar el trabajo. Si finalmente que el psicoanálisis exista depende de nosotros, si se puede morir en cualquier momento, puede desaparecer.”

6.3. Posturas y debates frente a la dificultad

Si en el apartado precedente vimos que existe acuerdo frente a ciertas dificultades que existen para el psicoanálisis, veremos ahora que en los relatos de los psicólogos se evidencian estrategias o modos de lidiar con esta dificultad. Lo anterior presenta un alto grado de interés, ya que muestra esta dificultad con mayor especificidad y a la vez nos permite conocer e interrogar los modos de circulación —o de no circulación— del psicoanálisis

6.3.1. Negociación

Veremos que existe un modo de afrontar la dificultad que llamaremos “de negociación”. Negociación que pasa muchas veces por “renunciar” a ciertas discusiones con el fin de posibilitar un diálogo con las contrapartes.

*“tal vez como intentando consensuar algunos elementos que fueran fundamentales y que pudieran ser compartidos por ambas partes, **ahí más que camuflar, si fue tal vez nosotros mismos como empezar a restarle un poco de fuerza a ciertos aspectos de nuestro trabajo, para los fines de la coordinación con otros equipos al menos hasta que hubiera un lazo de confianza y de conocimiento mutuo que permitiera darle un marco mucho más compresivo** y en el fondo poder tener los **elementos para comprender por qué razón hacíamos este tipo de actividad o sea estas intervenciones.**”*

Negociación que en la cita anterior toma las veces de una postura cautelosa que se pone como objetivo el construir lazos de confianza basados en la comprensión.

*“entonces **la reserva que el equipo siempre se permitía con respecto del diagnóstico, era un aspecto que nos fuimos dando cuenta que no era lo central, que más bien nosotros asumíamos una función tratante** y si en ese recorrido podíamos tener algunos elementos para retroalimentar con respecto al problema del diagnóstico podía ser útil, pero poner el tema del diagnóstico como el primer punto a zanjar y después que estemos de acuerdo del diagnóstico hablamos de lo terapéutico, como que esa ordenación de elementos nos pareció que no tenía para qué ser tan así.”*

Se entiende algo así como un ejercicio de selección de las batallas que vale la pena dar, a la vez que se pone en evidencia las discrepancias que plantea el psicoanálisis frente al problema del diagnóstico. Cuestión que en este caso es resignada con el fin de poder hacer un trabajo.

*“nos dimos cuenta que podíamos trabajar con ellos incluso **aunque no estuviéramos totalmente de acuerdo** con los equipos derivadores con respecto*

*al tema del diagnóstico y que **en el camino eso si se podía al menos, dialogar un poco más***

Tal vez se apuesta a poder generar un trabajo a largo plazo, que “en el camino” permita abrir la posibilidad de dialogar en este caso la cuestión del diagnóstico. Asunto que para el psicoanálisis no es trivial, ya que no se trataría solamente de una palabra, sino que de una palabra que marca, que tiene efectos en la constitución subjetiva de los pacientes y sus tratamientos.

Nos detendremos en este asunto:

*“darse cuenta una y otra vez que así como tu concibes los fenómenos psicopatológicos esos siempre **tienen incidencia práctica clínica**, que no puedes separar cómo tu entiendas la psicopatología de cómo tu vas a trabajar y de aquello que tu haces cuando tu trabajas”*

Como veremos a continuación, se plantea una crítica frente a las posibles consecuencias específicamente del programa GES y su denominación de “Primer episodio de esquizofrenia” a aquellas manifestaciones psicóticas tempranas.

*“más allá de los referentes conceptuales, psicoanalíticos, lo que sea, son **subjetividades que todavía están en construcción**, en el fondo son **nuevos sujetos de la política pública**, no? o sea el GES del primer episodio fue el año 2005 eso para efectos sociales fue ayer, eso fue un pestañazo, entonces yo creo que todavía estamos viendo los efectos de estas nuevas subjetividades”*

Se entiende que las categorías que definen las políticas públicas tienen efectos en los sujetos. Volvemos al problema del tiempo y de cómo para el sistema psiquiátrico imperante es necesario establecer rápidamente los diagnósticos, cuestión compleja no solo desde el punto de vista del psicoanálisis, sino que también desde una ética de la práctica que se haga cargo de los efectos que producen los diagnósticos. Problema ético en el sentido de la violencia que implica la falta de atención a sus efectos. Toda intervención tiene consecuencias, y en el caso de los diagnósticos se corre el peligro de quedar objetivado (“Soy esquizofrénico”), disminuyendo la posibilidad de que los pacientes construyan por sí mismos un relato de sí.

*“el protocolo del primer episodio de esquizofrenia que yo creo que trajo cosas muy buenas para los pacientes en general, que también trajo tremendos problemas, que algunos psiquiatras infanto-juvenil no anticiparon antes de implementar la política, que en el fondo era **porqué llamarlo primer episodio de esquizofrenia, por qué no llamarlo por ejemplo, primer episodio psicótico, por qué la palabra esquizofrenia**, a propósito de los efectos que terminaba generando, porque si bien yo diría que probablemente todos los pacientes que recibimos en el hospital, todos en algún momento de su vida indiscutible habían estado psicóticos, no todos eran esquizofrénicos, no todos nos parecían esquizofrénicos, entonces la reserva que el equipo siempre se permitía con respecto del diagnóstico”*

En este caso, se asume que no es posible discutir directamente del problema del diagnóstico con la lógica hospitalaria y la discusión se aloja entonces al interior del equipo. Es interesante, ya que se asume la dificultad y la imposibilidad, pero no se renuncia completamente, sino que se piensa como una forma de poder hacer un trabajo, más allá de las restricciones.

Como se señala en una de las entrevistas:

*“entonces hay ciertas restricciones del diseño de políticas públicas que parten mucho más desde un a priori que desde **haber dado la pelea** y chocar con la muralla de que no se puede, entonces **sigo teniendo como un estúpido optimismo de que puede haber algún tipo de ingerencia posible en las políticas públicas, que es un tema de cómo se han terminado organizando los sistemas, mucho más que una cuestión estructural”***

*“yo creo que **hay una permeabilidad posible, como a nivel de la estrategia mucho más del uno a uno y otra posibilidad de permear como mucho más amplia como a nivel, ojalá tener algún tipo de resonancia en las políticas públicas** y yo creo que eso **si requiere como más trabajo, más investigación, más esfuerzo sistematizado** y eso es una pega que nosotros la tenemos que hacer y eso creo que es todavía muy incipiente”*

La propuesta es (aunque pueda ser “estúpido”) no asumir la batalla como perdida completamente, sino que “dar la pelea”, pero en un nivel más íntimo. Es decir,

asumiendo la dificultad, se apuesta a trabajar en el cotidiano con los psiquiatras, en el “uno a uno” y en la generación de más trabajos e investigaciones que permitan finalmente que algo del psicoanálisis permee y tenga resonancias en las políticas públicas.

O bien, asumir que la batalla está perdida de antemano frente a un sistema que a nivel mundial entiende a la esquizofrenia como un problema cerebral, pero que hay otras batallas que dar, que pasan también por cambiar el modo de trabajar al interior del psicoanálisis.

*“es como **tirar la esponja antes de dar la pelea**, porque claro si uno piensa en esta lógica de la psicología basada en la evidencia y los tipos de evidencias y que la evidencia 1 es de meta análisis de enses de no se cuanta gente, o sea al menos el psicoanálisis que a mi me interesa y me hace sentido jamás, por cuestiones epistemológicas, jamás podría hacer investigación que genere evidencia tipo 1”*

O desde otro punto de vista:

*“es igual bien complicado porque si uno piensa en centros de nivel mundial, los grandes centros de producción científica en Inglaterra, o sea ya están en esto hace rato y **la esquizofrenia es un problema cerebral y de los neurotransmisores**, entonces yo de verdad no creo que es una dificultad de lo bien o mal que puedan hacerlo los psicoanalistas chilenos, a ratos es de verdad es como **intentar subvertir una tendencia bien generalizada a nivel mundial**, claro que mientras menos esfuerzo hagamos por sistematizar y compartir y más nos quedemos replegados en el pegoteo de nuestros lindos bonitos trabajos terapéuticos que comparto con tres personas que están totalmente de acuerdo con lo que yo pienso, eso yo creo que va a empobrecer terriblemente el efecto que puede tener el trabajo”*

6.3.2 Estrategia

Se podría pensar en una postura estratégica, que entiende que hay ciertas batallas, como aquella de validar el trabajo analítico desde la lógica científica médica, en las

que no solo no sería posible, sino que tampoco sería pertinente entrar. Sin embargo no se queda fuera y busca aquellos espacios donde el sistema falla para hacer su trabajo.

“yo creo que lo bueno del plan de salud mental es que fue súper mal escrito, está lleno de fallas y es que justamente donde falla o sea cuando se piensa en lo comunitario como un rescate de la particularidad de la persona, bueno tu tomas eso...”

Se propone ser estratégicos y:

“distinguir ahí lo que es demanda institucional y lo que es el trabajo con el paciente, entonces claro hay algo de la demanda institucional ahí que a veces ubica una cierta cantidad de sesiones, entonces a ese nivel más administrativo uno claro tiene que intentar de dar cuenta, estratégicamente que uno está haciendo algo.”

Se plantea que existe una dimensión de la demanda institucional que persigue metas y cifras en el corto plazo, que no necesariamente vendría a intervenir en el trabajo con los pacientes. Lo anterior no deja de ser discutible ya que dependerá de la presión que ponga la institución a sus profesionales en cuanto a cuestiones administrativas. Sin embargo es interesante pensar lo que sucede por ejemplo en la atención individual de pacientes, como una suerte de espacio de trabajo autónomo, íntimo, donde es posible realizar un trabajo más profundo. El problema de esto es que el trabajo no circula sino que se queda en la privacidad de la práctica de cada psicólogo.

*“lo que se exige ahí es que haya una atención mensual, pero nadie dice máximo dos atenciones, eso no está a nivel del servicio de salud,...y mínimo es una vez al mes, pero a lo que voy es que **nadie te está exigiendo que la atención sea corta, rápida**”*

Se plantea un vacío con respecto a las exigencias, lo cual daría cierta libertad de acción para hacer más sesiones y tener más tiempo para atender a los pacientes.

Es decir, queda un espacio en el que se pone finalmente en juego el criterio del psicólogo de turno. Cuestión controversial en la medida que los lineamientos estatales debieran estar pensados para dar la mejor atención posible en todos los casos, y no la mínima requerida.

Es cierto, existen una serie de cuestiones que las Orientaciones Técnicas y las guías clínicas no plantean, (y sería imposible que lo plantearan todo) lo que da un margen de movilidad frente al sistema. Cada caso tiene sus dificultades y finalmente, más que sostener una práctica desde un determinado modelo, lo que se necesita es resolver problemas.

“importa menos que uno sea psicoanalista lacaniano a que uno resuelva el problema, que el paciente se sienta mejor y que uno le de renombre a la institución y el resto son puros prejuicios”

Es decir, las acciones se sostienen finalmente más allá de teorías, en la medida en que resuelvan problemas. Mientras se haga un buen trabajo, al sistema no le importará quién eres ni cómo lo haces. Es decir, la práctica desde el psicoanálisis no puede estar ajena a los resultados que genera. Si bien se puede tener un espíritu crítico frente al imperativo de la eficacia, uno de los objetivos de nuestro trabajo es el de dar alivio a los pacientes.

“en el equipo y en el COSAM, los psicoanalistas han dado cuenta de cierta eficiencia, hay una idea ahí de que el psicoanálisis es poco eficiente y que no es necesario que sea así y que los pacientes logran cierto alivio a corto plazo, que ese alivio uno lo entiende como entrevistas preliminares, que ese alivio lo entienda como no sé, como rectificación subjetiva y que en realidad ahí empezaría el trabajo propiamente analítico bueno eso es problema del analista, pero por lo menos el paciente da cuenta de ciertos niveles de bienestar subjetivo a corto plazo y eso habla de cierta eficiencia, no hay que tenerle miedo a eso.”

Lo anterior viene a plantear que finalmente no se trata de defender al psicoanálisis por que sí, sino que este se sostendría por sí mismo en los efectos de su trabajo.

Entonces, ¿porqué las restricciones al psicoanálisis? ¿Es sólo prejuicio? Recordemos por ejemplo lo que señalábamos en el apartado anterior, en el cual se hacía una crítica frente a la dificultad de los psicoanalistas de hacerse entender y de generar diálogo.

“Yo creo que lo interesante es cómo uno genera, dentro del trabajo de equipo, ciertos conceptos que permiten dialogar con las otras especialidades”

*“hay que tener cuidado en **dejar en falta** a la gente, porque si uno va y le dice al psiquiatra: mira, lo que pasa es que tú estás haciendo esto mal y no te diste cuenta que..., ahí lo dejas en falta, el psiquiatra se va a defender”*

6.3.3. “Estamos en la primera reforma”

Se podría pensar que la postura anterior olvida ciertas tensiones políticas, en términos de las luchas de poder que se ponen en juego en un sistema que tiene claras las jerarquías entre psiquiatras y psicólogos y que promueve un enfoque específico.

Es decir, existe una lógica institucional y un modo de pensar los tratamientos para la locura que tienen una larga tradición que no se desmantela fácilmente solo con buenos resultados.

*“yo leo a Foucault y **no pretendo cambiar las máquinas**, hay máquinas sociales que son muy crueles... nosotros hablamos de carne para la parrilla, entonces finalmente claro lo que nosotros hacemos es básicamente **defender la institución, defender el presupuesto, defender el modelo que eso es muy difícil y defendernos con lo que es la opinión de las familias, porque el trabajo funciona, eso es lo fundamental”***

Volvemos al problema de los DDHH planteado en la primera parte de este análisis. El sistema psiquiátrico puede ser pensado entonces como una máquina cruel, frente a la cual podemos intentar defender solo las cuestiones muy básicas. Frente a esta situación,

“yo no saco bandera de lucha porque es ridículo, pero yo lo utilizo. Ahora, en algunos espacios no cierto, es totalmente incomprensible y eso se ataca de distintas maneras”

*“no, no están las condiciones (de hablar de psicoanálisis), estamos en el cero, estamos tratando de que se respete un trabajo ambulatorio, **estamos en la primera reforma, para qué, para qué hablar de colores si no existe la noción.**”*

Desde esta mirada se pone en evidencia que el trabajo que hay que hacer está vinculado en primer lugar con las dificultades y las resistencias que existen frente a la implementación de un trabajo ambulatorio. Es decir, si bien el PNSM se basa en un modelo de atención ambulatorio y comunitario, planteando la inserción de los pacientes en sus contextos, ha sido muy difícil instalar un modo de atención que respete a los pacientes en su calidad de sujetos. Si bien se plantea el objetivo de que los pacientes sean parte de sus comunidades, pareciera que el criterio territorial bastara para cumplir con este objetivo.

Dicho de otro modo, que un paciente no se encuentre hospitalizado en una institución psiquiátrica no garantiza su inclusión en la comunidad. No hay verdadera circulación, sino más bien un deambular (tan propio de la esquizofrenia) que queda fuera de todo intercambio posible, que no hace lazo.

*“o sea de hecho yo creo que lo comunitario ni siquiera existe, sí **un trabajo mucho más intramuros** claramente, y además para pensar ese trabajo intramuros **la perspectiva biológica es lo que prima** y todo lo demás son funciones de apoyo, completamente secundarias y esta idea tan recurrente de qué iba a hacer la psicoterapia para personas que tienen psicosis, que es un absoluto desatino, sin sentido, una pérdida de recursos, que los psicóticos no tienen capacidad de elaboración simbólica, no tienen historia, no tienen memoria, en el fondo como una visión sumamente defectual”.*

Se hace imperante generar discusiones profundas, que posicionen el debate en torno a los modelos de tratamientos utilizados, las prácticas concretas en las que se traducen y las implicancias éticas de éstas para los pacientes .

6.4. El oficio: ¿qué es lo analítico?

Finalizaremos esta sección con algunas menciones acerca del oficio clínico. Es decir, nos hemos acercado a unas prácticas concretas, que se plantean desde el psicoanálisis y que trabajan con la locura en espacios determinados en los cuales el modelo biomédico es el hegemónico y que como hemos visto, intentan de distintas maneras aportar con sus trabajos.

En el transcurso de las entrevistas surgió la pregunta acerca de lo que implicaba plantearse desde el psicoanálisis y de si era posible —y finalmente necesario— situarse desde allí. ¿Qué implica en lo concreto este situarse desde el psicoanálisis?

Nos parece importante rescatar esta dimensión, ya que pone en juego un saber y una práctica, lo que obliga a actuar con creatividad. Un oficio, un “saber hacer”, un modo de escuchar y hacer particular, que creemos es muy valioso en la medida que le da cuerpo y tensiona los conceptos teóricos del psicoanálisis.

*“la verdad es que a la hora de las actividades propiamente, los encierros y las condiciones morales, son todas iguales, entonces... para mi **lo analítico finalmente significa justamente ponerse a pensar.**”*

“Ponerse a pensar” pareciera un ejercicio obvio y trivial, sin embargo como hemos visto falta detenerse a pensar sobre los efectos de las prácticas, entendiendo que:

*“**El pensamiento y las teorías tienen traducción en los artefactos concretos, porque las personas argumentan teóricamente, pero a veces se produce una diferencia enorme de lo que las personas argumentan teóricamente, de lo que las personas hacen en las prácticas, entonces para mi relacionar esos dos asuntos es lo que me parece más analítico del mundo y estoy interpretando**”*

justamente y me encuentro ahí todo el tiempo ligando y reflexionando, analizando”

Desde esta observación se hace un llamado a reflexionar sobre las prácticas concretas. Es decir, que exista una teoría sólida y coherente en el papel no es garantía de que esto se ponga en juego en el trabajo cotidiano. Lo anterior vale para todos los marcos conceptuales desde los cuales se plantea un trabajo con pacientes, es decir, es un llamado de coherencia para aquellas prácticas que se definen tanto desde el PNSM, como para el psicoanálisis que intenta hacer un trabajo allí. De este modo, el plantearse desde una mirada analítica no garantiza nada más que el declararse adherente a un marco conceptual. El trabajo y la coherencia no se mide en los rótulos, sino que se debe poner en juego desde las prácticas concretas. Claro, podemos plantear la importancia de escuchar la palabra de los pacientes y tener un discurso muy elaborado al respecto, al mismo tiempo que hacer oídos sordos frente a las voluntades cotidianas que ellos mismos plantean. O más concretamente, ¿cómo es posible sostener una teoría que en el papel dice respetar la palabra de los locos, si por ejemplo en el contexto de una intervención terapéutica se diseña una actividad obligatoria y no se permite la posibilidad de no participar?

Es importante detenerse en esta cuestión, ya que plantea el desafío de pensar los encuadres y los dispositivos de trabajo en concreto. Al parecer existen una serie de prejuicios y modos de acercamiento a la locura, que se encuentran fuertemente aferrados a los modelos asilares y tutelares, que supuestamente debieran encontrarse “superados”. La perspectiva analítica, más allá de sus rótulos, promueve un trabajo en el que no se debe dar nada por evidente, es decir se instala como una plataforma que se detiene a pensar.

¿Pero sobre qué se sostiene este pensar?

“no me desespero porque el trabajo sea nombrado analíticamente, yo hago un trabajo analítico eso no me cabe duda porque finalmente las técnicas, o sea las hipótesis con las que yo trabajo son, comprometen el aparato inconsciente, comprometen el mecanismo y eso está totalmente integrado a mi pega, ahora eso no solamente opera a nivel de la atención individual del paciente,

*yo no los paso al diván, yo los veo cara a cara y **los aspectos técnicos no solo se ponen a trabajar en la atención individual sino que trabajan en el equipo también constantemente, análisis de la situación de la comunidad.***

Se sostiene en primer lugar al considerar que existe una instancia inconsciente y que ésta marca a los sujetos no sólo en su individualidad, sino que también atraviesa a la institución. Es decir, lo analítico no sólo tiene que ver con un espacio acotado y reglado de un modo determinado para que se despliegue “lo inconsciente” (la sala de atención individual, el paciente sobre el diván), sino que es un modo de entender y preguntarse por el lugar de la institución y sus dispositivos de trabajo.

De este modo,

*“pensar un caso psicoanalíticamente, **es una posición primero, una escucha, una forma de escuchar** y ciertas intervenciones que apuntan a darle un lugar, **alojar más bien esa locura y darle un espacio a su palabra**, porque claro las otras intervenciones me da la impresión a mí, ponen a la locura como puro ruido, entonces **en el psicoanálisis la locura tiene algo que decir, sobre lo que le pasa, sobre su vida, hay cierta responsabilidad que uno le podría atribuir al sujeto**”*

Una posición, una forma de escuchar y una forma de intervenir que acoge la locura y le da un espacio a su palabra. Parafraseando la cita anterior se podría decir que, ya la escucha bajo la premisa de que la locura tiene algo que decir sobre su propio sufrimiento marca un modo de intervenir particular. Es decir, me sitúo frente al otro en tanto sujeto de su propio padecer.

Es interesante y controversial lo que se plantea en cuanto a la responsabilidad que se le puede atribuir al sujeto frente a su locura a la luz de lo que Lacan planteaba en 1950 en su texto “Acerca de la causalidad psíquica”: “no se vuelve loco el que quiere.” (2003, p.166)

6.4.1. Trabajo analítico-psicoanálisis:

Existe una serie de debates en torno a qué otorgaría el estatuto de *psicoanálisis*. ¿Un cierto encuadre?, ¿un cierto mobiliario?, ¿un tipo de paciente particular? o ¿una teoría del inconsciente?. Frecuencia de las sesiones, duración de las mismas, un diván, honorarios, y un paciente neurótico. Uno de los elementos más interesantes del trabajo que rescatamos en esta investigación es que por las restricciones mismas de su espacio institucional (el hospital general, el consultorio) el clínico está obligado a ir más allá.

*“si tu me preguntas ¿había trabajo analítico?, sin duda, o sea eso para mi es psicoanálisis indiscutiblemente, a mi no me parece un remedo de nada ni una fórmula menor, eso para mi era psicoanálisis...**porque yo creo que había una relación tan directa entre cierta manera de comprender la psicopatología, la intervención que realizaba y los efectos que traía que era muy seguible, había ahí una ligazón, un trayecto que tiene que ver con pensar por ejemplo esto de las modalidades de la representación, de una cierta continuidad autobiográfica, de la escritura de la historia y para mi todos esos son problemas a los que el psicoanálisis ha aportado hartos, entonces sí, o sea que no haya habido un diván, que muchas veces las sesiones no se podían hacer en el box porque era intolerable y que se hacían jugando pin pon... eso para mi era psicoanálisis, entonces si pienso un poco más en la práctica sí, reconozco por lo menos un esfuerzo por sostener una práctica analítica, ahí se me diluye la ambigüedad.**”*

En suma, estas experiencias dan cuenta de que es posible (y necesario) sacar al psicoanálisis de sus encuadres tradicionales y ponerlo a trabajar. Mucho de sus estigmas y prejuicios están en relación con un estereotipo de analista, rígido e inmutable, que no es capaz de hacer su trabajo si no se cumplen estrictamente, por ejemplo, las condiciones del encuadre clásico. El trabajo con la locura viene a cuestionar esta rigidez, obligando al psicoanálisis a pensarse más allá de los aspectos formales.

Se elabora desde esta experiencia de trabajo una visión crítica, que promueve la investigación y la búsqueda de modelos de trabajo. Cuestión de alta relevancia para el desarrollo del psicoanálisis en general.

El rescate de las “voces” que tienen lugar en esta investigación nos permite formular algunas preguntas, con respecto al psicoanálisis y sus espacios de desarrollo y cómo estos espacios se ponen en cuestión a propósito del trabajo con psicosis al interior de instituciones del ámbito público. Pensamos que estas condiciones son un “pie forzado” interesante, pues empujan de cierto modo a todo el edificio analítico a pensar en torno a su quehacer y cómo este se implica (o no) por ejemplo frente a las problemáticas que conciernen a lo público.

Lo anterior se sostiene en una doble apuesta:

Apuesta de que es posible realizar un trabajo analítico con psicosis, cuestión que como hemos visto no está zanjada con claridad al interior del mismo psicoanálisis. Y apuesta de que es posible realizar un trabajo analítico más allá de los lineamientos clásicos.

Sin duda ambas apuestas implican el salirse de las visiones más conservadoras del psicoanálisis y al mismo tiempo inevitablemente generan una crítica a estas visiones más tradicionales.

*“yo tuve períodos de formación importante en psicoanálisis...sobre el tema de la psicosis en Lacan y no sé como que con el tiempo me fueron pareciendo **modelos muy rígidos** de entender la psicopatología”*

“en la psicosis no se sabe mucho, no hay mucha teoría al respecto, o sea si tú revisas la literatura psicoanalítica lacaniana, hay algunas cuestiones claras, pero después en términos de la dirección de la cura hay posiciones diversas.”

Finalmente quisiéramos recalcar que en los relatos existe en general una apropiación de la teoría y una referencia constante a la propia experiencia y cómo esta pone en juego aquello que se daba por sabido. Al parecer el trabajo con

psicosis obliga mantener una apertura, una “escucha” psicoanalíticamente hablando, que no da por hecho nada.

*“uno siempre viene apegado a ello que aprendió antes pero creo que hubo aperturas bien interesantes al observar lo que había ahí...o sea para mi fue una cuestión muy interesante a propósito de cómo **removió una serie de concepciones previas con respecto a lo que podía ser una psicosis**”*

7. Discusión y conclusiones: La locura como ¿objeto? de la psiquiatría

“El psiquiatra moderno [...] dada la masificación propia del abordaje medicamentoso de la sociedad moderna, ya no sabe qué ni cómo escuchar al psicótico, aún menos cómo intervenir sobre lo que éste dice y padece, salvo mediante la prescripción de un fármaco, la indicación de internación, etc. Si bien estos últimos son recursos de una utilidad innegable, jamás pueden en sí mismos dar cuenta de lo singular de ese enorme sufrimiento ni operar sobre él [...] el médico moderno, tanto como cualquiera, ‘profesional de salud o no’, frente a casi todo tipo de malestar, sufrimiento o angustia, lo primero que hace es aceptar la oferta de la sociedad moderna caracterizada por los efectos de la presencia de la ciencia, que consiste en que para “curar” ese malestar se debe operar sobre la supuesta base material del mismo: el tejido, la célula, la neurona o el neurotransmisor. El psiquiatra, en especial, padece esa posición; frente al sufrimiento del sujeto psicótico, lo único que le queda es indicar un fármaco, muchas veces solicitado con desesperación por el propio paciente o su familia. [...] El médico pasó a ser un distribuidor de drogas.”
(Eidelsztein, 2001, p.123)

Como hemos visto, desde sus orígenes, el psicoanálisis ha ocupado un lugar problemático. Como planteaba Freud, este lugar responde, más que a criterios racionales, a las reacciones afectivas que genera el psicoanálisis al ocuparse de aquellos aspectos pulsionales reprimidos.

Lo anterior ha tenido consecuencias concretas al nivel de los lineamientos en salud mental, los que descartan la clínica psicoanalítica como medio terapéutico. Si bien esto no constituye una política, las instituciones públicas solicitan “de preferencia” psicólogos con formación cognitiva-conductual o sistémica.

Considerando que en nuestro país no se trata de una restricción, lo recién sucedido en Francia en cuanto al duro cuestionamiento de la pertinencia del tratamiento analítico con niños autistas, nos hace pensar en la actualidad de este asunto.

Se evidencian aquellas cuestiones que han estado a la base de las resistencias y críticas al psicoanálisis, mostrando fragmentos ridículamente incomprensibles de analistas explicando sus tratamientos, fragmentos plagados de palabras enigmáticas e inquietantes. Pareciera que en ese gesto se actualizara una historia, que como Maia Fansten (2006) plantea, está llena de malos entendidos. Señala que *“hacia el psicoanálisis existe siempre una suerte de malentendido, un déficit de diálogo entre los psicoanalistas y el público, entre los iniciados y los profanos.”* (p. 5 [nosotros traducimos])

Esta autora realiza una lectura sociológica del psicoanálisis y de su complejo estatuto frente a los criterios de validación tradicionales.

“Digamos que la mayor parte del tiempo, el profano ignora las razones internas de las prácticas y de los dichos, que le impresionan o le chocan, y los psicoanalistas olvidan o no consideran que algunas de sus posiciones pueden ser incomprensidas y juzgadas de intransigentes.” (Ibíd., p. 6 [nosotros traducimos])

Aquí no es posible lavarse las manos, son los relatos de los analistas que se muestran. Es decir, más allá del gesto claramente tendencioso, esto puede ser entendido como un llamado a hacernos cargo. Hacernos cargo, tal como planteamos, de los modos de circulación y de comunicación del psicoanálisis.

Es cierto, en este caso de los niños autistas queda de manifiesto también que nada podemos hacer frente a la evidencia de los datos duros que muestran los estudios de neurólogos y psiquiatras. Allí no hay pelea que dar, y ciertamente estos datos encandilan y tranquilizan gratamente a las familias de los pacientes. Lo que sucede con los casos de los psicólogos que entrevistamos es similar. Existe una lógica médica en la cual el psicoanálisis queda silenciado, o tal vez más que silenciado, “fuera de lugar”.

Quizás, este “fuera de lugar” del psicoanálisis se ve redoblado justamente frente al problema de la psicosis, en el sentido de que como señalamos, este constituye un espacio complejo dado que no hay una sola idea de tratamiento ni un edificio teórico común al interior del mismo. La psicosis es un terreno pleno de preguntas para el psicoanálisis, lo cual, frente a la lógica imperante que exige certezas, metodologías estandarizadas y resultados cuantificables, configura un terreno altamente frágil. Tal vez en esta dificultad de legitimar una práctica es que suelen generarse espacios más bien herméticos que no dialogan con otras instancias, lo que a la larga va configurando un círculo vicioso, que genera más y más distancias y malos entendidos.

7.1. ¿Qué lugar existe entonces para el psicoanálisis?

Frente a lo anterior, una respuesta es retroceder y recluirse frente a un mundo que no es capaz de comprender. Es decir, quedarse fuera de los debates públicos y de cómo se están llevando a cabo los programas de salud mental.

“El psicoanálisis, dentro de sus filas, tiene que hacerle frente a las neurociencias por una parte, y por otra—como Arturo a ese hijo popular e ingenuo, nacido del engaño de Morgana, su media hermana—, al “fenómeno psi”. Hacerles frente no engrosando las paredes de su castillo ni los metales de su armadura, sino fundamentando y dando a conocer lo que hace.” (Miranda, 2003, p.160)

Desde este punto de vista, no debiera extrañarnos que el psicoanálisis no sea parte de los discursos estatales de salud mental. Sin embargo, aunque sus planteamientos de base lo hagan eminentemente contestatario y cuestionador del *statu quo*, lo anterior no puede traducirse en un enclaustrarse, o “engrosar las paredes de su castillo”.

Pensamos que es necesario y oportuno llevar a cabo un debate desde el psicoanálisis de cara a la salud mental y de hecho las experiencias de trabajo rescatadas en esta investigación dan cuenta que existe, y que más allá de las

dificultades es posible pensar una clínica psicoanalítica de la psicosis inserta en los modelos tradicionales de atención. Es posible y al mismo tiempo abre la oportunidad de ser parte de los debates en torno a qué salud mental es la que queremos. Una que ubica el problema en un órgano del cuerpo y que no ve más allá, u otra que sea respetuosa de los sujetos y de sus sufrimientos.

Sin embargo, más allá de esta constatación del lugar de exclusión del psicoanálisis, es importante señalar que las prácticas referidas en esta investigación dan cuenta de intentos de inclusión, los que se fundamentan en un rescate de la experiencia de los pacientes y de sus derechos.

Destacan los esfuerzos por hacer un trabajo que reflexiona y se pone en juego frente a las limitaciones del sistema, intentando generar espacios creativos para no quedar fuera. De este modo, se aprecia una búsqueda constante de formas de trabajo que puedan insertarse en los esquemas clásicos de atención, los que no están orientados desde un rescate del psicoanálisis “por que sí”, o de ciertas reivindicaciones territoriales psicoanalíticas, sino que desde un genuino interés por el desarrollo de un trabajo que desde todos los enfoques es altamente complejo. El psicoanálisis entonces ocupa muchas veces el lugar de plataforma, de espacio privilegiado de reflexión, más que el de dispositivo clínico particular. Territorio privilegiado de reflexión frente a un sistema que como hemos visto justamente no tiene entre sus prioridades el pensarse.

En suma, no se trata de hacer del psicoanálisis una ideología hegemónica en las prácticas de salud mental, sino que desde el psicoanálisis sostener una mirada atenta frente a las prácticas que se imponen como universales.

No obstante, antes de proseguir es importante señalar que las voces que aparecen en esta investigación no constituyen una muestra representativa del medio psicoanalítico de nuestro país, ya que forman parte de un pequeño sector que no pertenece a la institucionalidad más clásica ligada a la ICHPA o a la APCH, instituciones que provienen de la mencionada Asociación Psicoanalítica Chilena,

sino que más bien participan en pequeñas agrupaciones o en círculos académicos, que son más cercanas a la escuela lacaniana francesa.

Lo anterior puede explicar también la coincidencia en una mirada crítica frente al abandono de los espacios de acción públicos del psicoanálisis. Esta situación representa una limitación de nuestra investigación, y nos genera la inquietud de ampliar líneas futuras en las que se recojan experiencias de otras voces al interior del mismo psicoanálisis.

7. 2. Consecuencias del modelo actual:

Otro frente de discusión se despliega a propósito de las consecuencias de la implementación de los modelos de gestión en las instituciones de Salud Mental, en las cuales los criterios de eficacia y la presión por el cumplimiento de metas estadísticas han generado una suerte de “taylorización”²⁹ al interior de los servicios de salud mental. El objetivo, bien sabemos, es el aumento de la productividad en todos sus sentidos, cuestión altamente problemática cuando se trata de tratamientos de enfermedades mentales graves.

Se instala entonces una suerte de tecnificación del trabajo, en la cual el trabajador (el psicólogo) es reducido a la labor de un técnico que aplica un procedimiento, en este caso, lo señalado por las Orientaciones Técnicas y las Guías Clínicas vigentes, quedando el saber de la práctica singular del clínico fuera, al mismo tiempo que queda fuera para los mismos pacientes.

Frente a esta situación ha sido señalado en el apartado anterior por ejemplo el problema de la alta rotación y el “burn-out” de los equipos de salud mental. Al parecer, esta automatización del trabajo captura y deja fuera la subjetividad de los psicólogos y de todos quienes son parte de estas instituciones, generando altos niveles de malestar. Es decir, este borramiento de la subjetividad no le acontece solo a los pacientes, sino que también a los psicólogos, entendiendo que la posibilidad de

²⁹ Esta reflexión está inspirada en las exposiciones de la mesa redonda “Prácticas tayloristas en Salud Mental” organizada por el profesor Horacio Foladori el 24/2/2012 en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

pensar el propio trabajo es también la posibilidad de recuperar la experiencia subjetiva frente a éste.

Se podría pensar entonces que tal vez el psicoanálisis constituye muchas veces una suerte de “trinchera”, de intento de resistencia frente a esta cooptación de la subjetividad, y en este mismo sentido, una postura ética frente a los modos de llevar a cabo un trabajo.

7.3. Discurso médico y TCC

“El discurso médico sólo captura la queja por el sufrimiento en la red de signos de ese mismo saber médico. Captura que se materializa por la escritura del síntoma, localizándolo dentro de un síndrome y otorgando sentido a un goce que parece reintegrado por una operación que, como dijimos, rechaza el discurso del enfermo sobre su malestar. Por ello este diagnóstico (el médico), que involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, implica un proceso que excluye el lugar del sujeto, en tanto se halla gobernado por la aspiración científica.” (Thompson, Frydman, Salinas, Mantegazza, Toro & Lombardi, 2006. p.2)

El modelo médico entiende un “caso clínico” como una enfermedad, en una relación de significación en la cual el paciente no está involucrado, sino que está dada de antemano. El objetivo del tratamiento es hacer desaparecer el síntoma, síntoma que no le pertenece al sujeto, sino que a la objetividad de su cuerpo. Lo complejo de esta concepción es que deja afuera al sujeto frente a su propio sufrimiento. Este no tiene nada que decir y es tomado entonces como objeto.

Es así como para el modelo hegemónico, *“correlacionar cada comportamiento alterado, cada falla de la percepción, cada pensamiento irracional o aberrante, con alguna parte de su cerebro alterado, constituye el ideal de una medicina mental positiva y científica.”* (Galende, 2006 p. 91)

Una de las consecuencias de esta localización, por ejemplo de la esquizofrenia como un problema que se encuentra al nivel de los neurotransmisores, es que se silencia completamente la dimensión subjetiva de la enfermedad mental. Gracias al

psicoanálisis sabemos que la locura no sucede porque sí, y que sus modos de expresión no son antojadizos. Desde el planteamiento freudiano de que es posible entender las operaciones delirantes al modo de las formaciones oníricas, aparece la necesidad de escuchar con detención, ya que este pensamiento “irracional y aberrante”³⁰ nos da cuenta del sufrimiento del sujeto.

De este modo,

“El psicoanálisis instala de verdad el problema de la locura en el plano de lo humano y las posibilidades de la razón: Lo comprensible de la razón y lo comprensible de un real que condiciona en el hombre su capacidad de pensar y hacer como ser autónomo. (...) Este hombre psicótico está ligado, como siempre fue, a lo que se piensa de él, en su cultura, en la sociedad que habita, en los dispositivos del saber, incluido el de la ciencia. Ahora es un ser incapacitado, un ser necesitado de cuidados y controles.”(Op. Cit. p. 51)

La lógica actual entiende el problema de la locura en el marco de un problema biológico, entendiendo que su solución depende de todo un sistema de medicalización y control, en la cual el “loco” no tiene nada que decir. El psicoanálisis tiene algo importante que decir: la locura es parte de un problema humano, no de una parte, de un órgano. La locura no le acontece al cerebro, sino que a un sujeto entero.

Es más, para poder llevar a cabo su trabajo, el psiquiatra “debe dejar afuera de su observación lo esencial del drama del loco: su condición de sujeto” (Ibíd., p. 84) quedando al margen de la responsabilidad de su actuar y su devenir, limitándose al mismo tiempo sus opciones de integración genuina a la comunidad.

³⁰ Un ejemplo de la potencia de sentido existente en las operaciones delirantes psicóticas nos muestra la escritora Diamela Eltit en el texto “El padre mío” (1989), en el cual transcribe el delirio de un vagabundo que habita en un eriazó de Santiago entre los años 1983 y 1985. Es interesante cómo en éste se mezclan elementos contingentes, llenos de sentido frente a la realidad política de esos años, con elementos persecutorios. Un pequeño fragmento: “y ahí, en el Hospital Psiquiátrico estuve dos años para silenciarme, por lo que le estoy conversando. Allí fui llevado a la fuerza. Yo fui planeado por asesinato y enfermo mental con las personas que le estoy conversando, el señor Colvin que es el señor Luengo y el Padre Mío, para quedarse con las garantías ilegales de los derechos que le estoy conversando. El señor Luengo, el señor Colvin, el señor Pinochet, el mismo, el se quedó con las garantías ilegales bancarias en complicidad con el Padre Mío, de las representaciones que tienen que ocupar el cargo que ocupaban antes..”

Se instala la norma de “la objetividad del daño”, que se encuentra localizado en la biología, en el organismo. Como nos recuerdan Araya & Leyton (2009), lo anterior implica “desechar la significación social y subjetiva de la enfermedad reduciéndola únicamente a sus aspectos biológicos” (p.2). Se “sacrifica” lo subjetivo, entendiendo de ahora en adelante al individuo enfermo como un cuerpo, un conjunto de órganos.

Lo anterior da cuenta de que el sujeto queda vaciado en la enfermedad mental. Su cultura, su historia, su subjetividad, queda fuera. El sujeto entonces, ajeno a su enfermedad, no es responsable de su padecer y nada puede ni debe hacer por su tratamiento.

Volvemos a la cuestión política, que también es un problema ético en la medida que deja fuera al sujeto y muchas veces sus derechos humanos son puestos entre paréntesis. Se debe depositar toda la confianza y asumir como verdad total e incuestionable lo que sabe el psiquiatra sobre su padecer.

Es en este marco de comprensión que se imponen las TCC, las que serán coherentes con el modelo biomédico en la medida que se entiende un ideal de funcionamiento para los seres humanos. En este sentido, como nos recuerda Parker (2011), las TCC no presentan un problema en sí, sino que lo problemático radicaría en cómo éstas se inscriben en un marco normativo particular, en el cual el problema de la adaptación se torna crucial. Es desde estos marcos conceptuales que conceptos como “empleo” y “felicidad”, se instalan como las características fundamentales de la salud mental. “Dicha serie de significantes, que es reducida a la regla de un “significante-amor”, indica una constelación simbólica a cuyo interior el sujeto debe ser inducido y en la que hay apuestas ideológicas.” (p. 9)

Desde el punto de vista de las TCC, el ser improductivo o infeliz es una condición impensable, frente a lo cual se deberían tomar medidas terapéuticas. Es lo que sucede frente al tratamiento de la esquizofrenia. Vemos en las guías clínicas cómo la función terapéutica de los psicólogos está regida principalmente por el imperativo de la adaptación social. Como hemos visto, las intervenciones están pensadas desde la psicoeducación, con el fin de otorgar herramientas de adaptación a los

enfermos. Lo anterior no constituye lo más “grave”, sino que la gravedad se encuentra en que estos ideales de adaptación carecen de instancias para escuchar, por ejemplo, las experiencias de infelicidad y frustración que vivencian los pacientes esquizofrénicos, justamente frente este imperativo. De algún modo, es el mismo objetivo “terapéutico” de la adaptación y de la inclusión en los sistemas de productividad los que muchas veces redoblan la dificultad de los pacientes graves (y la frustración de los terapeutas por cierto). Ya la locura representa una desadaptación radical y esto debe tener un espacio donde pueda ser expresado y escuchado.

Las TCC tienen de antemano una idea muy específica de lo que debiera ser la “felicidad y el bienestar” para todos. Es decir, llenan un espacio de significado desde un marco normativo en el cual no es posible concebirse desde otros lugares.

Lo anterior no deja de ser problemático, en cuanto se establece una norma también frente a los tipos de intervenciones terapéuticas, reduciéndose las opciones a aquellas que responden a los ideales hegemónicos.

Sin embargo, esta intención de llenar de significado representa un objetivo complejo, sino tal vez imposible a la luz del psicoanálisis, ya que “la perspectiva cognitivista, no más que la comunidad pragmática, no logra detener la fuga del sentido”. (Laurent, 2007 p. 38)

Se monopoliza una idea de salud mental que reglamenta y conduce un tipo de cura, lo cual está a la base de un problema político y ético.

¿Control biopolítico tal vez? Sin duda, ya que se establece una administración de la salud mental en la cual es el Estado quien define qué tipo de terapia me quiero hacer. Me “quiero hacer” y no, “me debo” hacer, dado que el control biopolítico opera incluso frente aquello que regula las opciones de lo “desable”.

Es más,

“se trata de un ideal terrible donde pueden confluír la voluntad de resultado científico y el uso político para establecer un mundo donde la razón justificaría que las reglas sean verdaderos dogmas. Desde Hume en adelante, una tradición escéptica y científica nos enseña a desconfiar de esta concatenación. La escuela de la razón debe separarnos del asentimiento espontáneo que le damos a las

reglas. (...) Todo aquel que trabaja en esta zona de actividades designadas con el término general de “instituciones”, en el área de la psiquiatría, de la salud mental y de la medicina, debiera cultivar esta desconfianza.”(Op. Cit. p 33)

Los aspectos dogmáticos de las prácticas al alero de un ideal pragmático se sostienen en un imperativo de la eficacia y la efectividad, en las que el lugar de la particularidad deviene un artículo de lujo, superfluo e imposible de encontrar. Sin embargo, desde la hipótesis freudiana del inconsciente sabemos “que la particularidad no sólo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto.” (Ibíd. p. 38)

7. 4. ¿De qué inclusión se habla?

¿Dónde queda entonces la posibilidad de ser parte, de estar integrado a la comunidad?

Como vimos, esto muchas veces es entendido desde un criterio territorial, en el que basta que el paciente circule (o más bien deambule) por su barrio, que no salga de esta unidad territorial.

De hecho, en el último tiempo desde algunos enfoques se ha rechazado la palabra *desinstitucionalización* para utilizar *deshospitalización*, ya que la primera sugiere equivocadamente que muchos de los lugares en que acabaron los pacientes no eran instituciones y que estos al haber sido retirados de los hospitales y llevados a su comunidad hubiesen perdido su condición de subordinación al saber médico. (Novella, 2008)

Como señala Miranda (octubre, 2011) se cae en un *modelo híbrido* que

“combina la retórica comunitaria con el modelo de política sanitaria del Banco Mundial. Al mismo tiempo que promueve una serie de principios y valores como el acceso universal, la diversidad cultural, y la participación social, focaliza,

estandariza, utiliza criterios de efectividad naturalistas (a culturales y a sociales) e indicadores de rendimiento que claramente antepone la gestión por sobre la clínica.” (p. 6)

En este modelo híbrido, ¿qué función podría cumplir la comunidad frente a un cerebro enfermo? Lo comunitario se vislumbra como un modo de delegar más bien económico, que surge como alternativa al hospital psiquiátrico, teniendo como premisa la “humanización de los tratamientos”.

Sin embargo, sabemos que el delegar a la comunidad y a la familia no es garantía de mejores condiciones, aunque sabemos también que la apertura de los hospitales permitió que no se siguieran cometiendo las atrocidades detrás de las gruesas paredes del asilo. Sin duda se ha ganado, pero el asunto es un poco más complejo. Los derechos de los locos siguen estando en entredicho y se siguen pasando a llevar, pero ahora las premisas son otras. Tal vez son otras vestiduras, pero la dificultad de hacernos cargo de la locura y la violencia que eso genera permanece.

En esta misma línea queda un gran tema pendiente, que es el de los hogares protegidos, ya que considerando que el Plan Nacional de Salud Mental tiene como uno de sus objetivos “desarrollar una red de servicios de salud mental, eficiente y funcional, orientada en los principios de la Psiquiatría Comunitaria en el territorio de servicio” (Ministerio de Salud, 2000), esta cuestión señala las falencias del sistema de “Red” y las limitaciones del modelo de integración comunitario. Como vimos, en estos se mantiene una lógica cuasi carcelaria, en la que se sanciona a aquellos pacientes que no tienen una red familiar que los acoja, pero que tienen sin duda el derecho de vivir en libertad. Tal vez, en esta misma lógica de ahorro de recursos, es más rápido y económico encerrar a los pacientes que pensar y llevar a cabo dispositivos que respeten sus libertades. De algún modo, queda de manifiesto que las lógicas de entender la locura se encuentran arraigadas en las lógicas alienistas arcaicas, a la vez que se expresa la dificultad de pensar al loco como un ser humano que tiene una subjetividad y que tiene derecho a desplegarla.

7. 5. Lo generacional en la historia del psicoanálisis

Si bien hay poco escrito en cuanto a la historia del psicoanálisis en nuestro país (Arrué, 1991), es posible establecer algunas hipótesis con respecto a los elementos generacionales que son señalados en el apartado anterior.

La “generación anterior” a la que se alude corresponde muchas veces a psicoanalistas de formación psiquiatras, que llevaron a cabo su práctica al interior de espacios institucionales privados y que no se involucraron en los debates ni en los espacios públicos, estableciendo modalidades cada vez más esotéricas de trabajo y cada vez más alejadas de la sociedad chilena.

Al mismo tiempo, existe un grupo de psicoanalistas, la mayoría con formación psiquiátrica también (recordemos que la formación de psicólogos en nuestro país es bastante reciente, y de psicólogos con formación analítica, aún más), que durante los ochentas y noventas se asimila a la tradición médica tradicional y vuelve a trabajar según los marcos biomédicos imperantes.

Este repliegue a espacios privados, consolidó al psicoanálisis como una práctica para cierta élite. Sin embargo no es clara la relación entre el régimen militar y el trabajo de los analistas. Si bien los marcos institucionales “comunitarios” que se desarrollaron durante la U. P. Tenían una clara distancia con respecto al psicoanálisis, lo que podría entenderse dada la cercanía de las instituciones analíticas con la psiquiatría más conservadora, es interesante considerar que existieron instituciones, como por ejemplo ILAS, organización destinada a la atención de víctimas de la dictadura militar, que si bien estuvieron conformados por profesionales con formación analítica, fueron pudorosos frente a situarse públicamente desde el psicoanálisis.

Hoy las coordenadas han cambiado: por un lado se ha ampliado el arsenal farmacológico, algunos psicoanalistas vuelven al ejercicio de la psiquiatría tradicional, y por otro lado, aparece el psicoanálisis lacaniano en Chile. A demás, las nuevas generaciones de analistas forman parte de la entrada de la psicología en el espacio de la salud mental. Se abren muchas escuelas de psicología, desde las cuales se han formado las nuevas generaciones de psicoanalistas. En general, al

interior de estas escuelas, el psicoanálisis se constituye como un polo de atención para una mirada más crítica y académica de la psicología clásica.

Sin embargo, es importante señalar que no existe una postura única ni unívoca del “psicoanálisis” como una unidad. Es más, como hemos visto, desde su llegada a nuestro país, éste no ha constituido una entidad homogénea, sino que se ha instalado desde distintos frentes, los cuales sostienen distintos puntos de vista políticos en cuanto al lugar que debiera tener el psicoanálisis en nuestro país.

En suma, no hay claridad con respecto a la relación entre el psicoanálisis y los diferentes momentos políticos de la historia de nuestro país.

Si bien conocemos la situación en los regímenes comunistas, los que guardaron distancia con respecto al psicoanálisis. Por ejemplo, en la Unión Soviética fue considerado instrumento de dominación del capitalismo y estuvo prohibido hasta la muerte de Stalin en 1953 (Leyton, 2008) y en Hungría, cuna de Ferenczi,

“a partir de la toma del poder por los comunistas y del nacimiento de sistema supuestamente socialista esta tendencia fue decretada como ilegal. Durante esos decenios, los analistas trabajaron en una semiclandestinidad; esta actividad “burguesa y reaccionaria” era mal vista, aunque no fue prohibido su ejercicio en los consultorios privados” (Quétel & Postel, 1990. p. 513)

Sería interesante investigar entonces lo sucedido en nuestro país con respecto a su historia, con el fin de poder tener más elementos de comprensión de la situación actual del psicoanálisis.

7.6. Consideraciones finales:

Se requiere de trabajo para ir más allá de los prejuicios y las burlas, y al mismo tiempo proponer y aportar frente a las maneras de abordar la locura. Es decir, cobra relevancia el realizar investigación y hacerla circular. Es decir, no solo compartirla al interior de los grupos analíticos, sino que hacer un esfuerzo e ir más allá.

Ciertamente, es innegable el efecto de los psicofármacos en los tratamientos de los trastornos mentales severos. Sin embargo se propone no repetir el gesto de “desmentida” que se hace frente al psicoanálisis, sino que entrar activamente en el debate.

Retomando elementos del análisis de esta investigación, se trata muchas veces, más que de psicoanálisis o no psicoanálisis, de rescatar un espacio de respeto y autonomía para el sujeto, sus derechos fundamentales. En el modelo vigente, por más derechos y garantías mencionadas en los documentos públicos, el loco debe someterse al poder del médico. No hay opción.

En el contexto actual en el que la seguridad y la salud constituyen un mercado, y en el que las psicoterapias se ponen en sintonía con una idea de consumo y bienestar, ¿cómo instalar al psicoanálisis —que nos habla del malestar en la cultura como una cuestión estructural— allí donde los discursos dominantes hablan de bienestar y felicidad?

Aquí “se pone de manifiesto una cuestión política y ética, en cuanto las garantías, los controles, y las evaluaciones en nombre de la protección de los usuarios, ponen en cuestión el asunto de la independencia misma del quehacer profesional y su deontología.” (Aouillé et al., 2010, p. 36 [nosotros traducimos])

Es decir, se torna válido preguntarse por qué el Estado debe decidir qué tipo de terapia me quiero hacer. Al establecer un modelo de salud mental, se instala al mismo tiempo la administración de la salud mental, que reglamenta y conduce un tipo de cura: problema político y ético, más allá del psicoanálisis. ¿Control biopolítico?

Nos preguntamos entonces por las consecuencias de este modelo que entiende la enfermedad mental como algo que le pertenece a la anatomía, en una suerte de vuelta a un modelo anátomo-clínico a la Lombroso, que sanciona la naturaleza como la entidad enferma y no se hace cargo de los elementos psíquicos y sociales. Lamentablemente, lo psico-social aparece como algo cosmético y de “buenas intenciones”, más que como una apuesta real de intervención clínica.

¿Estaríamos frente a una vuelta a la teoría de la degeneración?

Cabe preguntarse si no estamos frente al renacimiento de esta mirada que desplaza la problemática de la enfermedad mental al terreno de la herencia, razón por lo que la mirada se dirige hacia la prevención más que al tratamiento.

De acuerdo con Quérel & Postel (2000), en los tiempos de Magnan, quien sistematiza esta teoría,

“existía por ejemplo la idea que por naturaleza, estos especímenes llevarían a la esterilidad, el remedio “por naturaleza de esta desviación y no podrían reproducirse, sin embargo se realizaron legislaciones en cuanto a esterilización y prohibición de matrimonio de aquellos identificados como enfermos mentales. Magnan además propone un modelo neuroanatómico en la jerarquiza las funciones. A cada lesión corresponderá una patología precisa y constante. ” (p. 229)

Pero lo anterior no parece tan ajeno a nuestros días. Si bien hay un largo camino recorrido desde esta concepción de enfermedad mental, la eugenesia y la idea de control biológico del cerebro, nos llama a poner la alerta frente a las consecuencias de dejar de lado al sujeto.

Sin embargo, como advierte Miranda: “*Gracias a la providencia, los pacientes hacen síntomas, es decir, no se mejoran con lo que deberían, o les duele ahí donde no hay nada. Eso mantiene viva la clínica.*” (Miranda, octubre 2011, p. 6)

De hecho, se podría pensar finalmente que, como lo indican Gori & Del Volgo,

“el psicoanálisis nació de esta necesidad de deber reconocer un resto irreductible a la lógica médica y a su saber anatomofisiológico. A este título, y pese a las derivas ideológicas y prácticas que pudieron ser realizadas en su nombre, el psicoanálisis se ha revelado como ‘la primera forma de la antipsiquiatría’. Constituyó un proyecto de ‘desmedicalización’ de los diferentes fenómenos psicopatológicos que las grandes semiologías psiquiátricas del siglo XIX habían considerado como enfermedades” (2008, p. 212)

Es que, como lo sostiene Foucault (1998), Freud realizó algo más que un descubrimiento:

“Freud volvía a tomar a la locura al nivel de su *lenguaje*, y reconstruía uno de los elementos esenciales de una experiencia acallada por el positivismo [...]; restituía al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con la sinrazón [...]. No se trata de psicología lo que se trata en el psicoanálisis, sino precisamente de una experiencia de la sinrazón que la psicología del mundo moderno tuvo por objeto ocultar.” (p. 529)

Algo de ese diálogo es necesario mantener en la relación con la locura para que, más allá de su eficacia, el abordaje de la salud mental no se disuelva en una tecnología desprovista de consideración de aquello que constituye el fundamento de toda orientación respetuosa de los derechos de los pacientes, a saber, la radicalidad de la subjetividad.

Referencias Bibliográficas:

- Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia: trayectorias de adolescentes* (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Chile.
- Aceituno, R. (2011). *Futuro anterior. Historia, clínica, subjetividades*. Santiago de Chile, Ed. Universitaria.
- Alonso, U. & Bettini, M. (2000). Perspectivas actuales entre neurociencia y psicoanálisis. En: *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* N° 20. Obtenido en: <http://www.sepyrna.com/articulos/perspectivas-actuales-neurociencia-psicoanalisis>
- Andahur, E. & Bornhauser, N. (2009) Acerca de la configuración de la locura en el Chile decimonónico. *Revista Austral de Ciencias Sociales*. 17: 111-126
- Araya, C. & Leyton, C. (2009). *Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950*. Obtenido en: <http://nuevomundo.revues.org/index52793.html>
- Área de Psicología Clínica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011). *Análisis del Documento: "Estrategia Nacional de Salud Mental: Un salto adelante"*. Obtenido en: <http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones.html>
- Arensburg, S. (2011). *Dispositivo jurídico y tramas de calificación victimal. Estudio cualitativo: víctimas de delito y ruta procesal penal en Chile* (Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología social). Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Social, España.
- Arrué, O. (1991). Orígenes e identidad del movimiento psicoanalítico Chileno. En E. Casaula, J. Coloma & J. F. Jordan, (eds.), *Cuarenta años de psicoanálisis en Chile. Biografía de una sociedad científica* (vol, 1, pp. 25-51). Santiago, Ed. Ananké.
- Aouillé, S., Bruno, P., Chaumon, F., Lérès, G., Plon, M. & Porge, E. (2010). *Manifeste pour la psychanalyse*. París, Ed. La Fabrique.
- Barenblit, V. (2000). La evolución de la práctica psicoanalítica con pacientes psicóticos. Ponencia presentada en VIIIème Reencontré Internacionales de la

- Association Internacionales d'Histoire de la psychanalyse. Versailles, Francia, julio 2000)
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires, Ed. Topía.
- Bion, W. (1996). *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires, Ed. Lumen – Hormé.
- Bourdieu, P. (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, Ed. Anagrama.
- (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, Ed. Anagrama.
- Capetillo, J. (julio 2005). Psicosis y psicoanálisis. Conferencia Congreso “Temas selectos de Psiquiatría y Psicología Médica”, Facultad de medicina Xalapa. México, Xalapa
- Castel, F. Castel R. & Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo americano*. Barcelona, Ed. Anagrama.
- Castel, P. H. (2003). *L'expertise INSERM sur les psychothérapies : ses dangers, réels ou supposés. Version allégée d'une conférence au Congrès de Dijon 2003 de la Société de l'Information Psychiatrique*. Obtenido en: <http://pierrehenri.castel.free.fr/>
- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- Castillo, C. (2011). *Construcción de subjetividad en relatos biográficos en torno a la enfermedad y el tratamiento de usuarios de un hospital de día para trastornos psiquiátricos severos* (Memoria para optar al título de psicólogo). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Chile.
- Desviat, M (2006). La antipsiquiatría: Crítica a la razón psiquiátrica. *Rev. Norte de Salud Mental*, 4(25), 8-14. Obtenido en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-25/008-la-antipsiquiatria--critica-a-la-razon-psiquiatrica.pdf>
- Davoine, F. & Gaudelliére, J. M (2011). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Buenos Aires, FCE.
- Díaz, F. (2010). *Reforma psiquiátrica y el tratamiento de pacientes psicóticos en Chile. Consideraciones sobre una administración biopolítica de la locura* (Memoria para optar al título de Psicólogo). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Chile.
- Díaz, F., Erazo, J. & Sandoval, C. (2008). Actuales Políticas Públicas para la

- Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 17(1), 9-37.
- Eidelsztein, A. (2001). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (vol. 1). Buenos Aires, Ed. Letra Viva.
- Eltit, D. (1989). *El padre mío*. Santiago de Chile, Ed. Francisco Zegers
- Fansten, M. (2006). *Le divan Insoumis. La formation du psychanalyste : enjeux et idéologies*. Paris, Ed. Hermann.
- Fenton, M. & Malmberg, L. (2008). Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves. *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2). Obtenido en: <http://summaries.cochrane.org/about-site>
- Fernández, J. M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, (18), 7-31. Obtenido en: <https://portal.ucm.es/web/publicaciones>
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica* (vol. 1 y 2). México, Ed. FCE.
- Foucault, M. (1999). La locura y la sociedad. En *Obras esenciales* (vol. 3, pp. 73-95). Barcelona, Paidós.
- Freud, S. (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obras Completas* (vol. 3, pp. 157-184), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1905 [1904]). Sobre psicoterapia. *Obras completas* (vol. 7, pp. 243-257), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1914). Introducción del narcisismo. *Obras completas* (vol. 14, pp. 65-98), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1915). Lo inconsciente. *Obras completas* (vol. 14, pp. 153-233), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1924[1923]), Neurosis y Psicosis. *Obras completas* (vol. 19, pp. 151-160), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1924), La pérdida de realidad en las neurosis y las psicosis. *Obras completas* (vol. 19, pp. 189-198), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1925 [1924]), Las resistencias contra el psicoanálisis. *Obras completas* (vol. 19, pp. 223-235), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.

- (1926), ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. *Obras completas* (vol. 20, pp. 165-242), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- (1930), El malestar en la cultura. *Obras completas* (vol. 21, pp. 57-140), Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1990.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, Ed. Morata.
- Frieda Fromm-Reichmann (1981). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniaco-depresivos*. Buenos Aires, Ed. Hormé
- Frydman, A., Lombardi, G., Mantegazza, R., Salinas, L., Toro, C., & Thompson, S. (2006). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*, 14, 103-110.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Paidós.
- (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires, Ed. Lugar.
- Ganzaraín, R. (1953) Contribución al estudio de la psicoterapia de la esquizofrenia. En E. Casaula, J. Coloma & J. F. Jordan, (eds.), *Cuarenta años de psicoanálisis en Chile. Biografía de una sociedad científica* (vol, 1, pp. 189-230). Santiago, Ed. Ananké.
- Gonzalez, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. *Index Enferm*, 18(2), 121-125. Obtenido en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200012>.
- Grau, O., Delsing, R., Brito, E. & Farías, A. (1997). *Discurso, Género y Poder. Discursos públicos: Chile 1978-1993*. Santiago, Ed. Lom.
- Gori, R. & Del Volgo, M. J. (2008). *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. Paris, Ed. Denoël.
- Ibáñez, J. (1994). *El regreso del sujeto*. Santiago, Ed. Amerinda.
- Iñiguez, L. & Antaki, Ch. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología* 44, 57-75.
- Iñiguez, L. (ed.) (2003). *Análisis de discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona, Ed. UOC.
- Klein, M. (1983). *Psicoanálisis del Desarrollo Temprano*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1984). *El Seminario. Libro 3, Las psicosis (1955-1956)*. Buenos Aires, Paidós.

- (1966) Psicoanálisis y medicina. *Intervenciones y textos* (2002). Buenos Aires, Ed. Manantial
- (2003). *Escritos I*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.
- Lacas, M. L. (1994). El desconocido en casa: lo que hace transferencia en la psicosis. En: Cadoret, M., Calligaris, C., Demangeat, M., Frignet, H., Lacas, M. L., (1994). *El abordaje de las psicosis después de Lacan*. (pp 25-44). Buenos Aires, Ed. Kliné
- Laurent, E., Furman, M., Scheinkestel, A., Skiadaressis, R., Yellati, N., Carofile, A. & Stagnaro, J. C. (2007). *Psiquiatría y psicoanálisis*. Buenos Aires, Ed. Grama.
- Leichsenring F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *Int J Psychoanal*, 86(3), 841-68.
- Leyton, C. (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. En: Revista Frenia VIII: 259-276
- Mack Brunswick, R. (1928), Suplemento a la "Historia de una neurosis infantil". M. Gardiner (comp.), *El Hombre de los Lobos por El Hombre de los Lobos* (pp. 179-221), Buenos Aires, Nueva Visión, 1983.
- Marchant, M. (2002). *Invitación a la experiencia clínica en el Centro de Salud Mental "Casa del Cerro"*. Lineamientos de Casa del Cerro e invitación a ser miembro de su historia. Obtenido en: <http://capc.casadelcerro.cl/?cat=6>
- Marinas, J. M. (2001). *La fábula del bazar. Orígenes de la cultura del consumo*. Madrid, Ed. A. Machado Libros.
- Michaud, G. (2002). *Figuras de lo real*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión
- Miller, J. A (2005). *La respuesta del psicoanálisis a las terapias cognitivo-conductuales*. Obtenido en: <http://www.nel-amp.com/bl/bl03/periscopio1.html>
- Ministerio de Salud (1995). *La carga de enfermedad en Chile*. Obtenido en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/lnffin-carga-enf.pdf>
- (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Obtenido en: <http://www.psiquiatriasur.cl>
- (2005). *Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de personas afectadas de Esquizofrenia*. Obtenido en: <http://www.psiquiatriasur.cl>
- (2009). *Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Santiago, MINSAL.
- (2011a). *Acceso Universal Garantías Explícitas (AUGE)*. Obtenido en: http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/presentacion.ht

- [ml](#)
- (2011b). *Estrategia Nacional de Salud Mental: Un salto adelante. Propuesta para una construcción colectiva* [Documento de trabajo]. Obtenido en: <http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones.html>
- Minoletti, A. (2005). *Cumplir con la Declaración de Caracas...asegurar la Implementación de los Planes Nacionales de Salud Mental*. Obtenido en: <http://www.psiquiatriasur.cl>
- Minoletti, A., Rojas, G. & Sepúlveda, R. (2010). *Notas sobre la historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile*.
- Minoletti, A & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5). Obtenido en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/topden.php?list=hit>
- Miranda, G. (2003). *Jacques Lacan y lo fundamental del Psicoanálisis*. Santiago de Chile, Ediciones UCSH.
- (octubre, 2011). Políticas de salud mental, malestar en la cultura y psicoanálisis. En R. Aceituno (presidencia) *Políticas del malestar y prácticas contemporáneas*. Presentación realizada en el II Coloquio Chileno-Francés de Psicoanálisis, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Muñoz, E. (2009). *Enfermedad mental y delincuencia*. Obtenido en: <http://psicologiajuridica.org/archives/54>
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia*, 8(1), 9-32.
- Olivos, A. (2002). *Esquizofrenia, Música y terapia de grupo* (Memoria para optar al título de Psicólogo). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Chile.
- OMS (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Sí a la atención, no a la exclusión*. Obtenida en: <http://www.who.int/features/qa/43/es/index.html>
- ONU (2012). *Declaración universal de los derechos humanos*. Obtenida en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Ortiz, A. (2000). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: M. García, M. Ferrando, J. Ibáñez & F. Alvira (2000). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación* (pp. 171-204). Madrid, Ed. Alianza.

- Parker, I. (1991). Psicoanálisis y sociedad: subjetividad y psicología social. En: N. Correa de Jesus, H. J. Figueroa & M. M. Lopez (eds.) *Coloquio Internacional sobre el Imaginario Social Contemporáneo (ponencias)*, San Juan, Universidad de Puerto Rico (pp. 31-40). Obtenido en: http://www.discourseunit.com/publications_pages/publications_papers_parker.htm
- (1996). Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana. En A. Gordo-Lopez & J. L. Linaza (eds.) *Psicologías, discursos y poder. Metodologías cualitativas, perspectivas críticas* (pp. 79-92). Buenos Aires, Visor.
- (2011). Psicoanálisis lacaniano y terapia cognitivo-conductual: vacíos. En: Teoría y crítica de la psicología. 1, enero 2011. Obtenido en: <http://www.teocripsi.com/2011/1/parker1.pdf>
- Pujal, M & Pujol, J. (1995). Discurso, Orden Social y Relaciones de Poder. Una Propuesta y su Ejemplificación en el Discurso sobre La maternidad. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5(1/2), 165-184.
- Quétel, C. & Postel, J. (2000). *Nueva historia de la Psiquiatría*. México, Ed. FCE.
- Quintero, J., Barbudo del Cura, E, Lopez-Ibor, M. I. & Lopez-Ibor, J.J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al Tratamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 236-250. Obtenida en: <http://actapsiquiatria.es/repositorio/13/.../13-72-ESP-236-250-130260.pdf>
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, Ed. Aljibe.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1999). *Diccionario de Psicoanálisis*. España, Ed. Paidós.
- Séchehaye, M. (1988). *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*. México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Servicio Nacional de la Discapacidad (2006). *Resultados de la encuesta de caracterización socioeconómica nacional, casen 2006 discapacidad*. Obtenido en: http://www.senadis.gob.cl/centro/encuesta_casen2006.php
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza R., Toro, C., Lombardi, G. (2012). *El proceso diagnóstico en psicoanálisis*. Anu. investig. [revista de Internet] Obtenido en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100041&lng=es.
- Van Dijk, T. (2001). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Atenea*

Digital, (1), 18-24. Obtenido en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2466>

Villarino, H. (2006). *La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización*.
Rev GU, 2(1), 47-54

Wiesenfeld, E. (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Obtenido en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002303>.