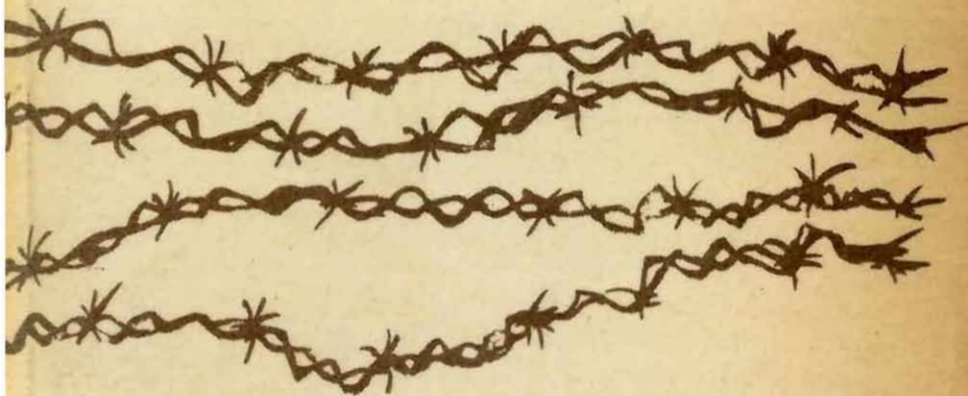



sylvia marcos
coordinadora

manicomios y prisiones



 ediciones

sylvia marcos

coordinadora

manicomios y prisiones

Aportaciones críticas del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, realizado en la ciudad de Cuernavaca del 2 al 6 de octubre de 1981.

 ediciones

Traducción del italiano: Eliana Baytelman
Traducción del francés: Olivier Debroise y Jean Robert
Traducción del inglés: Leslie Pascoe y Pilar Campesino
Traducción del portugués: Luis Zapata.

Fotografías de Enrique Torresagatón, Mario Vázquez,
Martín Zapata, Martha Peach y Félix Guattari.
(Agradecemos a estos fotógrafos el material proporcionado
que lamentamos no cubriera la totalidad de personalidades
presentes en el encuentro)

Consejo Editorial: Pilar Campesino, Jean Robert, Luis
Zapata, Arturo Galván, Teresa Doring, Francisco Mora,
Sylvia Marcos.

© Red-ediciones

1a. edición agosto 1983

La presentación y composición tipográfica son propiedad
de los editores.

INTRODUCCION

América Latina: tortura, represión sangrienta, hambre consuetudinaria... y sueño inconcluso de vivir un continente de plenitud, donde el hambre no mordiera las entrañas de tantos seres, donde el frío y la muerte no diezmaran a miles de inocentes.

Aquí presentamos la "salud mental" del pobre latinoamericano, la disyuntiva de los profesionales psi en esta colección de países convulsionados por los dolores de parto que anuncian el nacimiento de una nueva sociedad:

América Latina hoy
La psicología hoy
La psiquiatría y la anti-psiquiatría

y nuestros colegas compañeros de lucha en Europa y Estados Unidos también unen sus voces a las nuestras.

Aquí presentamos ese coro polifacético, multicolor y heterogéneo. Aportaciones de los disidentes de la vida cotidiana, los ex-maltratados psiquiátricos y también de aquellos que luchan por destruir la locura de la extorsión cotidiana de millones de seres míseros de América Latina.

Las víctimas de torturas y crímenes políticos perpetrados con el auxilio de las técnicas psi, Reginaldo Hernández de El Salvador, Beatriz Aguad y Laura Bonaparte de Argentina, Jorge Mario Flores de Guatemala, Giovanni Jervis de Italia, exponen esta temática.

Robert Schwebel de EE.UU., Antonio Slavich de Italia, Alvaro Villar Gaviria de Colombia, Antonio Simone de Brasil, Eduardo Cooley, Mario Campuzano y Teresa Doring de México, entre otros, presentan las posiciones críticas de los profesionales ante sus propias técnicas.

La clásica pugna: revolución macrosocial vs. revolución personal fue ejemplificada por los participantes mismos. El énfasis se transfirió de un polo al otro, cada día y en cada taller, en los debates interminables y en las estrategias de acción latinoamericanas: feminismo, homosexualidad y frentes de liberación de Guatemala y El

Salvador. Alvaro Osio, Félix Guattari y Raúl Olmedo presentan ese tema: revolución colectiva, revolución individual.

Se muestra la articulación de una lucha antinstitucional europea y latinoamericana; aquélla principalmente francesa e italiana, representada por participaciones de Guattari, Castel, Rotelli, Slavich, es confrontada con la realidad latinoamericana tan diversa. Claudio Martini elabora sobre estas diferencias y las aportaciones del Hospital de Boyacá de Colombia, del Hospital de Barbacena en Brasil y de Procesos de Acción Comunitaria en México complementan esa unicidad sacudiéndose los esquemas y estereotipos de una lucha importada de "occidente".

El documento de conclusiones expresa las generalidades del movimiento internacional y las particularidades de Latinoamérica esclareciendo también nuestras particularidades internas en Colombia, Brasil, México, Perú, Honduras, El Salvador, Guatemala, Argentina, Uruguay, Chile... y Cuba también. **Solución en tránsito**, como las técnicas alternativas ejemplificadas aquí, "no una psiquiatría alternativa" (puntualizaba Franco Basaglia a Silvia Berman en septiembre 1978 en Cuernavaca) sino una "alternativa a la psiquiatría", no una "técnica" más sino la lucha por la "transformación de la sociedad". No es tan importante cómo concebimos el mundo y lo estudiamos sino cómo lo transformamos.

Marzo, 1983

Sylvia Marcos.



AGRADECIMIENTOS

Nuestro encuentro fue el resultado de la planeación y acción conjuntas y cooperativas de una multitud de personas. Queremos agradecer a todos y cada uno de los que nos brindaron su apoyo y entusiasmo.

La organización colectiva y la donación económica voluntaria, lo mismo que de tiempo, permitieron un Encuentro Internacional totalmente autofinanciado y exento de compromisos ideológicos.

Agradecemos particularmente a: José Ma. Calderón, Cayetano Llovet, Francisco Gomezjara, Raúl Olmedo, Franco Rotelli, Lorenzo Toresini, Antonio Slavich, Vieri Marzi, Robert Castel, Félix Guattari, Gena Mc. Carthy, Augusto Murillo, Dan Fisher, Vera Comussi, Ardis Kartz, Ana Pitta Hoisel, Darío Páez, Edith Silva, Roberto Faustino de Paula, Ma. Regina Barbosa, Cristina Gúeiros, Gabriel Figueiredo, Yves Marie Gourio, Paulina Macías, Carlos Arango, Rainer Nathow, Mario Guzmán, Guillermo Toriello, Toyoko, Emma, Guillermo Ruiz, Nora Wayman, Maruca Peniche, María Burchard, Brenda Salguero, Filadelfia Peredo, Martín Zapata, Luis Zapata, Olivier Debrouse, Martha Peach, Leslie Pascoe, Carmen Durán, Katia García, Héctor Ramos, Armando Brito, Alicia Echeverría, Ethel Krause, Adip Sabag, Francisco Huerta, Jorge Adalberto Luna, Federico Schaeffer, Koos Koster, Manuel Quinto, Jorge Barragán, Jean Robert, Bernardo Baytelman, Marilyn Mc Gee, Doña Lola, Julián Castillo, Ruth Piedrasanta, Margarita Vallejo, Ma. del Rosario Calderón, Ricardo Olmedo, Víctor Manuel Fernández, Fernando Turrent, Víctor Manuel Muñoz, Servando Mier, Nicolás Martínez, Eulogio Romero, Eduardo Cooley, Sonia Riqueur, Lillian Lieberman, Lucero González, Bertha Hiriart, Blanca Poblano, Gerardo Pacheco, Ma. Elena de Luca, Ana Alicia Solís, Teresa Doring, Fernetich Boris, Gorki Buentello, Mari Aragón, Juan Camacho, Mark Lammerinck, Melquiades Egido, Pilar Torija, Humberto Mussachio, Robert Schwebel, Javier Molina, Guadalupe Irizar, Marina Costa, Cristina Cavalcante, Ornella Ridone, Eliana Baytelman, Claudio Martini, Rodrigo Rama, Jesús Peredo, Ana Amuchástegui, Martha Rivas, Jenny Diner, Eugenia Vilar, May Brooks, Harriet Goff, Ann Ried, Cristina Benítez, Claudio Romanini, Elsa Gesino, Eduardo Camacho, Manuel Ocaña, Sara Lovera, Gabriela Videla, Antonio Félix, Leopoldo Escobar, Dora Kanoussi, Dulce Pascual, Concepción Fernández, Jorge Barudy, Carmen Vieytes, Reginaldo Hernández, Wade Hudson, Leonard Roy Frank, Raquel Baron, Bernardo Jiménez, Luz Helena Sánchez, Pat Wynne, Fred Masten, Daniel Herrera, Pedro Novelo y Doménico Casagrande.

El Comité Organizador:

Rocío Suárez, Beatriz Herrera, Elena de Florencia, Esther Shubish, Esperanza Salguero, Arturo Galván, Paulina Salgado, Rebeca Molina, Julieta Cárdenas, Rafael Cárdenas, Griselida Quezada, Sylvia Marcos, Pilar Campesino.

INSISTIMOS

Insistimos en separar nuestro movimiento del llamado "antipsiquiatría" sin negar que emergimos de él y que es parte de nuestro pasado. Pero queremos destacar que nuestra posición no pretende eludir las connotaciones políticas de la "enfermedad mental"; ésta se da en un contexto histórico-social y no pretendemos "curarla" como fenómeno individual subjetivo. No pretendemos que el viaje hacia la locura sea una solución ni que la existencia de pequeñas células —comunidades terapéuticas— elitistas, económica y culturalmente, al margen de la macro estructura, sean nuestra respuesta.

La antipsiquiatría fue el comienzo de un movimiento crítico; fue un decir **no** a la expropiación de la salud mental por los técnicos de ella, un **no** a la masificación idiotizante de los fármacos, un **no** a la represión brutal en los manicomios, **no** a los electroshocks, **no** a la normalización de los valores de la sociedad capitalista (burguesa), **no** a la interpretación de la locura como mala intrínsecamente, **no** a la "normalidad" enajenada.

Nuestro movimiento de alternativas a la psiquiatría coincide aún con estos planteamientos, pero ahora, después de dicho ese **no**, nos preguntamos: ¿Qué? La búsqueda de alternativas es nuestro proyecto político. ¿Se pueden dar éstas sin un cambio social radical? ¿Cuáles son sus limitaciones? ¿Se puede lograr un proyecto político desde dentro de nuestras posiciones antinstitucionales psicológicas y psiquiátricas? Las experiencias de los compañeros italianos, brasileños, colombianos, mexicanos, franceses, norteamericanos, cubanos, salvadoreños, guatemaltecos, chilenos, uruguayos y argentinos brindaron aportaciones, perspectivas, críticas y propuestas concretas.

Al reafirmar nuestras diferencias con respecto a la antipsiquiatría, nuestro interés no es el de acuñar un nuevo término. Esperamos lograr que nuestro movimiento sea reconocido por la inserción que hacemos, en nuestros cuestionamientos, de las condicionantes sociales y políticas.

EN RECUERDO A FRANCO BASAGLIA

Sylvia Marcos

Lo conocí en enero, en 1974 en Cuernavaca. Gesticulaba y a través de su atrayente personalidad, su voz cálida explicaba al público del Seminario de Illich, los avatares de su lucha. . . Siete procesos legales contra él. El, el director psiquiatra, dueño del libre albedrío de 847 locos de la provincia de Trieste. Siete de ellos habían cometido atropellos contra la ley y él, naturalmente, era responsable. Responsable por haber abierto el hospital, por haber abierto las rejas, por haber quitado las camisas de fuerza, por haber abolido las drogas masivas. Y lo decía ahí. . . con tanto desenfado, tan campante. . . sonaba divertido y truculento. . .

"¿Oíste al italiano ése? Tiene siete procesos legales contra él. . . ¿Ya hablaste con él? . . . Tienes que conocerlo. Es de la 'antipsiquiatría' italiana. . ." Eran los murmullos habituales en los pasillos del CIDOC, donde uno se cruzaba con Rosellini y su hijo, con Jan Nordman de la Philadelphia Association, colaborador de R. D. Laing, con luchadores políticos latinoamericanos, con don Sergio Méndez Arceo y muchos más. . .

Había que oír a ese italiano simpático y alegador que además llevaba a la práctica sus posiciones antinstitucionales.

"Anoche estuvimos en las **Nohecitas**. . ." decía Franco y yo, ingenuamente, creí que él confundía "Nohecitas", con "Mañanitas", el conocido restaurante de Cuernavaca. Sin embargo, era yo quien ignoraba que también existía en aquel momento otro local, cuyo nombre era "Nohecitas". Tomábamos café, discutíamos en grupo, a veces en mi casa hasta altas horas de la noche. . . Me angustiaba no entender bien el italiano. Trataba de profundizar en el tema nuevo: más allá de la antipsiquiatría de Laing y Cooper. En mi desesperación por tener que checar tarjeta —a la belga con Betsie Hollants en Cidhal— a las 8 de la mañana del día siguiente, no lograba entender lo que me decía. . . Pero sabía que era importante, sabía que era el eje del motor en la vida de ese hombre atractivo y simpático que había dado todo de sí a su causa. Sabía que valía la pena tratar de entenderlo pese a aquel idioma italiano que se volvía confuso a fuerza de querer convertirse en español, pese a lo difícil de la hora para concentrarse y pese a la novedad del enfoque.

"Sylvia, vieni a Trieste"; me invitaba a su hospital abierto y yo debía ir, comprobar la praxis. "Es el único ser que no permite distancia entre su praxis y su discurso", expresan bellamente los yugoslavos de Belgrado, Lepa y Sasha.

"Vieni a Trieste Sylvia. . ." Y yo llegué a los pocos meses.

"¿Sabes, Sylvia? Mi trabajo es un trabajo suicida".

Lo veo aún, de pie, con ojos profundamente angustiados. . . teniendo como fondo la Oficina de Admisiones del Hospital de Trieste. . . "Mi quehacer destruye el manicomio. . . y el quehacer de todos los aquí inmersos. . ." Y recuerdo las visitas formales al presidente de la Provincia de Trieste, compromiso histórico, su compromiso. . . ¿su interna pugna? Y los autónomos. . . Trieste 77, cinco mil participantes al III Encuentro Internacional de la Red de Alternativas a la Psiquiatría.

Visitamos el templo de Tepoztlán y Franco queda embelesado ante la imagen colonial de un Cristo de brazo en escuadra, extraño Cristo de la tradición católica. . .

Viajamos también a Puebla, Santa Ana. La UAP, mi alma mater, nos recibió. ¿Cómo no llevarlo allí? Con Víctor Fernández visitamos el Hospital Universitario. Eramos un puñado de diez personas. Basaglia no había sido descubierto aún. Se deprime frente a los ensayos de reinserción social del "loco", sin cuestionamiento radical de la función social y política del hospital psiquiátrico.

De regreso, a las dos de la mañana, asoma su generosidad —"Yo conduzco Jean"— para repartir la carga de 500 kilómetros de carretera. Cuarteto extraño aquel que formábamos con Jan Nordman, el inglés de "Laing", Jean Robert —del "gran hospital psiquiátrico que es toda Suiza", como decía Franco—, el mismo Franco y yo, la mexicana.

Terminamos hablando francés, pero el francés de Franco, claro; de ese hombre tan poco dotado para hablar lenguas ajenas y tan talentoso para **entenderlas todas**. Nos contaba riendo su experiencia en un congreso de psiquiatras en Baden, Alemania. El hablaba francés. . . eso había prometido a los del congreso. Franca, su esposa, escuchaba al traductor quien repentinamente dijo: "No se entiende nada de lo que dice este hombre, pero es muy interesante".

Así me pasaba a mí en aquellos días con mi incipiente italiano. . . Y era muy importante entenderlo. . . su voz, sus manos, sus ojos, sus gestos y la postura de cuerpo pesado y etéreo al mismo tiempo lo decían, allí conmigo en la charla de dos o en el Congreso de Alemania o en París o dondequiera que su ser amplio y vital dejaba su esencia para prolongar su obra. Es muy importante, me decía a mí misma, tratar de entenderlo. . . Y conocerlo. . . como a través de aquel incidente con el coche mientras Franco iba al volante. Iba cansado, casi no se veía en la noche y atropelló a un conejo que luego Jean sostuvo en sus manos, moribundo. "Franco, mávalo, tu sei médico". . . y las disgresiones filosófico-políticas del poder del médico para matar. . . "Mávalo, tu sei médico". . .

Al llegar a casa a las 4 de la mañana, Franco dormía sobre el



Franco Basaglia.

tapete de la sala. Se acomodaba con sencillez y sin remilgos, sin pretenciones. . .

En el 78 en Cuernavaca, en la introducción a un encuentro, dijo: "Sylvia lo ha dicho bien, no venimos a traer nuestro 'Italian way of life'. La lucha contra el manicomio es la lucha contra la miseria (. . .) América Latina debe resolver los problemas de América Latina. Los intelectuales europeos toman a América Latina como laboratorio del que tratan de sacar provecho para sus propias elaboraciones intelectuales. . . Fracasarán si la lucha de los técnicos no está ligada a la lucha del pobre".

Y lo último que le oí. . . "Sylvia, qué cosa bruta a passato". Se refería a la muerte accidental de Rocio Perasa en su casa, en Venecia, mi compañera querida, la pérdida dolorosa. . . y su voz de nuevo: "Sylvia, en esta situación política y social que vivimos en Italia, lo único que me apoya es saber que hay amigos como tú. . ."

En mayo de 1980, Franca Ongaro, participante en un Congreso de la UAP, recibe un llamado urgente de sus hijos para que fuera al lado de su marido. Creíamos que estaba ya moribundo. Sin embargo pasaron tres meses antes de que llegara el telegrama fechado: agosto 30 de 1980, Venecia, Italia: "Franco e morto", firmado Franca.

Parecía que siempre supo que viviría poco —pensé—. Vivía cada momento como si fuera el último.

La selección de sus escritos, que arrojó más de un millar de páginas —**Scritti I y II**—, podría sorprendernos. El político, activista, militante ¿cuándo tuvo tiempo? La colaboración preciosa de Franca Ongaro fue imprescindible, pero Franco Basaglia tenía toda una elaboración teórico filosófica que fundamentaba su acción política y jamás permitió la reducción de su ser a sólo uno de estos pcos.

"Nuestra tarea es, por tanto, difícil. Pues los intelectuales —y todos los que participamos en esta reunión lo somos—, comemos en la misma mesa y prohibimos al interno que venga a la nuestra desde la que determinamos cuál comida es buena y cuál es mala para ese interno, cuando lo que debemos hacer es simplemente invitarlo a sentarse con nosotros. No es que el pobre tenga que venir a la mesa del rico, sino que el pobre tiene que poner su propia mesa, que es la mesa de la liberación. . . Todos debemos tener acceso a la posibilidad de la vida; todos debemos consumir los recursos de la existencia. Si actuamos de este modo, si afrontamos en esta forma la realidad, erradicaremos el pesimismo de la razón. El intelectual tiene el pesimismo de la razón y hacer política quiere decir tener el optimismo de la práctica".

El hondo recuerdo que nos dejó Franco Basaglia por la profundidad y calidad de su lucha, ha sido en gran medida inspirador de la realización de este encuentro en Cuernavaca, en 1981. Es por ello que he querido recordar su presencia, reteniendo aquellos detalles que retrataron a este hombre completo, a este incansable luchador.

INTRODUCCION AL PRIMER ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRIA

Sylvia Marcos

Este encuentro ofrece coyunturas importantes. Por una parte, es un foro en el que la participación se da dentro de un amplio espectro: el del poder técnico, representado por todos los que estamos profesionalizados —psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas— y el de los que han padecido nuestro quehacer médico o psicológico: los exmaltratados psiquiátricos, mexicanos y norteamericanos, que tomarán la palabra para expresar su propia lucha. Estamos aquí oprimidos y expresores; los que luchan por ellos mismos y los que queremos que nos acepten como sus colaboradores. Necesitamos foros autónomos en donde los psiquiatrizados, los marginados, las mujeres, los homosexuales, los diversos oprimidos, podamos hablar de nuestras luchas sin mediatizaciones salvadoras.

El daño cerebral orgánico causado por las drogas psiquiátricas, que se expresa frecuentemente a través del síntoma llamado **dyskinesia tardía** (movimientos involuntarios de los músculos de las piernas, brazos, lengua, mejillas y labios) producto de uno de los tantos abusos del poder psiquiátrico que analizarán compañeros como Leonard Roy Frank, Wade Hudson y Fred Masten, activistas de los derechos de los pacientes mentales en EE.UU.

La muerte de pacientes internados en hospitales psiquiátricos, ahogados al estar comiendo y/o por contracción del vómito en ese momento, nos permite ver con lucidez de qué manera son inducidos los oprimidos y los marginados del sistema social a la tortura y a la muerte.

Es inevitable recordar la situación de los militantes políticos en América Latina. La opresión se expande; la conducta tiene que ser controlada, la del desviado, disidente de la vida cotidiana, y la del disidente de la macroestructura social, el oponente político.

Los métodos no difieren. La tecnología psiquiátrica (electroshocks y fármacos), la tecnología psicoanalítica (identificaciones, transferencias a figuras paternas) y la tecnología psicológica (el

condicionamiento operante como la aplicación del reforzamiento y el castigo), están todas ejemplificadas en los documentos del taller **Tortura, represión y exilio en América Latina**. El uso cada vez más sofisticado de estas técnicas para extraer información y para torturar mejor es indignante más allá de toda expresión. Es urgente denunciar y rechazar el uso de nuestro quehacer técnico —de por sí cuestionable— como tecnología de control político y como medio de destrucción.

Los compañeros de Guatemala analizarán esta utilización en la implantación de un régimen de terror, en manos de los gorilas; las técnicas psicológicas son formas de tortura que no sólo buscan extraer información, sino paralizar la acción de tantos disidentes y luchadores políticos en ese país hermano.

Decimos **no**; un **no** enérgico a los electroshocks "terapéuticos" en un campo de concentración manicomial y un **no** a su aplicación en los campos de detenidos políticos en Uruguay, Chile y Argentina. **No** a los fármacos masivos administrados a los disidentes de la vida cotidiana en los hospitales "Granjas" de México y **no** a la convulsión creada por ese medio para torturar y extraer información en Bolivia y en Brasil.

No al poder utilizado en la relación terapéutica analizado-analista, poder sutil y disfrazado que sirve no sólo para "curar" una neurosis, sino también para que, manipulando el amor filial de una pobre mujer sudamericana, delate y traicione su adhesión y fidelidad a una causa.

No al condicionamiento operante. **No** al reforzamiento consecuente con cigarros, dulces y otras chacharas, "concedidos" a los internados psiquiátricos, míseros, marginados sociales de "buena conducta" para lograr que hablen, rían y coman en esos abismos de extorsión, violencia y confinamiento involuntario que son las granjas y hospitales psiquiátricos y los llamados "Centros de Protección Social" en nuestro país. . . Y **no** también a la estimulación sexual como medio de romper la conducta "desviada" de una compañera aprisionada por los secuaces de un régimen militarista sudamericano.

La colusión de ambas situaciones no es gratuita.

Entre los compañeros torturados por la psiquiatría en instituciones totalitarias, como las analizó Erving Goffman (1), y los compañeros torturados en los campos de concentración, las prisiones, etcétera, en América Latina, Italia, etcétera, hay un nexo. ¿Cuál es este nexo? ¿Estamos preparados para verlo? ¿Podremos conjuntar nuestras críticas? ¿Podremos reinterpretar la locura del marginado social? ¿Podremos constatar la verdadera locura de un comportamiento controlado por el aparato del poder? Control ejercido en el amplio espectro que va desde interpretar como "desviación" un mínimo gesto de cotidianeidad —como puede ser un estilo de nutrición o una barba crecida—, hasta la demolición del autoapre-

1) Erving Goffman, "Internados", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970.

cio, lograda con las estrategias psicoanalíticas aplicadas con el fin de romper el secreto de las organizaciones populares y clandestinas.

Nuestro objetivo es encontrar ese nexo.

Confluimos aquí militantes de diferentes orígenes: los militantes de izquierda, algunos psiquiatras de profesión, que quizás no han descubierto aún su complicidad con el aparato de poder a través de control ejercido sobre el disidente de la vida cotidiana, el "psicótico", y compañeros sobrevivientes de la opresión psiquiátrica ("Survivors of Psychiatric Assault"), que quizás no perciban que su lucha ha de inscribirse en la lucha por un cambio social radical.

La abolición de las relaciones de los oprimidos con los opresores, de los explotados con los explotadores, no se puede lograr sin alterar radicalmente nuestra estructura social, económica y política.

Las luchas de reivindicación de las mujeres por la apropiación de su propio cuerpo (terreno privilegiado de expropiación social, legal y política), por el derecho a tener preferencias sexuales, por el derecho a apropiarse de estilos curativos como la medicina tradicional, pueden parecer "minoritarias", secundarias y/o hasta quizás banales a los militantes de la revolución macrosocial.

Las luchas de los marginados sociales, de los homosexuales, de las "minorías" étnicas, son en realidad luchas de mayorías numéricas minoritarias en el poder. No podemos seguir llamando "minoría" a conjuntos sociales que son encerrados en espacios particulares designados por el aparato minoritario del poder. Las que se denominan explícitamente "mayorías" son, de hecho, "minorías" con poder.

La reapropiación por el llamado "loco" de su cuerpo físico y social, de su espacio comunitario, es una de las reivindicaciones señaladas por Franco Basaglia y el análisis de las relaciones de poder y de las redes de opresión, estudiadas por varias compañeras de lucha feminista, fundamentan aun más nuestras exigencias.

Queremos que una futura revolución en nuestro continente incluya el cambio en las relaciones interpersonales. Nuestra lucha se encausa en dos direcciones; es dialéctica, es proceso. No buscamos solamente el cambio macroestructural ni solamente el cambio institucional o interpersonal. En efecto —como lo dijera Franco Basaglia—, "nuestra acción se ha desarrollado a partir de una realidad dramática y opresora que sólo puede ser rechazada violentamente. La subversión de esa realidad opresora no puede realizarse sin una polémica radical en relación tanto con lo que se quiere negar, como con los valores que favorecen y perpetúan la existencia de tal realidad. Por ello, nuestro discurso antinstitucional, antipsiquiátrico (antiespecialidad) no puede limitarse al terreno específico de nuestro campo de acción. El enfrentamiento al sistema institucional sobrepasa la esfera psiquiátrica para entrar en el dominio de las estructuras sociales que la sostienen y nos obliga a una crítica de la neutralidad científica, que tiende al mantenimiento de los

valores dominantes, para transformarlos en acción política" (2).

Franco Basaglia no fue sólo una figura política italiana. Su impulso generó en América Latina una lucha en la que no podemos darnos tregua. Nos pertenece a todos: mexicanos, brasileños, colombianos, argentinos, a todos los que bajo su fuerza creadora y política maduramos posiciones e iniciamos luchas en nuestro continente. El compañero, el amigo, el maestro. Su perspicacia política y flexibilidad permitieron que su influencia se extendiera mucho más allá de las fronteras italianas. Su optimismo en la práctica, el apoyo que nos brindó en nuestras iniciativas, hicieron que el movimiento perteneciera al mundo y no sólo a Europa. La importancia de su obra reside en la posibilidad de repetirla, pero no en imitación burda, servil y repetitiva, sino con la autonomía de un movimiento que sabe que "no se puede imitar", que cada contexto histórico, social, político, institucional, ofrece diferentes coyunturas, diferentes posibilidades. En Brasil, la denuncia cada vez mayor del creciente número de servicios y de hospitales psiquiátricos como lugares de muerte y tortura; en Colombia, el Hospital Abierto de Boyacá —Método Basaglia, como lo llaman—; en México, las propuestas alternativas a la institución en el territorio y las denuncias de hospitales y de centros de reclusión y protección social.

La destrucción de la institución, producto de la represión y del control social, garantiza real y simbólicamente la marginación y la exclusión de los "disidentes". La "paz social", fundada en la sociedad de clases, proscribire, criminaliza y psiquiatiza la expresión de todas las actitudes y necesidades humanas que se oponen al poder y a la norma impuesta por la ideología dominante.

El concepto de destrucción institucional evidencia que el problema del manicomio no se encuentra en el interior de sus muros solamente, sino en primer lugar, fuera de ellos, puesto que la sociedad es la que produce la locura y también la que la excluye. La dificultad reside en encontrar respuestas concretas a las demandas concretas que provienen de la realidad en la que se opera, "realidad" que está ideologizada, es decir, falsificada en el sentido de que no corresponde a lo concreto o, como diría Marx, a lo prácticamente verdadero, sino que es el producto de las medidas tomadas por la clase dominante que las impone y actúan como instrumentos de dominación.

La enfermedad mental, según esa lógica, es incurable o incomprendible; su síntoma principal es la peligrosidad o la obscenidad y, por lo tanto, la única respuesta científica es el manicomio, donde es tratada y controlada. Este axioma coincide con otro implícito: la norma está representada por la eficiencia o la productividad; quien no responde a esto ha de encontrar su ubicación en un espacio en el que no entorpezca el "ritmo" del trabajo y de la vida social.

2) Basaglia, *Scritti II 1968-1980*, editado por Franca Ongaro Basaglia. Einaudi 1982.

La problemática de la definición, tratamiento y circunscripción de la enfermedad mental se tiñe en América Latina de tintes particulares.

Los marginados sociales se encuentran, sobre todo, fuera del manicomio. Los fenómenos de desintegración, desestructuración, control opresivo y represivo se han transformado en la regla social de las inmensas mayorías marginadas.

El hambre es la "enfermedad" por excelencia; un hambre acumulada que reduce las necesidades alimenticias. El hambre aunada a los inhalantes en las bandas de los niños de la calle, el hambre añadida a los partos frecuentes, el hambre que propicia las "debilidades mentales", los daños orgánicos, la apatía y el desganado.

La "enfermedad" del hambre no es un problema técnico: es un problema político. La verdadera enfermedad es el cáncer de una estructura social que destituye a mayorías y luego crea un sistema "científico" psiquiátrico de etiquetamiento para culpar a la víctima de las deformaciones que ese mismo sistema injusto provoca. Psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras latinoamericanos rechazamos esta ideologización de la miseria en nuestro continente. Rechazamos la complicidad científica del que bautiza como "lesión cerebral" o "debilidad mental" un sufrimiento que se personaliza en sujetos concretos pero que emana de la injusta distribución de riquezas.

El hambre en América Latina se relaciona con otras problemáticas seudopsicológicas: las sociopatías (prostitución, robo, violencia, criminalidad).

El prestigiado *Manual de Psicopatología* de Millon señala: "El sociópata ha aprendido pocas maneras socializadas de hacer frente a la frustración". La frustración aparece minimizada, aparece conceptualizada como "la otra frustración": la del niño que come bien y que desea un juguete que se le niega, la del hombre de la clase media que espera un mejor puesto en la empresa y no lo consigue. Frustraciones y más frustraciones que han sido partes del material de análisis de los conflictos psicológicos. La "intolerancia a la frustración" es culpa del sujeto, que debe saber aceptar sus límites y los límites de su situación, del contexto social y político que lo rodea.

¿Qué posibilidades de revolución quedan entonces con esta ideología de la "aceptación"? Y, sobre todo, ¿qué acción política concreta implica el querer denominar "intolerancia a la frustración" la conducta del que roba y la venta del propio cuerpo para sobrevivir? Esta "sintomatología" ha sido definida como "grupo de síntomas caracterizados por el desdén de las responsabilidades y convencionalismos sociales". El sujeto, el mísero, el desempleado, el hacinado, tiene todavía —de acuerdo a la psicopatología clásica— la obligación de respetar ¡los convencionalismos sociales!

Los psicólogos latinoamericanos rechazamos el uso de terminologías psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas para denominar los efectos de la explotación, del hambre y de la masacre en nuestro

continente. Pero tampoco podemos caer en la trampa fácil de minusvaluar al pobre, de considerarlo, además de mísero, como el basurero de todas las taras psicológicas; delincuente, violento, vago, drogado, deshonesto, irresponsable, prostituido. Sería ésta la forma más sofisticada y sutil de acabar de subestimar y destituir al marginado, al campesino, al indígena.

Más aun, en América Latina no existe sólo el hambre permanente; no sólo existen los efectos destructores y generalizados que merman el tejido cerebral por la desnutrición crónica. No sólo existen el robo y la violencia sistematizados para expropiar excedentes que luego son acumulados; no sólo existe la prostitución y la degradación en los grandes cinturones de miseria y en las periferias de las grandes ciudades como Lima, México, Sao Paulo, Bogotá o Río.

¡Contradicción flagrante! Existe también en América Latina una riqueza increíble de remanentes valiosos de épocas históricas, de valores sociales y culturales anteriores: conceptos de tiempo y de espacio, lenguajes, instituciones sociales, relaciones interpersonales, creencias médico-religiosas.

Para interpretar y, sobre todo, para transformar nuestra realidad, necesitamos percibir esta riqueza cultural. Se masacra la "indianidad" en nuestro continente.

No podemos privar a nuestro continente de candomblé, de vudú, de curanderismo, acciones terapéuticas autónomas, al margen de las instituciones. Y no es que se trate de un "retorno" al pasado, sino de una revisión de la síntesis entre los valores propios de la minoría y de algunos de la mayoría con poder (3). Pretendemos proponerlas como emergencias de las clases populares y campesinas, como formas de evadir la marginación institucional en manicomios, hospitales, etcétera, como "tratamientos" comunitarios y sociales. Negar estos valores es hacerse cómplice de la ideología dominante, que desprecia todo cuanto segrega. Nuestra crítica a las instituciones asilares y represivas de América Latina tiene que contener el otro polo: la aceptación y el aprecio de los métodos autóctonos indoamericanos de solución a la locura, al delirio, al sufrimiento psíquico.

De nuevo se nos presenta la disyuntiva. En América Latina, donde la marginalidad, la "situación límite", se da fuera del manicomio, donde el manicomio se encuentra en las periferias miserables de las ciudades, en los poblados campesinos medios muertos de hambre, nuestra lucha antinstitucional ¿debe entonces realizarse fuera?

Sería de nuevo entrar en la lógica de un sistema lineal, adiabático.

Las luchas no se contraponen, están vinculadas por la misma lógica de marginación, de intolerancia a la diferencia, de normali-

3) Ver Toynbee *A study of history* citado por Franz Baro en *Así buscamos hacernos* CELADEC, Bruselas 1980.

zación, de represión. Las luchas en contra del manicomio y en contra de la marginación social, étnica, cultural y sexual son una y la misma lucha. Nuestro programa y nuestros talleres han buscado proponer esta continuidad. No queremos analizar lo uno sin lo otro. El uno sobrevive porque el otro lo apoya. Sin una vinculación entre las diferentes luchas no se podrán destruir los patrones segregacionistas que son la esencia de la ideología dominante de la sociedad capitalista. No podemos esperar que se dé la lucha contra el manicomio para luego luchar contra la marginación social que alimenta estas instituciones. No podemos esperar que triunfe la lucha en El Salvador para, sólo después, dar nuestro apoyo a la lucha en Guatemala. La realidad es dialéctica, la lucha debe serlo (4).

Los conceptos de normalidad-anormalidad, de salud-enfermedad, revelan las mismas contradicciones. Existen los daños orgánicos, las debilidades mentales, la miseria, el hambre y la prostitución, el robo y la farmacodependencia, fenómenos sociales etiquetados clínicamente. Pero existen también capacidades comunitarias y grupales perdidas ya en las clases medias, relaciones familiares positivas para los sujetos que las viven, sistemas médicos menos impositivos y autoritarios, menos tecnocratizados, más comunitarios y sociales.

¿Qué significa "normalidad" en nuestro continente?

Lo considerado "normal" es también pesadamente político. Lo "normal" es lo estático. En todo reconocemos la interpretación sociológica burguesa de la que emanan nuestras ciencias psicológicas y psicoanalíticas.

Todos los conceptos de normalidad que se proponen en nuestras teorías son estáticos. Implican la inmovilidad de la beatitud. Queda por hacer un estudio detallado de cada uno de los modelos propuestos como el epitome de la salud: carácter genital (Freud), productivo (Fromm), etcétera, para desentrañar las implicaciones ideológicas inscritas en sus presupuestos. En otros casos, la falta de una definición de lo "sano" permite encontrar netamente la "adaptación a la sociedad tal cual" como síntoma de normalidad. Aquí se pueden agrupar las técnicas manipuladoras de la modificación de la conducta.

Sin hacer especificaciones por corrientes psicológicas creo poder señalar unas características constantes.

La inmovilidad del concepto de salud mental es evidente, no importa si proviene del reduccionismo más absurdo, de un concepto de salud mental como puro producto de reacciones bioquímicas, neurofisiológicas. Así, se han propuesto productos químicos para resolver problemas sociales. Si se tiene angustia a causa del desempleo y de la inestabilidad económica, hay que darle píldoras; si una

4) Ver en F. Guattari *La revolution moleculaire*. Paris 10-18 1980, un enfoque inspirador de la articulación entre micropolítica y lo macrosocial.

mujer está agitada porque su marido la golpea, hay que darle pil-doras.

El absurdo tratamiento con psicofármacos emana de un no menos absurdo concepto de lo que debe ser la salud-normalidad: un ser zombie, siempre productivo, siempre bien —I'm OK, you're OK—, sin ciclos, sin angustias, sin alteraciones, como si lo social no incidiera para nada en el sujeto, como si la única normalidad posible fuese la de un tornillo bien engrasado que gira y gira, siempre eficiente, para permitir que la inmensa máquina de explotación humana siga existiendo.

Una de las últimas publicaciones de la psiquiatría organicista norteamericana propone el control de los biorritmos. Esos ritmos biológicos a nivel puramente bioquímico influyen evidentemente en nuestros estados de ánimo. La psiquiatría norteamericana tiene miedo: propone litio para controlar el llamado maniaco depresivo y también para controlar los biorritmos. Con esa filosofía se puede temer, y se han escuchado ya propuestas, que se masifique el uso del litio en los alimentos básicos para lograr un "mundo feliz", un universo de zombies robotizados y maquinizados. Ese es el ideal de "salud mental" del aparato de poder norteamericano que nos llega del país vecino. Esa es una meta claramente política. Los habitantes con sus "biorritmos nocivos" anulados no tendrán más la fuerza de oponerse a guerras estilo Vietnam ni, mucho menos, a masacres colectivas propiciadas por sus secuaces en El Salvador, en Guatemala y en Nicaragua; no tendrán ánimos para rechazar la venta de armas, para oponerse al entrenamiento de guardias blancas en Colombia, en Brasil o en México. Se sentirán siempre tranquilos, pacíficos, aunque su maquinaria militar sirva para borrar del mapa a poblaciones enteras. ¡Sí, la "salud mental" no tiene nada que ver con la política! ¡Sí, la ciencia es objetiva y pura! ¡Sí, el litio es maravilloso para "curar"! . . .

Quisiera proponer:

En una sociedad como la nuestra donde la norma es la extorsión, la expropiación de los derechos de las mayorías, en donde se las margina eficientemente para controlarlas por medio de escuelas, manicomios, asilos; en donde las redes de opresión se reproducen desde las relaciones del poder político hasta las relaciones más micropolíticas e interpersonales, en donde se tortura y se masaca, que la "salud mental" se conciba como un **estado de lucha permanente** para alterar el orden imperante. La salud mental se puede concebir sólo como la satisfacción intrasubjetiva del que lucha siempre y sin tregua, aun a costa de sentir miedos y angustias.

Cuernavaca, Morelos, México

2 de octubre, 1981

¿QUE ES LA RED (RESEAU) ALTERNATIVA A LA PSIQUIATRIA?

La psiquiatría-psicología está diseñada, supuestamente, para "dar cuidado a los enfermos mentales"; sin embargo, produce un número increíble de insatisfechos, descontentos y rebeldes.

La RED (RESEAU) ALTERNATIVA A LA PSIQUIATRIA nació de esta situación. Agrupa individuos o grupos que intentaron romper con la organización burocrática y centralizada de la medicina mental. Representa una serie de experiencias y de reflexiones comprometidas en esa vía, en Europa, en América Latina y en los Estados Unidos.

En un proceso de luchas a largo plazo, sostenidas muchas veces por individuos aislados, sufriendo represión, la Red no quiere desempeñar el papel de una organización hegemónica. Desea sólo ofrecer un tejido de intercambios para ayudar a confrontar, profundizar y aplicar algunas opciones sencillas:

- Supresión de todas las formas de confinamiento psiquiátrico.
- Rechazo del monopolio de los profesionales sobre los problemas de la salud mental.
- Crítica del sector como instalación de un sucedáneo tecnocrático al manicomio, así como de las nuevas técnicas psiquiátricas o psicoanalíticas que sirven de máscara a ese expansionismo.
- Apoyo a las luchas sostenidas por grupos o por la población de barrios para tomar en sus propias manos sus asuntos y evitar la psiquiatrización de la vida entera, de la niñez a la vejez, de los marginados de toda naturaleza, de los disidentes de toda especie.

I. REVOLUCION INDIVIDUAL REVOLUCION COLECTIVA

LA PRACTICA DE LA REVOLUCION

Alvaro Osio (México)


Me da mucha satisfacción participar en un congreso de esta naturaleza, aunque me es muy difícil expresarme ante un auditorio tan competente. Quiero señalar que mi ponencia parte sólo de la vida cotidiana y quiero, antes que nada, asumir toda la responsabilidad moral de aquellas mujeres, hombres y niños, víctimas de esta sociedad injusta que nada tiene de humana y a la que quizás habría que llamar bestialidad.

Hablaré desde aquí de la miseria, del hambre y de la ignorancia en las que se debate el pueblo del que soy parte. Para todos aquellos que se pregunten quién soy, les diré que soy albañil, que pertenezco a ese grupo de hombres a los que tanto se sataniza y que han sido y seguiremos siendo los constructores de pueblos y ciudades. Nosotros, los trabajadores de la construcción, los que construimos las viviendas y las residencias de los patrones, las escuelas y los hospitales, sin ningún servicio médico.

Muchos de los aquí presentes, que han venido varias veces, o por primera vez, a México y que han exclamado asombrados ¡qué bonito es este país!, se darán cuenta, al visitar las zonas marginadas, que en ellas se encuentra la garantía de la opulencia y del derroche.

Los constructores de este pueblo somos, sin embargo, optimistas y, si fuimos capaces de construirlo, somos también capaces de tomar lo que es nuestro y, si es preciso, hasta de destruirlo para volver a construirlo.

Se nos ha invitado a un congreso de alternativas a la psiquiatría. Es lógico pensar que en una sociedad como la nuestra, donde existe un alto índice de inflación, de desocupación, de desnutrición, de analfabetismo, donde la riqueza no está equitativamente distribuida y se concentra en un pequeño sector, sean posibles el alcoholismo, la drogadicción, el suicidio, el crimen y, en general, todas



Rocio Suárez, Julieta
Cárdenas: coordinaciones de
último momento del
Comité Organizador.

Francisco Gomezjara.

las enfermedades mentales. ¿Es esto un problema de la salud o un problema social? Me parece que lo segundo, y quizás el único campo de acción de la psiquiatría esté en los problemas genéticos.

Creo que este sistema es un sistema enfermo, sin alternativas, y que el tema que nos ha traído aquí es demasiado delicado y complejo.

La palabra revolución posee un sentido muy profundo y creo que no hemos llegado aún al fondo. ¿Cómo es posible que un gobierno tan reaccionario como el nuestro, que no ha sido capaz de solucionar en 64 años los más graves problemas del pueblo, como la alimentación y la educación, se haga llamar revolucionario? Pareciera que ha olvidado la cuota de sangre que costó al mexicano conquistar mejores condiciones de vida y puedo asegurar que si en estos momentos resucitaran los dos millones de personas que murieron por los ideales de la revolución, volverían a ser recibidos por las puntas de las bayonetas y a balazos de metralla. ¿Es esto revolucionario? ¿A dónde queremos llegar con toda esta crítica y todas estas alternativas, cuando seguimos aceptando los valores que refuerzan este sistema?

Las personalidades invitadas a este congreso son los privilegiados de una determinada clase social, que han podido desarrollarse intelectualmente, pero cuyo poder de conocimiento los pone en tela de juicio al aceptar este condicionamiento de la sociedad. Hablan de la desprofesionalización y sin embargo la ejercen; rechazan el privilegio y son los privilegiados; hablan muy bien de la sencillez y son soberbios.

Me preocupa que se hable en contra de lo establecido y que sigamos fomentándolo. Aquellos que dicen tener un pensamiento nuevo y que aparecen como los inteligentes, escribirán un gran libro con palabras que sólo ellos entenderán, mientras nosotros, los ignorantes, seguiremos como hasta ahora, al margen. El pueblo no necesita ingenieros del conocimiento; necesita hombres capaces de comprender nuestros pensamientos, nuestros sentimientos, ideales y sueños.

Y así, si antes dije que la palabra revolución era un término muy profundo, ahora añado que es interminable, totalmente siempre nuevo. La revolución es universal y lo complementa todo. En cuanto al método, el pueblo tiene la última palabra.

Este siglo ha dado a luz varias revoluciones en diferentes partes del mundo. Se puede o no estar de acuerdo con ellas. Lo que quiero precisar es que gran parte de ellas tienden a estancarse en un burocratismo institucionalizado que debe ser cuestionado porque las influencias burguesas se dejan notar claramente y, bajo el pretexto de defensores de la revolución, han vuelto a convertirse en castas privilegiadas, enfermas de poder.

En cuanto a la revolución individual, creo que no se trata de esperar una revolución colectiva para revolucionarnos individualmente. Sin embargo, los que estamos por el cambio continuamos repitiendo precisamente aquello que nos mantiene estancados.

En cuanto a ustedes, mujeres —y me duele decirlo y les pido perdón en mi calidad de hombre—, esta sociedad no les ha dado más función que la de reproducir el sistema. Deberán ser ustedes las más revolucionarias necesariamente. Bajo ningún concepto debemos caer en el liberalismo. Soy sincero con ustedes y conmigo mismo; me siento individual y profundamente responsable de un cambio humano, político, económico y social. Creo en la revolución.

Deseo que los trabajadores nos intelectualicemos sin perder nuestra condición de clase; deseo que los intelectuales se proletaricen, perdiendo su condición de clase. Como trabajador de la construcción les digo que no sólo nosotros seguiremos construyendo ciudades; se necesita de todos los que no contamos más que con nuestras manos para construir al hombre nuevo, pero ya.

REVOLUCION MOLECULAR

Félix Guattari (Francia) *

Agradezco mucho a Alvaro Osio por su ponencia, que me parece una muy buena introducción a nuestro debate. En la mía, quisiera ante todo disculparme por tener que exponer algunas cuestiones teóricas. Sé que aquí ciertas personas sienten alergia por la teoría y las entiendo perfectamente; sin embargo, los teóricos, al fin y al cabo, representan una minoría, pero quizás su trabajo no resulte del todo inútil.

Los enunciados teóricos no son para mí sino instrumentos de los que me valgo, sin la pretensión de que otros los utilicen, de manera que los someteré aquí a discusión y podrán o no considerarse.

En primer lugar, el tema de este debate, "Revolución individual, revolución colectiva" me plantea un problema. No sé a quién se le ocurriría pero, a mi juicio, se trata de una oposición que rechazo completamente. Oponer la revolución individual a la colectiva es ya un viejo debate. Después del fracaso de la Revolución

* Psicoanalista, filósofo y escritor francés, autor de varios libros, entre ellos "La Revolución Molecular", "El Antiedipo", "Psicoanálisis y Transversalidad".

Francesca, de la Restauración, como se le dio en llamarla, surgieron movimientos románticos que pretendieron inscribirse en una revolución individual y se ha visto en toda la historia esa necesidad de una salvación personal opuesta a una salvación colectiva, empezando por la posición de Cristo, quien planteaba esa salvación personal sin pensar en la salvación colectiva de los que debían haberse enfrentado a la invasión romana.

Después del movimiento de los años sesenta en los Estados Unidos, hemos visto desarrollarse movimientos de salvación individual, de salvación del potencial humano o como quiera que se le llame. Ahora bien, cuando hablo de revolución molecular, no hablo para nada de esta oposición. Para mí, la revolución molecular nos compromete a la toma de una posición colectiva, pues pienso que lo que tenemos que rechazar es, ante todo, el concepto mismo de individuo. El sentimiento de ser un individuo es, creo, las más de las veces, una ilusión. Para bien o para mal, estamos insertados en lo colectivo; por lo mismo, no concibo un proceso de análisis que no nos devuelva al proceso colectivo. El asunto estriba en cómo nos insertamos en esa colectividad.

Hace tiempo escribí un artículo titulado **Somos todos grupúsculos**. Una de las cosas que nos inserta en lo colectivo es el habla. El discurso, aunque se dé en la soledad, nos remite siempre a los demás. Un niño, por más pequeño que sea, está insertado en las representaciones de la sociedad y no solamente como lo describió Piaget, en una serie de estados progresivos, no sólo en relación a su medio ambiente, sino también con elementos muy sofisticados de la sociedad. Un infante aprende desde muy pequeño lo que es un contacto eléctrico o la circulación urbana; que no nos digan los teóricos estructuralistas que esto nos remite a una categoría relacionada con el lenguaje: la famosa categoría del significante. Los gatos, los perros y las palomas en París también se adaptaron a la circulación urbana y, que yo sepa, esto no tiene absolutamente nada que ver con el significante lacaniano.

Un niño, por más pequeño que sea, está insertado en un conjunto de elementos muy sofisticados al nivel de su percepción. Antes de hablar con su madre, dialoga tal vez ya con la televisión; se acostumbra a ver cosas sobre una superficie plana y creo que sus primeras palabras no son mamá o papá, sino ¡Bum! ¡Bum!... poniendo a circular un cochecito. Si seguimos por este camino, veremos que la subjetividad llamada individual es algo que existe en la mentalidad de la filosofía clásica, mas no en la realidad.

Me parece muy importante entender la noción de que la sociedad no está compuesta por colecciones de individuos, sino por un arreglo, una disposición de funciones pre o subindividuales. Los grupos de infantes no son colecciones de individuos; en sus juegos, sus gestos remiten a los gestos de los demás. Un niño no se identifica con polos familiares muy localizados; detrás, con o a través de su padre descifra funciones de jerarquías sociales, de división sexual, económicas, etcétera. Este tipo de arreglos debemos tenerlos

presentes cuando hablamos de revolución colectiva, de acciones de pequeños grupos o de tentativas alternativas. Los sociólogos demostraron, por ejemplo, que la intervención de los medios masivos no influye directamente sobre los individuos. La manipulación a través de los medios masivos pasa siempre por lo que ellos llaman **grupos primarios**, que no coinciden necesariamente con la familia y que determinan umbrales de aceptación y rechazo.

La sociedad capitalista conoce bien estos problemas, puesto que hoy en día, para sujetar la fuerza colectiva de trabajo, se vale de la escuela, de la televisión y de todo lo que dirige la formación de un individuo. Curiosamente, la gente que ignora esto conforma justamente los movimientos contestatarios revolucionarios, los sindicatos, los partidos de izquierda, que desarrollan una subjetividad colectiva que los marxistas llamaron **conciencia de clase**.

La palabra "masa" es un término que debíamos borrar de nuestro vocabulario. En el esquema leninista tradicional, las organizaciones de masas se sujetan al partido de la clase obrera, son "correa de transmisión", como lo llaman ellos. El desarrollo de las luchas de los oprimidos y de las clases obreras nos muestra que no existen masas en general, sino que los grupos de sociedades primarias se recortan en función de sus relaciones con la producción; así, hay grupos de metalúrgicos, de mineros, de ferrocarrileros, de funcionarios, de obreros agrícolas, de campesinos independientes, de intelectuales, etcétera; cada uno con su sensibilidad, con su modo colectivo de subjetividad que forma su conciencia de clase.

Además de la dimensión de la producción, existe otra, geopolítica: existe la gente de las ciudades y la gente de los barrios de las ciudades; existe la gente del campo y existe la gente que no está ni en las ciudades ni en el campo y que es la gente que habita en las favelas o ciudades perdidas. En cada caso existe una forma distinta de controlar la subjetividad colectiva.

Dentro de estos grupos, existe la gente que —como los italianos dicen— está insertada en distintas divisiones, a saber: los trabajadores asalariados, los no asalariados, los subempleados, los desempleados, los ilegales, etcétera. En el interior de los trabajadores asalariados hay diferencias subjetivas considerables entre los que ocupan puestos de responsabilidad y calificación profesional y los que no la tienen y van de un puesto a otro. En esta forma, podemos darnos cuenta que existen multitud de divisiones en función, también, de la edad, del sexo, de la migración, etcétera, y esta es la realidad de la subjetividad, esto es lo que hace que cada llamado individuo se encuentre insertado en grupos primarios de subjetividad, y cuando digo **subjetividad** no estoy empleando el término exactamente conforme a la filosofía clásica. Sencillamente, la subjetividad es la manera que unos y otros tenemos de denunciar nuestros problemas, si bien debemos poner especial cuidado de no caer en concepciones idealistas de la subjetividad, pues en ésta no únicamente hay lenguaje ni únicamente fantasía; existe también la realidad de los medios de comunicación, existe lo que hace la consis-

tencia técnica, la consistencia productiva de cada uno de dichos grupos primarios.

Todo esto me hace pensar que debemos reflexionar en una nueva definición de la subjetividad y, particularmente, de la subjetividad inconsciente. Los movimientos de transformación social a gran escala no deben entregarse a psicólogos o psicoanalistas universitarios para que ellos definan dicha subjetividad o dicho modelo de inconsciente. El movimiento revolucionario necesita una **real** definición de la subjetividad, una definición que permita entender realmente su función colectiva, una definición que nos permita entender principalmente dos cosas: **1)** Cómo el capitalismo de hoy la toma bajo su control mediante los equipos colectivos, como la escuela, los hospitales, los organismos deportivos, los culturales, el cine, la radio, la televisión, la prensa, etcétera, y **2)** Cómo se podría construir y desarrollar un modo de subjetividad antagónica a la fabricada por esta sociedad capitalista.

Quiero, para no alargarme más en la teoría, darles dos ejemplos de aplicación de esta redefinición de la subjetividad y del inconsciente que considera la realidad de los territorios subjetivos colectivos de grupo y el territorio individual, que constituye el yo, que de alguna manera es también colectivo. En cuanto al inconsciente, lo que yo llamo el inconsciente maquínico, quiero señalar el hecho de que la subjetividad moderna no puede separarse de ningún tipo de maquinismo, que influye sobre ella y la modela. Estoy hablando no sólo de las máquinas técnicas, sino también de las máquinas de información, de las máquinas ideológicas, las máquinas teóricas, las estéticas, etcétera, etcétera, etcétera.

El primer ejemplo al que me remitiré, es el del hospital psiquiátrico. Todos los aquí reunidos, creo, estamos de acuerdo en acabar con esta monstruosidad, pero me parece que sólo podremos hacerlo si consideramos sincrónicamente tres niveles, a saber: **1)** el de las luchas sociales a gran escala; **2)** el desarrollo de alternativas y estrategias de menor escala, como dicen los anglosajones; y **3)** el nivel del análisis de la subjetividad de dichos grupos tanto macro como microsociales.

Para derrumbar el hospital psiquiátrico, nuestros compañeros italianos nos mostraron perfectamente que podríamos multiplicar las empresas comunitarias del tipo anglosajón, francés o belga, por ejemplo, pero que nunca podremos derrumbar la ciudadela psiquiátrica mientras las fuerzas organizativas en los partidos y los sindicatos no hagan tambalear el poder del Estado, mientras no cambie el sistema de leyes que funda el hospital psiquiátrico, el sistema de financiamiento, el sistema de poder universitario que fundamenta el nivel y jerarquía de los trabajadores de la salud mental.

Por otro lado, y creo que los compañeros italianos estarán de acuerdo, solamente podremos sensibilizar a los sindicatos y partidos de izquierda a condición de que existan pequeños grupos como los que animó el desaparecido Franco Basaglia en Trieste, como los que se agruparon en Psiquiatría Democrática, que muestran en la reali-

dad inmediata si podemos cambiar las cosas. Les remito a esa admirable película que se realizó en Parma, donde se muestra cómo un grupo de militantes fue capaz de derrumbar una estructura hospitalaria.

Hay, necesariamente, una interacción dialéctica entre los pequeños y los grandes grupos a nivel global. ¿Cómo es que dichos grupos pequeños tienen la valentía de luchar contra las estructuras existentes, la valentía de agruparse y de sacrificar algo de su propia vida, de invertir su libido en este tipo de objetivos, de levantar barreras contra fenómenos colectivos que les llevan, como le sucedió a Franco, a sufrir no sé cuántos juicios y que provocan que en ocasiones nos desmoralicemos y deprimamos ante la dificultad de las proposiciones? Aquí es donde digo que hay que encargarse de los procesos de subjetividad inconsciente.

Sería muy interesante conocer los procesos de vida colectiva inconsciente del grupo de Trieste, que no invitó a ningún psicólogo ni a ningún psicoanalista a tratar dichas cuestiones. Ellos mismos se encargaron de los problemas de la inconsciencia subyacente a la institución psiquiátrica; ellos mismos se encargaron de los problemas derivados de sus jerarquías, de los problemas existentes entre los hombres y las mujeres del grupo y se encargaron ellos mismos también de los medios masivos de las grandes organizaciones.

Este es un nuevo tipo de procedimiento analítico y digo que en cada momento de la lucha estamos obligados a llevar a cabo este tipo de acciones analíticas para desarmar el poder que manipula la subjetividad y neutralizar asimismo nuestro propio poder, que reproduce las actitudes opresivas, pues no basta con tener ideas de izquierda para liberarse de una vez por todas de los procesos inconscientes que nos remiten a las fuerzas opresoras.

El otro ejemplo es el del desempleo. Unos y otros tenemos que ver con gente desempleada, gente que sufre por esto, gente marginalizada que vive en su propio territorio subjetivo esta opresión. Algunos la viven en su propia familia, otros en su pareja, otros en soledad, en una propia relación neurótica o depresiva; otros la viven en la escuela. En Francia existen circuitos escolares en los que de antemano se sabe que todos los pequeños que asisten a ellos están condenados a ser desempleados. Su subjetividad está programada y existen cálculos de computadoras que prevén que entre 60 y 70% de estos niños serán con toda probabilidad desempleados y se volverán delincuentes o ingresarán en cárceles y/o en hospitales psiquiátricos.

Frente a este destino subjetivo programado por el poder, todo tipo de respuestas es posible: respuestas en la angustia, en la soledad, en la neurosis, o en la reconstitución de una subjetividad colectiva; el rechazo a este destino, la constitución de grupos para resistirlo, el hecho de decir que está muy bien el estar condenados al desempleo y que el grupo proceda a su autovaloración. La sociedad rechaza el valor de nuestra existencia y de lo que queremos hacer; tenemos, por lo tanto, que constituir un modo de valoración que sea

nuestro y éste sería el nivel del inconsciente que yo llamaría territorializado a nivel subjetivo.

En el nivel del inconsciente maquínico, el inconsciente es otro porque sale de los territorios subjetivos circunscritos, nos salimos de la soledad individual y grupal puesto que al fin y al cabo el desempleo es un fenómeno mundial que existe tanto en los países ricos como en los pobres. Está relacionado con las fuerzas productivas hoy en día, con el desarrollo de la división internacional del trabajo, con las enormes concentraciones de producción, con la robótica, con la informática, la telemática; crea un nuevo modo de producción, de manera que se vuelve cada vez más absurdo continuar con el modo de economía asalariada que funciona únicamente dentro del marco a beneficio de la economía capitalista; un modo de economía asalariada que sólo sirve para consolidar las jerarquías de la burguesía y de las castas en el poder.

Detrás de la manera en que cada uno vive su situación de desempleo existe un problema de revolución total, de transformación radical de las relaciones del hombre con el trabajo y la máquina. El problema subjetivo de la soledad dentro del grupo remite, en esta forma, al problema de la lucha de clases en todo el planeta y a la definición de un modo de funcionamiento de la especie humana que permita vivir fuera de las jerarquías y del tutelaje de las clases existentes, de las gentes que tienen relación con la subjetividad colectiva, trátase de trabajadores de la salud mental, de educadores, de trabajadores sociales, de militantes sindicales o políticos. Es preciso tener siempre una referencia sobre ambas dimensiones de la subjetividad (territorial y singular, mundial y maquínica), relacionadas con problemas revolucionarios, que permitan cruzar todos los territorios, que potencialmente llaman a nuevas alianzas entre marginados de toda naturaleza, entre obreros de los países desarrollados y obreros de los países subdesarrollados, entre la inmensa masa que se muere de hambre en el planeta.

Félix Guattari.



SOBRE EL CONCEPTO DE IGUALDAD

Raúl Olmedo (México) *

Trataré de plantear el problema relacionado con la noción de igualdad, que termina por convertirse en su opuesto.

Los comportamientos que adoptamos socialmente, de alguna manera, derivan de los mecanismos económicos y, especialmente, del mecanismo del intercambio, justamente, el mecanismo básico del capitalismo.

Esta mecánica del intercambio nos remite directamente a la noción de equivalentes, es decir, de la igualdad en dichos intercambios: doy tanto por tanto igual.

Es esta ley de la equivalencia o ley de la igualdad la que diluye o destruye poco a poco los tipos de organización jerarquizados existentes antes del capitalismo.

Es justamente en la Revolución Francesa, con los principios de "Libertad. Igualdad. Fraternidad", que se establecen nuevas jerarquías. En esta forma, el capitalismo se da y se desarrolla en base al principio de igualdad y su desarrollo va produciendo, al mismo tiempo, su contraparte, la desigualdad entre la clase burguesa y la proletaria.

Posteriormente, esta misma noción de igualdad es retomada por los socialistas, quienes declaran que el capitalismo la ha degenerado y así, su lucha revolucionaria se establece también a partir de la igualdad que vuelve a generar la desigualdad entre los individuos y un estado que se hace cada día más poderoso.

A mi parecer, muchas de las teorías sobre la igualdad, que creemos contrarias al capitalismo, le son altamente favorables. Tomemos como ejemplo la familia. En ella existe una organización interna en la que la ley del valor, tratándose de la familia tradicional, no ha penetrado; no existen en ella relaciones de intercambio de equivalentes. Sin embargo, en el momento en que la mujer pasa a ser fuerza de trabajo, sea para una empresa, sea para el estado, las antiguas relaciones jerárquicas de organización en el seno de la familia se transforman al penetrar en ella la noción de la equivalencia, de la igualdad entre sus miembros, especialmente los de la pareja. Esta penetración tiene efectos disolutorios y el fenómeno, sociológicamente demostrado, se manifiesta en una serie de rupturas y una transformación radical de la organización interna.

¿Qué es lo que sucede cuando la mujer lucha por la igualdad dentro de la familia? Esta se disuelve como núcleo y como centro de poder; la mujer deja, en mayor o menor grado, de estar sometida al marido (al hombre), pero comienza su sumisión a la empresa, al capital.

Este o estos movimientos de igualdad tocan también a los hijos, quienes rompen con la antigua jerarquía y comienzan a tra-

* Economista y filósofo mexicano, investigador y profesor de la UNAM.

bajar desde jóvenes, incluso gracias al Estado, a través de la escuela, de los internados, las becas, etcétera, logrando así una mayor o menor independencia con respecto a sus progenitores, con lo que refuerzan esta ideología de la igualdad.

En esta forma, creyendo que se trata de movimientos de independencia, se le abre paso a otra dependencia, más terrible y feroz: la dependencia del individuo al gran capital, que destruye incluso las murallas que antaño existían alrededor de la familia o de la comunidad.

Así, si pretendemos hablar de una revolución en las instituciones, sea individual y/o social, bástenos remitirnos a los últimos doscientos años de nuestra historia y, muy especialmente, a los últimos treinta del capitalismo mundial. Esta revolución ha sido veloz y extraordinaria y la ha realizado el capital para disolver las últimas instituciones sociales descentralizadoras para sustituirlas por las centralizadoras, como los monopolios internacionales y el estado opresivo.

Todos pensamos en términos de igualdad; todos estamos en contra de la opresión y del monopolio, pero todos, luchando en contra, estamos en realidad fortaleciendo la opresión, el monopolio y el Estado; nuestra mentalidad es centralizadora. Con base en la noción de igualdad, rompemos la organización interna que existía en la familia y en las comunidades y nos entregamos, absolutamente indefensos, a la dominación del gran capital y del estado opresor. Luchando por la igualdad y la libertad, paradójicamente, estamos luchando a través de caminos tortuosos por conquistar una mayor opresión y entregarnos, con menor resistencia, a la sumisión. Deseamos la igualdad y la libertad y, al deseárselas, estamos deseando la opresión y el sometimiento.

Pudiera ser ésta una de las claves que aun no hemos suficientemente reconocido de los mecanismos a través de los cuales el monopolio del capital, sea privado o estatal, le permiten reforzarse, haciéndole creer a la sociedad que su deseo de igualdad es un deseo en su contra, siendo que se trata precisamente de lo contrario.

Lo mismo la revolución del capital, que la revolución socialista han sido hasta hoy fases del mismo proceso de centralización, concentración y acumulación, en base a la ideología de la igualdad.

Quiero dejarlo planteado simplemente así, como un problema, pues si pienso que en el fondo de muchos movimientos de liberación, que pretenden ser de revolución social o de revolución individual, porque, en efecto, puede existir la idea, la ilusión de que un hombre, un niño, una mujer puede estar realizando una revolución individual, tratando de liberarse de las desigualdades internas a una familia o a una comunidad, no puedo ignorar que lo que están haciendo en realidad es limpiar los últimos obstáculos para que el desarrollo del capital y del estado alcancen su máxima expresión.

"El primer acto de honestidad para un europeo que se disponga a hablar en América Latina sobre el tema de las proposiciones alternativas, debe ser el de poner a los demás —y a uno mismo— en guardia contra el riesgo inmediato de una infinidad repetida reproducción del acostumbrado modelo imperialista de la cultura".

Lorenzo Toresini

Del frente de Liberación de El Salvador, estudiantes de la Universidad Metropolitana y, sentado a la derecha, Antonio Slavich.



II. EL ESTADO Y LA PSIQUIATRIA

SOCIEDADES TRANSNACIONALES, PSIQUIATRIA Y APARATO DE ESTADO

Robert Castel (Francia) *

Creo que todos los que estamos aquí presentes compartimos la convicción de que existe una relación entre la psiquiatría y el Estado. Es a partir de ella que se hace posible superar lo que llamaría "la ingenuidad de la ideología terapéutica", que cree o finge creer que un sistema psiquiátrico sólo sirve para curar, no obstante sus finalidades sociales y políticas.

La historia demuestra que nuestra convicción está bien fundamentada: el aparato psiquiátrico se constituyó como parte integrante del aparato de Estado. Así es como, en Francia por ejemplo, la Ley de 1838, todavía vigente, sería la primera ley de asistencia promulgada por la república burguesa. Los locos o los enfermos mentales representaron la primera categoría social ante la que el Estado tomó medidas especiales de asistencia, atribuyéndoles un status tanto médico como jurídico e institucional.

Esto no se hizo por mera filantropía. Los enfermos mentales planteaban a la sociedad de aquella época problemas especiales que exigieron la intervención del Estado, y hasta podríamos describir detalladamente la restructuración de los aparatos, en particular el de la administración y el de la justicia, en el curso de la cual la psiquiatría fue inventada.

No obstante, existe un cierto riesgo, incluso en la praxis, el concebir de manera excesivamente simple este papel del Estado en la psiquiatría. Las formas de intervención son diversas, primero porque existen estados diferentes y segundo, porque en cada es-

* Sociólogo francés, autor de varios análisis críticos, entre ellos "El psicoanálisis", "La sociedad psiquiátrica avanzada", "La gestión de riesgos".

tado, la evolución del poder puede emplear sucesivamente estrategias diferentes.

Lo que planteo aquí no es un problema teórico o metodológico abstracto. Si al querer luchar contra la intervención del Estado, uno se forma una representación excesivamente sumaria, el blanco, mal definido, permanece demasiado estrecho. Puede entonces ocurrir que aun si se acierta en el blanco, el enemigo permanezca de pie, dado que se había desplazado y ahora espera en otro lugar en el que no se le imaginaba.

A decir verdad, no tengo la pretensión de tratar en unas cuantas cuartillas este enorme problema de las diferentes formas que puede tomar el poder del Estado en el campo de la salud mental. Sólo deseo ilustrar la complejidad de las cuestiones que plantea, basándome en la evocación de cambios recientes de la situación psiquiátrica ocurridos en países como Francia y los Estados Unidos, países cuya historia de sucesivas transformaciones en estos terrenos me parece ilustrativa de la complejidad del problema.

Hace unos doce años, en Francia, la crítica de la medicina mental se enfocó principalmente en la dependencia de la psiquiatría al poder del Estado. Era, pues, una crítica del carácter totalitario del hospital psiquiátrico, del papel administrativo-político desempeñado por los psiquiatras en ciertas de sus actividades, de la legislación especial respecto a los enfermos mentales, que llega a justificar el confinamiento en nombre del orden público, etcétera.

El efecto político de estas críticas, de este "cuestionamiento", es innegable y siguen siendo legítimas en tanto que el tipo de psiquiatría que denuncian continúa vigente. Es menester recordar, por ejemplo, que en los hospitales psiquiátricos de Francia permanecen confinados alrededor de 110 000 enfermos, cifra casi constante desde finales del siglo XIX.

Además de este sistema clásico, existen ahora, en pleno desarrollo, técnicas de intervención médico-psicológicas, cuya función ya no se puede comprender ni criticar únicamente por su dependencia al aparato de Estado. Tal es el caso del psicoanálisis, la práctica más privada que existe y la que más ha contribuido a la modernización de la psiquiatría pública. Generalmente hablando, el psicoanálisis favoreció la difusión de esquemas de interpretación y de acción psicologizantes, consistentes en imponer soluciones psicológicas a problemas que no son de orden psicológico. Estas prácticas, que no se originan en el poder del Estado y que no dependen directamente de él, tienen funciones sociales y políticas importantes.

Esto significa —entre otras cosas— que no se puede comprender el sentido de un número creciente de intervenciones psiquiátricas y médico-psicológicas interpretándolas meramente por la represión o la coerción que supuestamente ejercen.

En los países occidentales, el psicoanálisis es origen de toda una generación de "nuevas técnicas" o de "terapias nuevas", como la "bioenergética", la "terapia de la gestalt", el "análisis transaccional", el "grito primario", etcétera, que no son impuestas a los

individuos. Lo más frecuente es que el sujeto mismo, movido por una especie de hambre de psicología, opta por ellas y recurre a agentes, a instituciones que no son públicas sino privadas y hasta marginales o "contestatarias".

Tales aseveraciones nos llevan a matizar y a profundizar en la crítica de los aparatos médico-psicológicos, cuya transformación, desde hace algunos años, parece ir a la par con la transformación de los aparatos de Estado en un sentido neoliberal, lo que es patente en los Estados Unidos de Reagan, aunque la misma tendencia se observa también en Francia.

Sería ingenuo pretender que en los Estados Unidos de hoy se presencia un "perecimiento del Estado". Por cierto, el Estado federal rechaza ciertas responsabilidades que había empezado a asumir en los años sesenta, particularmente en el dominio de la asistencia (Welfare State o "Estado Providencia").

Lo que en realidad ocurre es una suerte de división del trabajo. El Estado conserva el monopolio sobre ciertas funciones que sigue ejerciendo con un rigor igual o mayor: definición de las grandes opciones de la política asistencial, centralización de las informaciones, intervenciones directas sobre ciertos sectores con problemas de peligrosidad, implementación de políticas preventivas para controlar "riesgos", etcétera.

Las administraciones públicas tienden ahora a delegar dichas medidas de coerción a individuos, grupos y asociaciones que las ejercen vicariamente. Así es como, simultáneamente, se observa un reforzamiento de los poderes centralizadores y coordinadores del Estado y el desarrollo de cierta autogestión local. Se trata, para decirlo así, de una **autogestión de la compulsión**.

Cabe aquí poner de relieve una analogía con la política de las transnacionales, que también se desenvuelve simultáneamente en dos niveles aparentemente contradictorios: por un lado, un grupo extremadamente reducido conserva el monopolio sobre la política empresarial general y sus grandes opciones definidas en función de exigencias "exteriores", tales como la competencia internacional o las estrategias bancarias. El personal no tiene estrictamente nada que ver en las decisiones y ni siquiera se le consulta. Por otro lado, existe una política "interna" de la empresa, que consiste en invitar a los empleados a que "tomen iniciativas", desarrollen dones de "inventividad" y "creatividad" en la realización de objetivos definidos. No es por azar que estas empresas se hayan vuelto grandes consumidoras de psicología, sometiendo su personal a "cursillos de creatividad", al aprendizaje de relaciones humanas, etcétera. Las técnicas psicológicas sirven para movilizar al individuo, para "motivarlo" y hacerlo "eficiente" en la realización de tareas impuestas del exterior y desde arriba. Esto ilustra lo que entiendo por autogestión de la compulsión.

Me pregunto si este modelo bipolar no podría generalizarse, al menos como una hipótesis, para comprender la evolución de las formas de intervención del Estado en este tipo de países que se

han llamado "post-industriales" o "capitalistas avanzados". En ellos, salvo en ciertos sectores "atrasados", la intervención del Estado no se manifiesta como intervención directa y coercitiva, sino bajo la forma de presiones difusas impuestas al individuo para que se sienta invitado a "desarrollar sus potencialidades" y su propia forma de "eficiencia" en la realización de objetivos cuya compulsión tiene ahora que asumir. La sanción de los fracasos tampoco es ya la represión directa, sino más bien la marginalización: los individuos que no logran su auto-movilización adaptativa se ven relegados a una existencia de segunda zona, lejos de los centros de decisión y de poder.

Esta nueva marginalidad, propia de los países capitalistas avanzados, difiere del lumpenproletariado, de los brutalmente excluidos de la vida social; toca las clases medias y la extensión de los sectores de la desviación constituye un fenómeno sintomático muy nuevo.

Volviendo a la psiquiatría y a la psicología, podemos concebir en forma algo esquemática su liga con el aparato de Estado y su función política de dos maneras diferentes. La primera podría ser ilustrada hasta la caricatura por ciertos usos de la psiquiatría en la URSS. En cuanto se trata de reprimir la disidencia política, el aparato psiquiátrico desempeña el papel de representante directo del aparato de Estado, prácticamente como un equivalente de la KGB.

Más sutil es el modelo neoliberal que esboqué y sin embargo, ¿quién podría argüir que está libre de implicaciones políticas? Es precisamente lo que pretenden aquellos que, sólo viendo las formas más brutales de intervención política, absuelven al psicoanálisis so pretexto de que, siendo una técnica "científica" y "neutra", no puede tener responsabilidad política. Se ciegan así a las formas más vituperables de agresión mediante técnicas psiquiátricas y médico-psicológicas novedosas e inauditas. Me parece que hoy, más que nunca, es tarea urgente la reflexión y la práctica para mantener y renovar una postura crítica frente a situaciones nuevas.

Una última palabra sobre el sentido que dichas reflexiones pueden tener en América Latina. Bien sé que se plantean aquí problemas que pueden parecer más urgentes, que son más trágicos y derivan de la coerción y de la represión directas. No me atrevería nunca a pretender que tal problemática sea obsoleta; no lo es ni en los mismos países occidentales. Cabe, sin embargo, recordar que **los países de América Latina no sólo compran e importan productos y tecnologías industriales; también importan técnicas psicológicas, modelos institucionales, fórmulas de gobierno.** Así que no me parece inútil identificarlas antes de que sean impuestas a las poblaciones, aunque no pasen de ser meras imitaciones.

Extiendo la invitación a reflexionar sobre los peligros que representan. Me parece que la amenaza no viene de muy lejos de aquí.

Es erróneo creer que los países tienen que seguir todos el mismo ritmo, pasar sucesivamente por las mismas etapas que desde el siglo XIX vienen sucediéndose en Europa por ejemplo. Pueden ocurrir corto circuitos, importaciones brutales, adaptaciones salva-

jes e inmediatas de fórmulas modernistas provenientes de otra parte, las cuales pueden coexistir con fórmulas más arcaicas, como ya es el caso del psicoanálisis, las "nuevas terapias", el conductismo, etcétera.

No pretendo describir lo que pasa aquí ni enunciar lo que debería hacerse y menos aún pretender o poner como un ejemplo a seguir lo que ocurre en mi país. Conversemos juntos sobre posibles ligas entre situaciones de por sí diferentes; diferentes y sin embargo interdependientes, al menos porque el capitalismo es una realidad mundial. Así que, si ustedes lo desean, conversemos.

LA INSTITUCION DESTRUIDA

Franco Rotelli (Italia) *

Creo que cuando Castel habló de la alianza política de las técnicas de la psiquiatría, dijo lo esencial del proceso que se ha producido en Italia, en los últimos veinte años. Me parece fundamental, sin embargo, que se comprenda por qué y cómo es que se han dado estas alianzas.

Creo que esto fue posible a partir de una teoría bastante precisa en cuanto al concepto de la enfermedad mental. Consideramos que la enfermedad mental es un conjunto de aparatos institucionales de tipo jurídico, de tipo administrativo, de tipo político, de tipo económico, que engloban un sufrimiento psíquico que se llama **locura**.

El movimiento crítico en Italia ha sido un movimiento crítico contra esta concepción de la enfermedad mental así constituida. En el momento que se comprende que las necesidades, el sufrimiento de las personas es una cosa muy diferente de lo que se ha dado en llamar enfermedad mental, comienza un proceso crítico de confrontación con la institución que convierte el sufrimiento en enfermedad.

Ahora empieza a ser evidente que la enfermedad mental está constituida por todos los elementos que he citado. A través de un proceso práctico ha sido posible hacer esto evidente a toda una sociedad; ha sido posible demostrar que es necesario hablar de esto y de la crítica a la institución, la crítica a lo específico del aparato institucional psiquiátrico podría ser comprendida por las fuerzas políticas y sociales y podría crearse una lucha contra la exclusión social que afectaba a toda la organización social.

* Psiquiatra italiano, director del Hospital Psiquiátrico de Trieste. Miembro del Movimiento de Psiquiatría Democrática.

En Italia habíamos considerado que el manicomio era la institución fundamental del Estado respecto a la psiquiatría y habíamos considerado que la psiquiatría y todas las psicologías han nacido y tienen su origen en el manicomio.

En los últimos 30 años, en Europa y en Estados Unidos han surgido movimientos de lucha por la transformación de la legislación psiquiátrica. Creo que el Estado ha intentado constituir un nuevo esquema ideológico respecto a la psiquiatría y ha sido Castel quien ha hablado de **esquema de prevención** respecto al viejo **esquema de reparación**. Con la ideología de la prevención le ha sido posible a algunos estados de capitalismo avanzado incrementar el control psiquiátrico en la población y creo que personas que luchaban por la transformación de este estado de cosas, han caído en la trampa de la prevención, haciendo surgir formas de trabajo dentro de la comunidad que se han autodenominado alternativas, cuando ninguna (ni la National Acting, en Inglaterra, ni el Sector Psiquiátrico, en Francia, ni la Ley Kennedy, en Estados Unidos) ha cuestionado la fuente de contagio psiquiátrico, es decir, el manicomio.

En Italia hemos tenido que luchar con compañeros de izquierda para hacerles ver que la pieza fundamental era el hospital psiquiátrico. Es mucho más fácil para un técnico de la salud buscar una alternativa dentro de la comunidad, que afrontar la institución del Estado. Consideramos que, como técnicos, somos trabajadores del Estado; el problema es cómo luchamos para cambiar este rol o cómo hacemos para trabajar al servicio de las necesidades de la población y no del Estado.

Durante estos días he escuchado cosas que me han preocupado. He oído de algunos países en los que el fascismo ha sido derrotado y donde todavía los hospitales psiquiátricos están de pie, sin que exista un proceso crítico en contra de ellos. Consideramos que es necesario un cambio estructural de la sociedad y, por lo tanto, es también absolutamente necesario un cambio de las instituciones de esta sociedad. Nuestro intento de crear un proceso de democratización del Estado en Italia no sé qué evolución podrá tener, pero se ha fundamentado siempre sobre el intento de un cambio estructural y, consecuentemente, institucional, es decir, un cambio también en las relaciones entre los individuos.

Creo que otra cuestión importante es el proceso de crítica a la corporación médica, que viene a ser otro poder del Estado. Con la ley de 1978 en Italia, se pudo afirmar legalmente que los hospitales psiquiátricos tienen que clausurarse y ser sustituidos por servicios en la comunidad. Consideramos que este proceso es definitivamente importante con respecto a otras legislaciones de países europeos, porque destruyendo la fuente del contagio del manicomio es posible una dialéctica en la comunidad en la que el poder del paciente permite cuestionar seriamente el poder del técnico. Nuestra situación es muy diferente a la de California, donde el entonces gobernador Reagan cerró algunos hospitales psiquiátricos. La ley italiana nació gracias a un proceso de lucha contra la institución del manicomio,

y la desinstitucionalización del hospital psiquiátrico es una parte de la desinstitucionalización del poder del Estado.

Nuestra lucha actualmente en Trieste, donde el manicomio ha sido cerrado, es y ha sido una lucha por las condiciones materiales de nuestros pacientes, puesto que no podemos aceptar que el hospital psiquiátrico sea cerrado pura y simplemente por la reducción, muy real en algunos países del capitalismo avanzado, del presupuesto público.

Nuestra atención a las condiciones materiales de vida de nuestros pacientes ha sido tan importante como la lucha que hemos sostenido por su libertad terapéutica, si bien estamos conscientes de que la libertad sin recursos materiales es un hecho definitivamente ideológico.

Es muy importante entender que nuestras luchas en Italia están perfectamente relacionadas con las luchas de otros sectores marginados de la población, como los desempleados. Nuestro enemigo no es solamente el manicomio, sino la miseria social que lo crea. La Red Europea de Alternativas a la Psiquiatría es un hecho muy importante de nuestras luchas y esperanzas de que la ley italiana llegue a traspasar fronteras. Lo sucedido en el último congreso, en Lovaina, Bélgica, hace unas semanas, donde algunos representantes de varios países europeos echaron fuera a aquellos que pretendían una visión psiquiátrica intimista y subjetiva de los problemas personales, considerando en cambio de capital importancia la legislación psiquiátrica italiana que en la misma Italia ha sido fuertemente combatida, fue un acontecimiento fundamental.

Entre las técnicas del Estado y lo que nosotros hacemos existe una estrecha relación. No puede haber disociación entre nuestro ser técnico y nuestro ser político, entre la necesidad de trabajar en nuestro campo y lo que queremos llevar adelante. Nos inquieta cuando escuchamos discursos revolucionarios de parte de aquellos que continúan privatizando la medicina y usando técnicas psicoterapéuticas, en lugar de llevar a cabo una práctica política.

Creo que la necesidad de combatir las posiciones intimistas y privativas coincide con la necesidad de luchar contra el neoliberalismo del presidente Reagan. Si es necesario cambiar las relaciones interpersonales y cambiarnos nosotros mismos como portadores de las instituciones, sólo será posible a través de una lucha política que socialice nuestras necesidades.

Hoy, en Italia tenemos dos problemas principales que tienen también todos los países de capitalismo avanzado: el recorte del gasto público y la privatización de la ideología neoliberal que el sistema difunde. Al quedar destruido el manicomio, la sociedad difícilmente recogía los problemas que en él estaban enclaustrados. Por esto construimos en la comunidad centros de salud mental en los que continuamos trabajando como psiquiatras, conscientes del peligro de ejercer un nuevo tipo de control. Sin embargo, la experiencia de la transformación y la destrucción del manicomio evitó que corriéramos ese riesgo. Médicos y enfermeras comprendimos

la importancia de la complicidad con los pacientes, junto con los que criticamos la institución.

Sólo me resta felicitar a la Red de Alternativas a la Psiquiatría Latinoamericana, cuyo nacimiento y desarrollo es extremadamente importante en cuanto a la solidaridad, ya que la revolución no se hace exclusivamente en un solo país.



Un entusiasta colaborador del Encuentro.

IDEOLOGÍA DE LA PSICOLOGÍA INDUSTRIAL

Jorge Alvarez Martínez (México) *

La psicología industrial o psicología del trabajo ha pasado hasta ahora inadvertida en los foros donde se denuncian las atrocidades que, en nombre de la psicología, se cometen a diario.

Me parece pertinente denunciar aquí otras formas de psicología que no por sutiles dejan de estar al servicio de una ideología dominante.

El campo de acción de la psicología industrial es la denominada organización empresarial, con todos sus apelativos (oficina, fábrica, industria, etcétera), que utiliza técnicas que a simple vista parecen inofensivas, como la selección de personal, la capacitación, las relaciones humanas, la administración del tiempo, el análisis transaccional, etcétera, etcétera: técnicas que son de uso cotidiano en cualquier empresa que se precie de eficaz, moderna y decente. Incluso hoy en México, la capacitación de personal ha sido elevada a rango de derecho constitucional.

Todos estos ritos burocráticos son aplicados en las pequeñas y medianas empresas y no digamos en las oficinas del sector público y en las grandes transnacionales, siendo el psicólogo industrial uno de los actores, que no el único, que interpreta uno de los papeles relevantes en el proceso. Este personaje sui géneris, eficiente y hasta simpático, es el cómplice ideal del empresario con ideas modernas. Con sus técnicas científicas proporciona al próspero capitalista la válvula de escape emergente, que impide que estallen movimientos que amenacen cambios y/o transformaciones profundas en la organización, además de proporcionarle una imagen positiva ante sus asalariados, a los que ofrece seguridad e higiene, relaciones y trato humanos, lo que le permite una tranquilidad de conciencia al sentir que cumple con una gran tarea en favor de la sociedad.

Los psicólogos de esta área de las ciencias sociales creen, al igual que otros profesionistas, que su práctica es de una pureza y una neutralidad científicas a toda prueba y niegan, sistemáticamente, que su ideología y praxis estén al servicio del mantenimiento de las fuerzas de producción.

En la selección de personal, por ejemplo, a través de las famosas entrevistas y cuestionarios o tests de inteligencia y personalidad, el psicólogo industrial evalúa las aptitudes para dirigir una empresa, ser un buen burócrata, manejar maquinaria compleja, etcétera. Cabe señalar que cuando estos instrumentos se aplican en alguna institución de salud mental, los rasgos patológicos son el pretexto para que se recete desde un Ecuamil hasta una psicoterapia. En

* Psicólogo mexicano.

psicología industrial, estos rasgos son, para el desempeño de ciertos trabajos, necesarios. Para ser contador, por ejemplo, se necesita cierto grado de obsesividad y si se es compulsivo, mejor; para secretaria se requiere cierto grado de seducción histérica; para vendedor hay que ser un tanto psicópata. En el caso de los obreros, se exige sobre todo adaptabilidad y obediencia.

Otra área de los "Chicago boys de la psicología" es la capacitación, cuyo objetivo es hacer diestra y capaz a toda la organización. Un curso de relaciones humanas enseña a los trabajadores a sobrellevar a sus superiores y a éstos a soportar a sus subordinados. Como muestra este curso, la lucha de clases es un invento diabólico que impide apreciar las bondades del patrón. El análisis transaccional, por otra parte, nos da la posibilidad de estar OK., de no deprimirnos en caso de reprimendas por parte de los superiores y de tolerar la frustración. El asunto es dejarse explotar alegremente y sin conflictos.

Los trabajadores, pasada la euforia de los cursos de sensibilización o la primera evaluación de su desempeño laboral, denuncian esto como una forma de mediatización y/o enajenación. Los menos críticos toman la capacitación como un periodo vacacional pagado por la empresa o como un mal necesario.

Como ha señalado el doctor Harver Kramer, Jefe del Departamento de Psicología del Trabajo de la Universidad de Yale:

"Nadie puede enorgullecerse de trabajar 40 horas a la semana. Si lo cree, los psicólogos laborales se encargarán de demostrarle la verdad. Después de un completo análisis de los hábitos corrientes del trabajador, un equipo de psicólogos llegó a la conclusión de que sólo un día a la semana se alcanza el máximo potencial y ocurre el miércoles entre las 9 y las 17 horas; el resto de la semana, la mayoría se la pasa pensando o en el próximo fin de semana o reponiéndose del anterior".

Con este sintético trabajo he pretendido solamente iniciar un foro en el que se denuncie la psicologización de la sociedad como una forma de control social y político, no con técnicas tan abiertamente represivas como las empleadas en los manicomios y reformatorios, sino con técnicas muy sutiles y sofisticadas. Hago un llamado a seguir denunciando el uso y abuso de otras ramas de la psicología, como la social y la educacional.

III. ANALISIS CRITICO DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN MEXICO

Los europeos que intentan entender nuestra realidad institucional se preguntan frecuentemente por qué ningún movimiento de crítica institucional amplio y duradero ha logrado manifestarse en América Latina. En seguida suelen asombrarse del valor, a menudo solitario, de una minoría de profesionistas que, poniendo su carrera en peligro, logran llevar el cuestionamiento al seno de las instituciones gubernamentales.

La vida política europea se caracteriza por la existencia de un amplio espacio de discusión en el cual pueden brotar iniciativas duraderas. Siguiendo a André Gorz, llamaremos este espacio "sociedad civil". Nuestros países son países sin sociedad civil en el sentido de Gorz. En ellos, la autonomía política se relaciona con una imperfecta ramificación de los aparatos gubernamentales. Por ende, la autonomía es aquí local, fragmentada, "informal" y "marginada" y está siempre alejada cultural o geográficamente de los centros de poder.

Nos pareció conveniente iniciar este capítulo sobre las instituciones psiquiátricas con un texto que esclarece la estrategia por medio de la cual el gobierno intenta permear la sociedad. La socialización institucional podría ser explicada, a los europeos, como una sociedad civil manipulada. Esto explica la relación orgánica de tres situaciones institucionales aparentemente dispares.

- *Vetustos hospitales psiquiátricos y métodos terapéuticos anacrónicos.*
- *Campañas de alfabetización y de recolección de datos inspiradas tanto por Paulo Freire como por la sociología americana más adelantada.*
- *"Socialización institucional", o sea: producción forzada de un consenso social haciendo intervenir los medios de comunicación y las técnicas de manipulación.*

UNA IDEOLOGIA MEXICANA: LA SOCIALIZACION INSTITUCIONAL

Claudio Martini *

La palabra **institución**, adquiere en México, significados diferentes con respecto a la realidad europea. Significaciones mucho más amplias que abarcan no sólo el campo de las instituciones sanitarias o educativas, sino todo aquel conjunto de organismos y estructuras estatales que desarrollan funciones institucionales.

La institución por excelencia, la más representativa, es el gobierno y la organización del Estado en sus articulaciones centralizadas y descentralizadas.

Mientras que en Europa la dicotomía entre instituciones "totalizadoras" centralizadas e instituciones "territoriales" descentralizadas involucra el terreno de la salud, de la educación, de la psiquiatría, en una palabra, el sistema normativo en sus relaciones con la organización productiva, en México, sólo se definen como instituciones los organismos ejecutivos gubernamentales. La diferencia entre centralización y descentralización se limita, entonces, a articulaciones organizativas del mismo proyecto de gobierno y de control.

Un ejemplo concreto de institución centralizada es el de las secretarías operantes en el campo de la educación, del presupuesto, de los recursos energéticos, de programación, de salubridad y asistencia, etcétera, que forman parte del sistema ejecutivo central y se ramifican a través de los organismos burocráticos más descentralizados, a todo el contexto socio-económico y geográfico-cultural del país.

Quisiera presentar unas observaciones que pueden iluminar las relaciones y las diferencias entre la realidad mexicana y la realidad europea con particular referencia a la situación italiana, análisis necesariamente esquemático. Me limitaré, pues, a esbozar las diferencias estructurales que se dan entre las dos realidades.

México es un país que presenta contradicciones peculiares y no mecánicamente asimilables a otros contextos. La distribución de los recursos, la disparidad radical entre la capital y la provincia, la composición étnica extremadamente heterogénea, la estratificación de las clases sociales, lo definen como un país en rápido desarrollo. Por un lado se está adelantando rápidamente a nivel económico y tecnológico y por otro, está tratando de resolver con "ajustes" técnico-sociales, las contradicciones históricas y las recién producidas por su mismo desarrollo.

El instrumento principal utilizado por el gobierno es un modelo de dirección centralizado que trata de resolver las contradicciones

* Psicólogo italiano de "Psiquiatría Democrática", profesor universitario en México.

del país mediante elementos de integración y de asimilación comunes a las diferentes realidades.

El primer elemento homogeneizante, arraigado en la historia de la Revolución Mexicana, es la ideología de la "mexicanidad", que propone valores nacionales, contextuales y raciales a la vez, e interclasistas, que tienden a uniformar las distintas clases y componentes sociales.

Se trata de una ideología liberal y nacionalista al mismo tiempo, con la presencia de elementos autoritarios que, por un lado, implementa mecanismos de competencia y de "libre mercado" y por otro, determina un marco socio-psicológico común para facilitar la adhesión ideológica de la población a los proyectos proporcionados.

Me refiero a la ideología de "pertenecer a la misma comunidad", a la intervención dirigida a la homogeneización y al desarrollo de las áreas marginadas y "subdesarrolladas", a las campañas de alfabetización, a la polémica con los Estados Unidos, a menudo demagógica y contradictoria, para subrayar un espacio de identidad nacional.

Para llevar a cabo este proyecto es preciso utilizar un conjunto de instrumentos de integración y de control que puedan al mismo tiempo permitir un ejercicio real del poder y del mando gubernamental.

Las instituciones y la ideología "institucionalista" intervienen en esta etapa del proceso para legitimar los programas por medio de una adhesión masiva al mismo plan.

Fortalecer las instituciones en este sentido, quiere decir crear estructuras donde no existen y estructurar la sociedad por medio de una presencia capilar en el territorio y en las articulaciones sociales. En casi todas las comunidades campesinas, indígenas, de pescadores, etcétera, el PRI está prácticamente presente a través de representantes que pertenecen a la misma comunidad y que aseguran el contacto con municipios menos aislados, reproduciendo la política y la ideología del partido de gobierno.

El caso de las universidades es ejemplar: la autonomía formal que gozan es, muy a menudo, un disfraz para ocultar su verdadera función: la producción-reproducción de normas socioculturales que puedan insertarse en un nuevo mecanismo de desarrollo productivo. De hecho, la mayoría de las universidades mexicanas reproducen las funciones y el organigrama de la estructura central, presentando un alto grado de repartición de las competencias, un aparato burocrático muy fuerte y a veces dominante sobre el componente académico, una estructuración de los papeles definida y jerárquica y una ideología de la agregación (ofrecer una comunidad a los estudiantes con sus leyes, sus reglas, sus rituales, sus estereotipos y sus modelos de socialización) centrada en la preparación del estudiante a sus futuras tareas "institucionales".

Estas características no son, desde luego, evidentes a primera vista. Además, con un proceso contrario fuertemente presente en

el país: me refiero a la penetración económica, cultural e ideológica de los Estados Unidos y a nivel mucho menor, de Europa, esa penetración toma la forma de acuerdos con empresas transnacionales inversión de capital extranjero, reproducción de valores y normas ajenos al contexto social mexicano, difusión extraordinaria de los medios de comunicación masivos (que utilizan material, técnicas, programas y sugerencias propias de los medios americanos), organización cultural fuertemente influida por corrientes y metodologías norteamericanas, etcétera.

Para continuar con el ejemplo de la universidad, se nota, en un panorama no uniforme y diferenciado, una presencia capilar de enfoques y métodos derivados de la reflexión americana. Las carreras de psicología, por ejemplo, presentan una primacía del enfoque conductista aplicado a los trastornos psicológicos y a las modificaciones de los rasgos conductuales. La metodología técnica conductista es, generalmente, enseñada con rigidez y sin tomar en cuenta las referencias contextuales. Esto mismo se puede decir respecto a la enseñanza de la psicología social, reducida a mero manejo de metodologías estadísticas funcionalistas y a la proposición de teorías no dialécticas relativas a la interacción individuo-medio ambiente.

Para disfrazar esta tendencia contraria a su ideología oficial, los aparatos de gobierno necesitan reproducir y construir, donde no existen, categorías normativas y estructuras que puedan proporcionar un modelo conforme a la población en su conjunto.

Mencioné el nacionalismo como instrumento de penetración ideológica y, al mismo tiempo, como factor de unidad. Hay que subrayar un segundo aspecto, relativo a la descentralización de las instituciones en la teoría y a su centralización en la práctica, tendencia que se puede definir como la respuesta a la creciente complejidad de la sociedad mexicana, especialmente el Distrito Federal y las ciudades más grandes (Monterrey, Guadalajara, Puebla y León).

Esta tendencia, que podemos definir como "socialización de la institución", adquiere la forma de campañas públicas y de encuestas dirigidas al análisis de los problemas de las grandes concentraciones urbanas: sobrepoblación, presencia de colonias marginadas, drogadicción, alcoholismo, etcétera.

Se puede poner el ejemplo de la campaña impulsada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en las principales ciudades de la República, dirigida al análisis de la salud, de las características de la vivienda, del índice de morbilidad y mortalidad, de la falta de escolaridad, etcétera. Esta encuesta, aparentemente creada para solucionar los problemas estructurales de las metrópolis, constituye en realidad una recolección de datos necesarios al aparato institucional. Las campañas de este tipo forman parte de una estrategia enfocada a fortalecer las instituciones gubernamentales a través del trato concreto con los habitantes y de la construcción de una relación grupal manipulada.

Los técnicos que se relacionan con los habitantes y que obtienen datos relativos a su condición poseen un poderoso instrumento de interpretación de la realidad. No obstante, los datos no los utilizan para proponer modificaciones sustanciales (que necesitarían de una inversión de miles de millones de dólares) sino que usan la encuesta para perfeccionar los instrumentos de análisis y de intervención de la institución que representan.

Podemos hablar a esta altura, del intento de introducir una tecnología de control social, control todavía "grosero" que no alcanza la perfección del modelo americano, pero que parece perseguir fines similares.

Para lograr estos resultados, los "técnicos" utilizan los medios de comunicación y todo el aparato publicitario y propagandístico a su alcance. Este trabajo se fundamenta en una ideología abiertamente institucional: por ejemplo, las campañas son una medida para acercar los ciudadanos marginados a las instituciones. Socializar la institución no es otra cosa que **institucionalizar la sociedad**, mediatizando los conflictos y "responsabilizando" a los ciudadanos, así que puedan reproducir en su conducta la ideología institucional.

Un tercer elemento de las instituciones mexicanas lo constituye el circuito institucional propiamente dicho: hospitales psiquiátricos, cárceles, asilos para ancianos, institutos de rehabilitación especial. El nivel de atraso espantoso de estas instituciones, su función de mera contención, sus finalidades abiertamente represivas y destructivas, su organización totalitaria, demuestran claramente que estas estructuras se dirigen a las personas "no susceptibles de integración" y de recuperación, a los "marginados integrales".

Aunque en este documento no se pretende llevar a cabo un análisis exhaustivo de las instituciones totalizadoras del país, quisiera subrayar que los tres niveles indicados se relacionan estrechamente y definen una ideología fundamentada simultáneamente en la integración y en la marginación.

La ideología de la "mexicanidad", la socialización de la institución, y la organización institucional "clásica" constituyen una estrategia articulada que delimita espacios normativos precisos.

Las personas y los grupos sociales que no generan contradicciones radicales son objeto de una estrategia integrativa; para los que presentan una conducta totalmente inconforme existe y actúa el canal institucional tradicional en sus ramificaciones.

El elemento central que une y vincula las tres características mencionadas es el centralismo gubernamental o, mejor dicho, los esfuerzos para lograr organización social centralizada, meta actual hacia la cual **van dirigidos los planes** del gobierno.

¿Podemos plantear una alternativa a una situación de tal naturaleza? **¿Puede imaginarse una alternativa real y respetuosa** de la especificidad del país y que no imponga modelos ajenos a la dinámica social mexicana?

En Europa el movimiento de alternativa a la psiquiatría supo aprovechar una contradicción evidente y de gran alcance: la que

existe entre el nivel alcanzado por la estructura productiva y el atraso de las estructuras institucionales totalizadoras. Los compañeros pudieron insertarse en esta contradicción, lograron explicitarla, subrayando con fuerza la naturaleza meramente coercitiva y segregadora de la institución.

El trabajo antinstitucional surgió del interior de la coyuntura histórica particular y de un contexto social determinado y pudo lograr los niveles de presencia e incisión actuales por medio de la constitución de un movimiento organizado que desarrolló su crítica práctica a la psiquiatría en su conjunto. Con esto no quiero decir que el trabajo no pueda ser generalizado. Las finalidades del Encuentro son precisamente el intercambio de las experiencias y la determinación de unos ejes estratégicos comunes a los distintos países; sin embargo, cada país tiene que elegir su forma de lucha antinstitucional conforme a su dinámica social y a sus específicas contradicciones.

México no puede reproducir mecánicamente el esquema de la lucha contra la institución psiquiátrica por algunas razones bien definidas.

1. Porque su situación actual presenta contradicciones distintas de las de los países europeos (desarrollo más rápido, presencia de diferentes modelos de desarrollo, menor nivel de democracia representativa y manipulación de la identidad nacional).

2. Porque el intento de descentralizar el poder y el conjunto de las instituciones "representativas" requiere la constitución de una alternativa que sepa abarcar todas las estructuras sociales introduciendo elementos de autogobierno.

3. Porque constituir un movimiento de crítica a los hospitales psiquiátricos no considerando, además, la impermeabilidad de las instituciones al cambio y su estructura inaccesible, no responde al problema principal que se plantea en el régimen: obtener una adhesión y un consenso de masa a los proyectos institucionales mediante la creación y manipulación de estructuras descentralizadas.

Por estas y otras razones la alternativa a la institución psiquiátrica y al "institucionalismo" oficial, pasa a través de la constitución de una organización y un trabajo territorial que intervenga a nivel global; oponiéndose al concepto gubernamental del territorio como un conjunto de instituciones "socializadas" se podrían fomentar grupos homogéneos de trabajo en los distintos sectores (salud, educación, primaria, secundaria, superior, organización territorial, infraestructuras, transporte, vivienda). Esos grupos, que poseen una representatividad y un trato concreto con los habitantes de las zonas consideradas, son potencialmente capaces de definir el proyecto global a nivel socio-institucional. Si los esfuerzos del ejecutivo se concentran en la centralización de la estructura social, ocultando disparidades, contradicciones, procesos de marginación y explotación, hay que contestar en este mismo terreno desmitificando esta tendencia, buscando agregaciones con los grupos sociales directa-

mente involucrados, proponiendo modelos y estrategias de auto-organización territorial.

Se trata de una alternativa a largo plazo. Sin embargo, se pueden concretizar algunos objetivos parciales para permitir el surgimiento de un movimiento organizado.

Las campañas de alfabetización, llevadas a cabo en las comunidades indígenas o en las colonias marginadas, son un típico ejemplo de la manipulación de las necesidades inherentes a la socialización institucional. La enseñanza del castellano adquiere los rasgos de una penetración cultural compulsiva sirviendo para sobreponer a la cultura y a la organización social de las comunidades un contexto cultural predeterminado.

Alfabetizar no es otra cosa que introducir elementos culturales no dialécticos y elementos ideológicos propios del centralismo burocrático administrativo. La alfabetización desemboca casi siempre en una desculturación que despoja a los miembros de la comunidad de su mundo simbólico, sus viviendas, sus modelos de interpretación de la realidad, sin que adquieran de forma mediata y consciente, otras referencias sociales y culturales.

El encuentro es una gran posibilidad de análisis común y de intercambio de prácticas llevadas a cabo en las diferentes instituciones. Para no limitarnos a yuxtaponer las experiencias y las inquietudes debemos lograr un primer análisis de la realidad del país que sea aplicable a las condiciones específicas que vivimos y que constituyen propuestas unitarias practicables.

PRACTICA INSTITUCIONAL PSIQUIATRICA EN MEXICO

Carlos Rodríguez Ajenjo *

Alrededor de lo que es la práctica psiquiátrica mexicana, creo que ya se ha dicho bastante que es una práctica en dos versiones: una institucional, de corte organicista, hospitalaria, centrada en el modelo médico biológico, consumidora de una buena parte esencial de la producción psicofarmacológica, y otra de corte igualmente reparador, basada esencialmente en explicaciones psicodinámicas, centradas en el diván y sus variaciones e inspirada en las diferentes orientaciones psicoanalíticas, así como en las sucesivas influencias ortodoxas frommianas, grupales, lacanianas y otras de mayor definición heterodoxa.

Sé bien que ésta no es la mejor definición de las dos, pero la uso para distinguir —si se quiere, arbitrariamente— un primer hecho que diferencia la práctica psiquiátrica en su interior, pero que fundamentalmente también se registra exteriormente a ella, esto es, que a nadie le queda duda de que existe una psiquiatría para los pobres (la institucionalizada en los centros estatales) y una psiquiatría de los ricos (de consultorio, privada), aunque entre ambas medien algunas instituciones que, cuantitativamente, no revisten mucha importancia. Y quiero aclarar también que una y otra no son puras en ningún sentido, ni exclusivamente organicistas, ni exclusivamente psicoanalíticas; ni exclusivamente psicofarmacológica una, ni exclusivamente psicoterapéutica la otra.

Sirva en todo caso esta arbitraria distinción para centrar la atención del análisis en la primera de ellas, la más importante en tanto que proporciona mayor cobertura a la población y en tanto que es un apéndice más de la labor estatal.

La psiquiatría mexicana clásica, ésta, hospitalaria, madrastra de todas las demás versiones psiquiátricas en México, nace en el siglo XX con el manicomio general de La Castañeda y su matriz original y gran inspiradora es la psiquiatría francesa del siglo XIX, a la que se agregan decisivas influencias de la psiquiatría alemana y norteamericana, apenas habiendo empezado la década de los veinte. No obstante, creo que puede y debe hablarse de la existencia de una psiquiatría nacional, identificada como una práctica diferente de las que le dieron origen e identificada, igualmente, en tanto que concreción histórico social. A juicio mío, lo que la enmarca es la estrecha ligazón que existe entre esta práctica y el desarrollo del Estado mexicano, particularmente del surgido de la revolución de 1910-1917; y es en este sentido que no me parece de ninguna manera exagerado afirmar que la psiquiatría mexicana no es tan sólo una copia de la psiquiatría francesa decimonónica ni es la vulgarización de los enfoques funcionalistas norteamericanos, sino que constituye una original práctica estatal, cuya utilidad fundamental

* Psiquiatra mexicano, profesor universitario.

para el conjunto del sistema enfatiza más en la salud mental de la población que sólo en la atención de la patología, aun y cuando centre su atención en el campo de la patología mental.

En otras palabras, toda esa gran ideología de la locura que es la llamada teoría de la enfermedad mental en el marco del capitalismo mexicano, ha significado la elaboración y transformación de un discurso sobre la salud mental en cuanto a lo que debe ser y cuyo tema específico ha sido la "enfermedad mental" como concreción de lo que no debe ser; y si bien no es exclusivo de un sistema como el mexicano, este discurso estatal —discurso de poder— tiene una versión original en el transcurso de estos años y en este sentido, la psiquiatría mexicana supera a la francesa con creces; ha necesitado menos refuerzos, ha sufrido menos reformas, ha necesitado menos transformaciones.

Entre La Castañeda y el Fray Bernardino Álvarez o las Granjas —como hemos visto— no hay diferencias fundamentales. México ha transitado por la etapa manicomial hacia la etapa hospitalaria sin transformar grandemente las formas de su práctica ni sus contenidos teóricos. No lo ha necesitado en parte, por ser una actividad íntimamente ligada al Estado y en parte, porque no han existido movi-

Carlos
Rodríguez
Ajenjo



mientos de impugnación suficientes en cantidad y en calidad para obligar a un cambio radical aunque sea el que plantea El Gatopardo: "Algo tiene que cambiar para que todo siga como está".

Este sello de la psiquiatría mexicana, de enorme peso frente a un estado como el mexicano, inédito hasta cierto punto, marca la fortaleza y la restringida autonomía de esta práctica. Más aun, la fortaleza que asume en sus momentos críticos proviene precisamente de su pertenencia estatal. Poner en jaque a la psiquiatría en México es atentar directamente contra el Estado mexicano y esto no es tan sencillo. Por eso también, la psiquiatría mexicana se permite el lujo de sentarse a la mesa con sus críticos, de tolerar cierto nivel de disidencia en su interior y aceptar, refuncionalizando para sí, experiencias innovadoras siempre y cuando permanezcan bajo su control.

Como un dato anecdótico les quiero relatar que el Estado mexicano premió a la compañera Teresa Gurza con el Premio Nacional de Periodismo por sus (entre muchos de sus valiosos) reportajes que realizó sobre las granjas psiquiátricas.

¿Cuál es el papel que esta práctica está cumpliendo?

Hay un segundo punto que es el uso capitalista que tiene la psiquiatría y sus finalidades, que en el caso de la psiquiatría mexicana yo quisiera remarcar brevemente. Creo que cada vez que se repasa la historia de las instituciones psiquiátricas o del pensamiento psiquiátrico o de la práctica psiquiátrica, siempre caemos en la tentación de considerar a la primera como si fuera un **continuum** de sucesos más o menos concatenados en donde perdemos toda proporción dialéctica en el análisis. En el caso de la psiquiatría esto es notable. Por ejemplo, en la transición de la visión medieval y el momento asilar, se olvida frecuentemente la radical transformación estructural que significó el proceso de la Revolución Industrial, que marcó una radical transformación —valga la redundancia— en las formas de asistencia asilar a los locos. Más aun, el surgimiento de la mirada psicoanalítica, por ejemplo, se explica más en relación con el genio de Freud que con lo que sucedió en aquellos momentos en la base de la sociedad.

A mi juicio, el caso de la psiquiatría mexicana es muy ilustrativo para evidenciar que es la operación propiamente capitalista de la sociedad la que configura un espacio histórico para la locura, en tanto que enfermedad mental, así como un discurso específico, igualmente histórico sobre ella, que desde sus orígenes está ligado a la esfera de la acción estatal en una línea refuncionalizadora enmarcada en el proyecto que el propio Estado tiene de la nación, esto es, en tanto nación de la burguesía.

La salud mental, la ideología de la locura, la enfermedad mental, son variantes significaciones, concreciones de la finalidad propiamente capitalista del Estado. Por ello y más que nunca creo que

es indispensable analizar o repensar la historia de la psiquiatría mexicana bajo la égida estatal, analizar la historia psiquiátrica en tanto apéndice del Estado y en estricta relación o vinculación con la lucha social, recordar la doble finalidad del quehacer estatal en el campo de la locura: de un lado, la evidente necesidad que el estado capitalista ha tenido de aislar, encerrar, dominar a la locura, controlar al loco y explicar médicamente su locura, y de otro, más importante, el deber que tiene de refuncionalizar la locura estructurándola en una mesiánica visión de la salud mental, en tanto que es "una estrella polar que guía nuestros pasos por la senda de la felicidad y la concordia". La locura así, en tanto que desviación, es el no ser; de aquí que deba vérsela ascépticamente, escuchando de ella sólo la parte que se quiera escuchar, negando cualquier participación social en su génesis y en su distribución.

Todo este discurso sobre la locura tiene un uso en el sentido de que sobre él se estructura toda una concepción de lo que debe ser la salud mental. En el caso mexicano es evidente que existe una desproporción entre ambas funciones. De un lado tenemos la más tradicional, cruel e inmovible práctica manicomial hospitalaria y de otro, de manera muy sutil tal vez, esa refuncionalización estatal de la locura. Parece ser que la presencia estatal es más necesaria en el campo de la asistencia del loco que en la elaboración de una teoría estatal de la salud mental, no obstante que la situación no es tan sencilla.

La omnipresencia estatal en la sociedad, no sólo consagrando un régimen presidencialista en el caso de México, sino estructurando un régimen corporativo de masas, tal vez no requiere una presencia tan obvia de los elementos de una teoría del deber ser mental, pero ello no excluye el uso estatal de la teoría de la desviación social, incluida la locura, como uno de los ingredientes fundantes de su política de control social. Tal vez cambie el aparato y en este caso Fidel Velázquez sea mucho más útil que Ramón de la Fuente, pero —repito— ello no excluye la aplicación de este modelo a otros ámbitos. Pensemos entonces en la funcionalidad del régimen carcelario, en la funcionalidad de Televisa, de Alarma, etcétera.

El estatismo tan aparente de la psiquiatría mexicana en estos 71 años no obedece al hecho de que, por ser mexicana, es subdesarrollada. Creo que los controles sociales del Estado mexicano funcionan con relativa eficiencia y, sin que esto quiera decir que el régimen es invencible, si quiero llamar la atención sobre lo que el propio Franco Basaglia decía acá, hace tres años, acerca de la necesidad de ser gramscianos en el sentido de reivindicar el pesimismo de la razón y el optimismo de las voluntades.

Reconozco que no existe hasta el momento —o al menos yo no la conozco— una versión analítica acabada de este doble papel jugado por el Estado frente al problema de la locura. Este tal vez sea uno de los campos en el que debemos profundizar más.

Sin tener una respuesta acabada sobre el particular, los invito a reflexionar colectivamente el punto.

¿Qué hacer, dónde hacerlo?

Finalmente, sobre el problema del qué hacer y dónde hacerlo, creo que el propio Basaglia tenía mucha razón cuando planteaba que el problema de la definición sobre las alternativas que en la práctica psiquiátrica hay que buscar, plantea el problema del qué hacer y el problema de dónde hacerlo. Ha sido un error histórico cometido con frecuencia el aplicar, mecánicamente y acríticamente, experiencias externas a la realidad de nuestros países. Las experiencias ajenas hay que conocerlas, analizarlas y confrontarlas con nuestra realidad sociohistórica, haciéndonos acompañar de un esfuerzo creativo que parte de esa misma realidad para contestar entonces la cuestión del qué hacer. Hay experiencias en México que nada tienen que ver con las de otros países y que constituyen verdaderos intentos nacionales por encontrar alternativas a la práctica; habría que conocerlas con mayor amplitud también.

No obstante, aparte de reconocer una respuesta propia, nacional si se quiere, en la propia historia de las prácticas psiquiátricas se encuentran por lo menos tres elementos que deben ser considerados en la búsqueda de alternativas.

En primer lugar es obvia la existencia de un específico ámbito de acción, más o menos favorable, para intentos transformadores que en el caso mexicano se evidencian con particular nitidez en un campo estrictamente azaroso y acotado dentro de las instituciones.

En segundo lugar, la presencia de una organización institucional monolítica, muy rígida, que en México evidencia con gran claridad un control piramidal que consagra el poder médico por sobre todas las otras instancias, cercano a una centralización casi absoluta del poder, en este caso, en la mafia de Ramón de la Fuente y que, entre otros efectos, impide un claro reconocimiento de cuál es el "enemigo".

Finalmente, la relación estrecha que existe entre los movimientos de impugnación, crítica u oposición en el interior de determinado sector de la sociedad con movimientos de lucha social, traductores a su vez del choque existente entre el grado en el que se han desarrollado las fuerzas productivas y el tipo de relaciones sociales surgido de ello, en donde el Estado mantiene un esencial papel regulador y en donde, como en el caso de la psiquiatría mexicana, actúa acotando los márgenes de acción de antemano. En México hoy el espacio abierto por ejemplo, por la reforma política, parece haber encontrado eco en muchas voces otrora opositoras, con el consiguiente desplazamiento de muchos de los problemas de su ámbito específico al ámbito inespecífico que la propia reforma política abre. Parece pues que la opción es o luchar por la transformación en sí misma de la práctica o hacer esta lucha ligando los movimientos de alternativas a movimientos políticos amplios, democráticos y fundamentalmente radicales.

DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA ATENCION DEL PSIQUISMO EN MEXICO

Eduardo Cooley *

Para localizar los antecedentes de cómo se empieza a atender el psiquismo en México, es necesario reconocer el contexto ideológico político del que surgen sus instituciones, ver su desarrollo en la época colonial y seguir su transición a una organización estatal para llegar, finalmente, al nivel de consolidación actual. En estas etapas es necesario no perder de vista el estatuto jurídico que las sustenta y la ideología que legitima la norma y la acción técnica, además del marco de las instituciones en que se desarrollan, especialmente las de salud y las correlativas al control y a la represión.

El término **psiquismo** es una variante que tomo de Ansió, quien propone llamar psiquistas a todos los psiquiatras, psicólogos, educadores especializados, etcétera. Por facilidad usaré el término y en cierta manera también lo usaré como vida mental.

El trabajo tiene una parte historiográfica inmersa en el análisis, que eliminaré, y lo remitiré a dos obras que tratan de esto ampliamente. Uno de ellos es un anexo o apéndice que venía en la publicación de las memorias del segundo encuentro de 1978, editado por Extemporáneos, **Antipsiquiatría y Política** (1) y otra que toma la historia desde las instituciones españolas, de Somolinos D'Ardois, **La Historia de la Psiquiatría en México** (2).

La parte a la que me referí es la proposición de tomar la historia analíticamente en amplio sentido, ligándola al desarrollo de las estructuras de las instituciones de salud y, desde luego, al proyecto del sistema social que hemos tenido en diferentes etapas.

Por otra parte, es también indispensable seguir el nivel de lucha que han señalado, implícita o explícitamente, los cuestionamientos a las instituciones, las presiones populares por mejor asistencia y las alternativas planteadas para el cambio.

Con estos dos componentes, el del desarrollo de las instituciones y su articulación con la correlación de fuerzas en la lucha de clases en cada momento, es posible seguir el análisis del desarrollo institucional de la atención del psiquismo, enmarcándonos en el materialismo histórico. El movimiento de la reforma religiosa, iniciado en 1408 y finalizado un siglo después, nos presenta como productos fundamentales la proliferación de feligreses protestantes y los signos que anuncian un nuevo modo de producción: el capitalismo. Pero, para nuestro estudio, ofrece especial importancia al provocar la respuesta de la Iglesia Católica Apostólica Romana la

* Psiquiatra mexicano.

1) Rodríguez Ajenjo, C. "El Quehacer Psiquiátrico Mexicano", en **Antipsiquiatría y política**, Ed. Extemporáneos, Méx. 1980.

2) Somolinos D'Ardois, G. **Historia de la Psiquiatría en México** SepSetentas, Sep. México, 1976.

llamada Contrarreforma, que pretendía recuperar el control de los territorios conservados y mediante la utilización de la ideología religiosa, de nueva creación, lograr el control de la población para beneficio propio y de las monarquías que de su poder dependían.

En esto nos remitiremos al martirio de las brujas, a las primeras instituciones españolas creadas en Valencia y después a las órdenes religiosas, entre las que nos llega la de los Hermanos de la Caridad, en honor de San Hipólito, fundada por Bernardino Alvarez.

En este contexto, a mediados del siglo XVI encontramos la encrucijada producto de la Conquista y la Contrarreforma. Por una parte, la inercia de la sociedad esclavista autóctona con atención deificada, a base de conjuros y plantas medicinales. Esto daba margen a que hubiera protección del grupo humano en el que se insertaba quien presentaba alguna problemática psíquica, que aún permanece viva a través de la llamada psiquiatría popular o folclórica, las psicoterapias no profesionales, el curanderismo, etcétera. Permanece muy difundida esta influencia y arraigada en nuestra población, pero se describe y se reconoce poco su existencia entre los técnicos. Por ignorancia y poco acceso, nada podemos hablar de su participación histórica.

Por otra parte, la intervención eclesiástica es el ariete colonizante a base de una occidentalización de los indígenas y de un control que la ideología política y religiosa ha ejercido a través de la Santa Inquisición como institución represiva, demonológica y condenatoria, que a base de torturas y ritos purificatorios corregía o desaparecía a los disidentes. El trato ignominioso a la dignidad humana realizado en los sótanos de su edificio y otros recintos especiales, aparentemente desapareció y quedó en el olvido con la independencia de España y la remodelación del palacio de la antigua facultad de medicina, pero cabría preguntar si la función social del Santo Oficio desapareció con la colonia en cuanto a los miles de presos, perseguidos políticos y desaparecidos, y si este mecanismo ha desaparecido. La respuesta es evidente. Esta institución generó en la vida independiente una serie de organismos estatales llamados "instituciones de protección social" (léase instituciones de represión).

Lo anterior es historia poco conocida. La que sí se ha difundido es la de aparentes experiencias únicas en la historia de la atención de los problemas del psiquismo. Son relatos sin historia y amícticos, en base a dos personajes: Fray Bernardino Alvarez, fundador de la Orden de la Caridad o de San Hipólito y del hospital en su honor, y José Sáyo, de cuya obra se derivó la fundación del Hospital de la Canoa, administrado por la Orden del Divino Salvador en el momento en que ésta ya no pudo sostener la obra. La técnica fundamental es la práctica de la caridad y protección a los desamparados e inocentes; esta ideología terapéutica era coincidente en pleno con la otra cara del cristianismo, el de las enseñanzas de Jesús. Así, pasa a la historia como una práctica antecedente de la psiquiatría actual.

En cuanto al desarrollo institucional de la psiquiatría estatal, vemos que el siglo XIX es prácticamente una transición de este sistema colonial aun administrado por eclesiásticos hacia la beneficencia pública, que se crea en 1878.

La dirección de la beneficencia pública era una dependencia de la Secretaría de Gobernación. En 1917 pasa a ser departamento de Salubridad, dependencia ésta que evoluciona hasta consolidarse como Secretaría en 1943. Entre tanto, en 1910 es inaugurado el manicomio de La Castañeda como una institución alternativa a La Canoa, que había generado informes muy semejantes a los que posteriormente vimos respecto a La Castañeda y a los hospitales de la última década que se han llamado de la Operación Castañeda.

Cuando La Castañeda se deterioró por sobrepoblación, represión, robos, etcétera, se generó hacia los 50s una reacción pública y entre 1963 y 1967, el manicomio es sustituido por once más, que representan el sistema actual de atención hospitalaria como Dirección General de Salud Mental, misma que se presentó como una alternativa oficial.

Posteriormente han surgido 16 instituciones más, que suman alrededor de un total de seis-siete mil camas para internamiento. En los últimos cinco años (1976-1981) han proliferado también los pisos psiquiátricos en los hospitales como el IMSS, el ISSSTE, etcétera. Se han presentado instituciones alternativas en lo comunitario como el CREA, los CIJ e instituciones que incluyen a la familia como el DIF.

En realidad, en los últimos treinta años se ha notado un gran auge, por lo que planteamos la situación de consolidación del proyecto asistencial del Estado. En los aspectos de legislación y normatividad se han generado también instituciones como el Instituto Mexicano de Psiquiatría. A nivel de la administración profesional se generaron los Consejos de Especialidades en el área médica y el de psiquiatría se funda hacia 1971. Proliferan las escuelas y los cursos de psiquiatría, psicología, trabajo social, educación especial, etcétera.

Ante este auge, la autoridad del psiquiatra se empieza a cuestionar y surge, como lo vemos acá, el psiquiatra focalizado como el dueño del poder en las instituciones y satanizado como el miembro terrible de las mismas, en las que coparticipan también otra serie de profesionales dentro del staff, que hemos de cuestionarnos como cómplices de la agresión humana.

En la década anterior asistimos, pues, a la consolidación del proyecto oficial de atención de los problemas de la salud mental, en el que se identifica claramente una atención manicomial y, por tanto, de terapias orgánicas. Por otra parte, a través de proyectos aparentemente alternativos como los programas comunitarios, se han constituido como policía médica. A través de la pretendida interdisciplinariedad se ha infiltrado el psiquismo en instituciones de trabajo, de educación, de protección y represión social y por medio de una pretendida comprensión de la realidad, se proyectan las

instituciones a través de los medios masivos de comunicación. Esto significa que en la aparente incoordinación y diversificación institucional existe de fondo un proyecto claro de control sobre la población, por medio de la alienación al sistema político mexicano, de la enajenación del tiempo para sí a través del trabajo, la educación y la recreación, dejando el proyecto asistencial para resolver las consecuencias de las contradicciones que provoca una vida alienada, pues aquéllos que se manifiestan a través de los llamados trastornos psicopatológicos se atienden en instituciones de salud mental, los trastornos de disidencia con el sistema social a través de instituciones para la represión; los trastornos de la participación económica, a través de las instituciones de beneficencia; aquellos de la disensión con lo académico, a través de instituciones de reeducación; los trastornos del consumo, a través del Instituto Reorientador del Consumo, etcétera.

Esto enmarca en México el desarrollo de posibilidades de alternativas de lucha, su organización y desarrollo teórico-técnico de atención de los problemas de la vida mental; es decir, el término de trabajadores de la salud mental plantea aquí una reducción a los técnicos sólo entrenados exprofeso. Esto reduce las posibilidades de organización al incluirse sólo a los técnicos y docentes. Es necesario ante todo definir este grupo amplio de posibles participantes en la lucha, que incluye a estudiantes, trabajadores, administradores, técnicos y profesionales, así como a la población en general para buscar su impacto en la superestructura en favor de un psiquismo desalienado.

Estos ciclos institucionales de escándalo público y reforma se ven repetidos frecuentemente, lo que nos propone un nuevo ámbito de lucha más allá de las instituciones. Yo plantearía aquí tres posibles intervenciones que podrían buscar una clasificación de las diferentes luchas que se han llevado a cabo y de ahí definir el campo de lucha que nos corresponde.

El primer tipo serían las agrupaciones de acción reivindicativa en las que se promueven los derechos de los internos y de la población general para una política gubernamental en salud mental afiliada a las necesidades populares. Esto de las necesidades populares tiene la limitación de que no se han definido con claridad, pero podemos afirmar que éstas pretenderían incidir en políticas diseñadas por los técnicos unilateralmente; también las que obedecen a proyectos de control del Estado, aquéllas que promueven beneficios a la manipulación en la inversión transnacional, principalmente en la química-farmacéutica; aquéllas que dirigen a la población a un consumo donde el valor de uso se malversa en beneficio de los intereses ajenos a la población, etcétera.

El segundo tipo estaría en los propios trabajadores y estudiantes de la salud mental, donde podemos mencionar las luchas diarias de los estudiantes y docentes en la mayoría de las instituciones educativas que proponen una enseñanza libre de controles represivos en el técnico al prepararse para tratar los problemas de la vida

mental, y las luchas de los trabajadores que han promovido mejores condiciones de vida y trabajo en las instituciones de salud mental, tales como la Asociación de Residentes en Salud Mental (1976-1978), los trabajadores del Sindicato Nacional de Salubridad, específicamente de los hospitales psiquiátricos, y el de Sitrasam CIJ. También estarían las organizaciones y asociaciones del área que denuncian la situación de la atención de la salud mental y se oponen al poder hegemónico oficial, representado en forma legitimada a través de actos médicos. Podemos mencionar como ejemplos la Dirección General de Salud Mental y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, así como el control que ejerce el Consejo Mexicano de Psiquiatría a partir de lo académico.

En tercer lugar estarían las luchas de las organizaciones políticas y sociales, los sindicatos y los partidos políticos que han promovido la reglamentación de eventos sociales, políticos y económicos que afectan la vida mental y a su vez promueven las mejores condiciones de vida y trabajo que favorezcan una vida mental desalienada y autónoma. Desgraciadamente este tipo de luchas no han sido suficientemente estudiadas ni organizado el abordaje de su comprensión para que repercuta su análisis en favor de una organización popular para la defensa de una vida mental desalienada. Los estudios se han dirigido en mayor proporción a hacer la denuncia del estado de cosas en las instituciones de salud mental, hacia cuestionar el rol del psiquiatra y la discusión ideológica sobre la locura y sus correlativos.

Otras situaciones que frecuentemente se ventilan en trabajos y conversaciones es la lucha por el poder en las instituciones y las pugnas interburguesas de quienes las controlan políticamente. Con esto quiero decir que hasta ahora el análisis de las luchas en México se ha enfocado a la discusión de la producción teórica contestataria, los planteamientos del discurso oficial y los ataques que sufren a diario los internos en sus derechos humanos, estando en ciernes aun los desarrollos de tácticas y estrategias populares para las luchas reivindicativas que favorezcan una vida mental desalienada, la descalificación del prejuicio sobre el enfermo mental, una preparación técnica adecuada para asesorar las necesidades que plantean los grupos populares; es decir, en México, en esta área, estamos en el periodo y en la necesidad de recuperar la experiencia de las luchas señaladas para elaborar el proyecto de esas tácticas y estrategias que dirijan la lucha.

Por otra parte habría que decir, como siempre, que el nivel crítico, el nivel de cuestionamiento, de búsqueda de alternativas, casi siempre se ha centrado exclusivamente en el campo llamado de la salud mental. Plantearíamos si habría otros tres niveles que posiblemente podrían generar desarrollos y participaciones más amplias. El primero de ellos se refiere al control que se ejerce sobre los llamados anormales, aquellos que son identificados como sujetos que no han sido "socializados" adecuadamente y entre los que pueden considerarse los niños con problemas de conducta en la

escuela y la familia, los adolescentes que consumen drogas, los adultos llamados delincuentes, indigentes, disidentes, etcétera. Estaríamos aquí en las instituciones educativas y de represión.

El segundo nivel se refiere a los programas consecuentes al proyecto educativo que abarcarían a la población general, tanto a través del disfraz de programas de educación para la salud mental, llamado prevención primaria, como a través de cursos curriculares que encadenarán, en su calidad de expertos, al tratamiento de los enfermos mentales y anormales en las instituciones de salud, educación y readaptación social.

El tercer nivel para incidir en la lucha es el de la manipulación masiva, que dirige y conserva el proceso de socialización de los individuos hacia el consumo en una forma que malversa el valor de uso, hacia el trabajo enajenado que carece de realización para el ser humano y hacia la participación sociopolítica sujeta a las organizaciones oficiales, que aliena a intereses ajenos al individuo y a un sistema social solidario y participativo.

Ante este panorama de desarrollo estatal plenamente identificado en sus intenciones, pero no del todo conocido en sus procesos, nos enfrentamos a una lucha general inconexa, lo que obliga a organizar en nuestro país un frente amplio que tenga intervención en todos los sectores. Esto plantearía la necesidad de una revisión sistemática de la historia que analice el proyecto total de la clase-estado en el poder, concientice las experiencias de las luchas populares y de los trabajadores y estudiantes de la salud mental y repercuta en un proyecto alternativo de organización popular y técnica que prevenga las alteraciones en la vida mental, provocadas por las instituciones y fenómenos sociales que favorecen la alienación.

Periódico mural del Encuentro.



Mario Campuzano Montoya *

Todas las estructuras sociales a lo largo de la historia de la humanidad, han tenido que definir conceptos sobre la salud y la enfermedad y establecer las prácticas sociales correspondientes.

Los orígenes del modelo médico, su vigencia actual, su ideología

Es hasta fines del siglo XVIII y principios del XIX que se instituye el modelo médico fundado en una concepción empirista y positivista, conformándose gradualmente como la práctica hegemónica social en cuanto a los problemas de salud y enfermedad, aunque a su lado existan otras prácticas paralelas, ya sea de raigambre tradicional (la llamada medicina popular o folclórica) o académicas marginales (como la medicina homeopática que ha tendido a ser asimilada por el modelo hegemónico), o aun las llamadas "terapias no profesionales", generalmente de fuerte contenido místico, como la dianética o los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.

De acuerdo con Menéndez, los caracteres estructurales del modelo médico son: biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, mercantilismo y eficacia pragmática.

Estas características tienen que ver con las necesidades planteadas por el desarrollo capitalista, que determinará su vigencia y dinámica tanto en lo referido al modelo médico como en cuanto a la práctica médica misma.

"El biologismo del modelo médico —señala Menéndez— se caracterizará por el exclusivismo creciente de las explicaciones biológicas sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas; esta exclusividad supondrá en los hechos la negación de los factores sociohistóricos. Este biologismo conducirá necesariamente a la concepción de una "historia natural" (es decir bioecológica) de la enfermedad, donde la "historia social" queda excluida".

Esto quiere decir que el biologismo favorece, como función ideológica, el ocultamiento de los factores sociales e históricos que actúan como determinantes de los procesos de salud y enfermedad.

El individualismo, su complemento necesario, permite la conversión de un problema colectivo en un problema privado, manejado por un grupo profesional (los médicos), legitimado por el consenso social. Enfatiza la enfermedad más que la salud y determina en la población una actitud pasiva de receptores de servicios en lugar de una actitud activa, participativa y decisoria, en la que la salud apa-

* Psiquiatra mexicano.

rece en su dimensión real de problema social y político, con las reivindicaciones correspondientes a lograr por los trabajadores.

El mercantilismo del modelo, como es obvio, tiene que ver con las necesidades capitalistas de darle a toda actividad de salud un valor de cambio. Esto, naturalmente, se refiere no sólo a los médicos, sino a los insumos utilizados, especialmente los medicamentos.

Por último, su eficacia pragmática que le ha dado superioridad sobre prácticas alternativas, es lo que ha determinado en buena medida su aval colectivo.

Incluye, asimismo, un ejercicio estratificado de la atención médica: en el hospital público para las clases de bajos ingresos y en el consultorio privado para los sectores privilegiados de la pequeña y gran burguesía.

Naturalmente, el modelo médico en tanto práctica profesional es consecuencia de la división social y técnica del trabajo y tiende, necesariamente, "a enmascarar los procesos sociales profundos que condicionan la situación diferenciada de salud".

La aparición de las especialidades médicas, el origen dual de la psiquiatría

El enorme progreso de las ciencias físico-naturales y su amplia utilización para el desarrollo de los conocimientos médicos, motivaron la necesidad de la fragmentación de la medicina en distintas especialidades que facilitarían el manejo del creciente cúmulo de información; cada especialidad tomó a su cargo un área corporal determinada o un grupo determinado de funciones, siempre entendidas bajo su determinación biológica exclusiva.

De esta manera nace la psiquiatría clásica u organicista, rama de la medicina clínica, que comparte con ésta su marco de referencia y su metodología. Las enfermedades mentales se entienden como la expresión de funciones alteradas cuya base orgánica se da por descontada y a la que se supone encerrada en un área muy especial: el cerebro.

Esta psiquiatría es la que ha estado ligada, hasta el momento actual, a los sitios de internación: el asilo, inicialmente, el manicomio después y, más recientemente, los hospitales psiquiátricos.

Posteriormente aparece la psiquiatría dinámica, con Freud, no como una nueva especialidad de la medicina, sino como una disciplina diferente, con un modelo de referencia, una metodología y un lenguaje propios. Esta psiquiatría ha tenido como institución fundamental para sus actividades la del consultorio privado y no será mayormente abordada en el curso del presente trabajo.

Huelga decir que en el transcurso del tiempo ambas psiquiatrías han venido interaccionando, influyéndose de manera desigual en uno y otro lado, en la búsqueda de superar la vieja disociación mente-cuerpo, pero manteniendo fuera y velando los determinantes sociales e históricos, situación igual al resto del ámbito médico.

Del asilo al hospital o el dilema entre cura y control

Hemos visto ya cómo el quehacer psiquiátrico tiene que ver con situaciones que se suceden, cuando menos, en cuatro niveles:

a) **Nivel sintomático.** O sea el nivel más simple de la relación entre el hombre y sus sufrimientos.

b) **Nivel conceptual nosotáxico.** El nivel de abstracción que implica definir a ese sufrimiento en una coordenada de abstracciones más o menos ambiguas, que corren entre polos antitéticos como normalidad-anormalidad o salud-enfermedad, y que suelen darse en una mezcla desigual de saber e ideología.

Los criterios de salud y enfermedad mental también se sustentan en normas que refuerzan el ascendente de los sectores dominantes y que, al igual que las normas jurídicas, sirven para adaptar a los individuos a las condiciones de producción.

c) **Nivel organizativo institucional.** Esto refiere a la organización de los sectores sociales encargados de realizar las labores correspondientes y al establecimiento de las instituciones donde tengan lugar las acciones.

d) **Nivel social.** Es el nivel más amplio de relación con la estructura global de la sociedad. Así, por ejemplo, las normas mencionadas previamente se establecen en base a un sistema de representaciones y a una infraestructura de relaciones sociales de producción que varían según el curso del desarrollo histórico. Aquí se encuentra la determinación última, en las diversas sociedades, a partir del desarrollo dialéctico de la relación conocimiento científico modo de producción, que lleva implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia.

Veamos con mayor detenimiento la parte que se refiere al nivel institucional, el hospital psiquiátrico, y sus interrelaciones con las estructuras sociales en el devenir histórico.

Para esto hay que rastrear sus orígenes desde el periodo clásico hasta la edad moderna, donde a partir del éxito sanitario logrado por las medidas de exclusión social realizadas con los leprosos se logra desterrar, en amplia medida, este padecimiento en el viejo continente.

A partir de ahí se establece una ecuación ideológica: a los seres humanos "desviados" hay que excluirlos de la sociedad, lo que se realiza en un primer momento histórico desterrándolos y encerrándolos en uno ulterior.

Aparece así la primera y fundamental contradicción en la tarea propia de esta disciplina profesional: en un extremo, en función de su origen médico y de su legitimación social en este orden, su función de **curar**; en el otro, en función de necesidades específicas

de la sociedad, por el temor de lo diferente y por la baja capacidad curativa de los psiquiatras, un nuevo encargo social, el de **controlar** al loco, aislándolo en el manicomio, manteniendo así la seguridad y tranquilidad de la sociedad y buscándolo incorporar al sistema de producción.

Aparecen así todos los niveles mezclados del saber y de la ideología en torno a estas dos funciones contradictorias: curar y controlar. Curar de acuerdo con el modelo médico dominante; es decir, bajo los criterios de biologismo, ahistoricidad, enfoque asocial, individualismo, mercantilismo y pragmatismo. Controlar, como una función velada ideológicamente, que busca ejercerse en actividades de normatización de los individuos para su reincorporación al aparato de producción.

Naturalmente, este nivel remite a las relaciones de la práctica psiquiátrica con el poder y tiene una enorme importancia dentro del movimiento realizado por los psiquiatras italianos contemporáneos donde, desde una praxis profesional, social y política, se ha levantado un cuestionamiento y un ejercicio de las actividades que van desde el etiquetamiento diagnóstico, la elección terapéutica y la ubicación profesional y política de los profesionales de esta área. Conjuntamente, se ha dado todo un movimiento antiasilar que ha significado la desaparición de muchos de los grandes manicomios, así como la aspiración de desaparecerlos a todos y sustituirlos por mecanismos de atención ambulatoria y de reintegración a la comunidad.

¿La desaparición del manicomio y del hospital psiquiátrico, su versión más medicalizada si bien no menos represiva, significarán el cierre de una etapa en la psiquiatría, que cancele el encargo social del control y abra las posibilidades a una desideologización de su ejercicio?

Está es una de las grandes interrogantes a aclararse. Y si recordamos la crítica de Marx a los jóvenes hegelianos, su salida está no en la crítica intelectual a una formación teórica solamente, sino en la práctica que dé lugar a nuevas formas de relaciones sociales.

BIBLIOGRAFIA

- FOUCAULT, M. "Historia de la locura en la época clásica". Fondo de Cultura Económica, México, 1967.
- MENENDEZ, E. Introducción en "La salud de los trabajadores", Basaglia, F. y otros. Ed. Nueva Imagen, México.
- MENENDEZ, E., "Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica". Ed. Nueva Imagen, México, 1979.
- PICHON-RIVIERE, E. "Del psicoanálisis a la psicología social". Ed. Galerna, Buenos Aires, 1971.
- PICHON-RIVIERE, E. "Instituciones de salud mental en la Argentina". Los libros, marzo-abril de 1974, Buenos Aires.

LA UNIVERSIDAD ¿PUEDE PRESENTAR ALGUNA ALTERNATIVA A LA PSIQUIATRIA?

Ma. Teresa Doring *

La experiencia que me propongo compartir ahora con ustedes puede, en este momento, no significar descubrimiento alguno respecto de que lo representa en nuestra sociedad, la institución manicomial. Varios de los compañeros que me han precedido en este encuentro han expuesto ya con amplitud, las condiciones e implicaciones tanto individuales como sociales, de la institución que nos ocupa.

Sin embargo pienso que, por más que se hable y escuche sobre este problema, difícilmente se le conocerá y apreciará si no se ha estado, al menos una vez en la vida, dentro de la propia institución. Experiencia que, por otra parte, permite tomar conciencia no sólo de la opresión vivida por el psiquiatrizado, sino también por quienes, no estando dispuestos a anular su conciencia y calidad humana, quedan fuera de los grupos de poder-explotación dirigentes de nuestras sociedades.

Los horrores contenidos dentro del manicomio son difícilmente comprensibles a nivel intelectual, en tanto que la vivencia de los mismos, aún cuando se realice a modo de espectador, es por demás elocuente.

Lo anterior me pareció evidente cuando en mi calidad de profesora universitaria, sin estar en contacto cotidiano y directo con la realidad manicomial, me vi prácticamente "obligada" (ya que se trata de una situación que por "reflejo" había evitado repetidamente) a asistir a la realización de unas así llamadas "prácticas", junto con un grupo de estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana, a la Granja-Hospital Samuel Ramírez Moreno, considerada como institución ejemplar en su tipo.

Como consecuencia de esta experiencia, algunos de nosotros hemos quedado marcados, interesados y comprometidos en la lucha contra la institución manicomial.

Me interesa, de manera especial, comunicar las conclusiones a las que llegó el grupo por mí coordinado, posteriormente a la observación, recolección de información, comparación de datos, etcétera.

Con lo anterior quiero decir que quedó clara la forma en que los propios estudiantes fueron capaces de reaccionar ante una realidad brutal, deshumanizante y básicamente antiterapéutica. De aquí se desprende la preocupación y firme convicción de la urgente necesidad de cambiar los estereotipos de enseñanza respecto de las patologías mentales y la transmisión continuada de falsas "verdades" científicas y principios teóricos que no responden a realidad algu-

* Psicóloga y profesora universitaria mexicana.

na.(1) Se deriva también la esperanza fundada de que, quienes reciban información orientada hacia otros propósitos que no sean la perpetuación del statu-quo y prolongación de errores-horrores sociales, estarán en posibilidad de buscar y proporcionar nuevas respuestas a los problemas a los que se enfrenten aún cuando, en ocasiones, éstas impliquen poner en duda, evidencia y negar, tradicionales dogmas "científicos".

1) Nuestro sistema social fomenta, a través de diferentes tipos de instituciones, la formación de un hombre adaptado a las necesidades que surgen del modo y relaciones de producción capitalista dominante en nuestra sociedad. Así, contempla la existencia de instituciones que se encargan o "cuidan" de aquellos que no se adecúan al modelo impuesto y que pudieran evidenciar y/o representar las contradicciones existentes en el sistema y que éste requiere encubrir por implicar cuestionamientos a su realidad y eficacia.

Los hospitales psiquiátricos, prisiones, asilos, etcétera, son ejemplos de este tipo de instituciones.

2) Los hospitales psiquiátricos contienen y mantienen dos discursos paralelos. Por una parte afirman que su función es de beneficio social al tratar de curar al loco y, por la otra, aislan al individuo a manera de castigo. Esta función de aislamiento, disfrazada de pretendida cura, puede realizarse adoptando formas cada vez más sutiles debido al adelanto tecnológico alcanzado en un momento y sociedad determinados, como drogas más elaboradas, intervenciones quirúrgicas cada vez más especializadas, etcétera.

3) La realidad mexicana nos muestra que los nuevos hospitales psiquiátricos, granjas-hospitales, han caído en las mismas contradicciones, vicios y deficiencias que pretendían superar respecto de "La Castañeda", antiguo receptáculo de los horrores sociales de nuestra sociedad. Esto nos hace pensar que el problema no consiste exclusivamente en la forma como se trata al loco, sino en la concepción y utilización social que se dé a la locura.

4) La concepción de la locura manejada por la psiquiatría tradicional, que consiste en atribuirle un origen biológico hereditario exclusivamente, la desvincula del contexto social. Se encubre así su verdadero carácter y se le utiliza como contención social. Quienes salen de la norma y dejan de ser individuos productivos en términos económicos, corren el grave peligro de ser considerados locos.

5) En respuesta a esta posición surgen diversas corrientes ideológicas que postulan que la enfermedad mental debe entenderse haciendo referencia a las relaciones que se dan dentro de la familia, a su vez representante, reproductora y portadora del tipo de relaciones imperantes en una sociedad determinada. De esta manera, el enfermo mental es el emergente de una problemática familiar social y la enfermedad mental una respuesta al impedimento de una fun-

1 Así pues, el papel de un maestro universitario no es la mera "transmisión de conocimientos", sino la revisión crítica, a partir de la autocrítica, de éstos, así como la búsqueda de posibles alternativas.

ción del ser en y para sí mismo, a través de mecanismos de despersonalización que se inician en la familia.

6) El hospital psiquiátrico no sólo es incapaz de eliminar a la enfermedad mental, sino que por el contrario, la preserva, fomenta, reproduce y puede llegar a ser causa de ella por las siguientes razones:

6.1) Si el individuo es el emergente de una problemática y estructura familiar a su vez reflejo de una problemática social, intentar su rehabilitación evitando todo tipo de intervención en la familia y en las relaciones sociales resulta una pretensión tan ilógica como inadecuada.

6.2) Las relaciones enajenantes existentes al interior de la familia y dentro de un contexto social determinado, factor importante en la génesis de la enfermedad mental, son reproducidas con mucha mayor violencia al interior de la institución psiquiátrica. El absurdo es evidente una vez más.

6.3) Pretender curar mediante cautiverio impuesto, resulta una aberración, si coincidimos en que el hombre es un ser social por naturaleza, ¿cabe cuestionarse esta premisa?

6.4) A causa de la etiquetación nosográfica, el individuo pierde su valor como ser social.

6.5) La violencia de la reclusión implica en sí misma una adaptación al medio, que en este caso se ve representado por la institución psiquiátrica, en la cual el sujeto adopta el papel de loco que se le ha designado y consecuentemente actuará como tal.

6.6) Después de cierto tiempo de reclusión el enfermo se convierte en cuerpo institucionalizado, siendo así incapaz de reintegrarse a la sociedad, supuesto fin de la reclusión misma.

6.7) Un tratamiento basado en el aislamiento y fundamentado en el uso de fármacos y electrochoques implica grave deterioro y en casos extremos pero frecuentes, anulación tanto física como social. Se pretende eliminar, curar la inadaptación social y comunicación inadecuada, motivo éste más frecuente de internación, mediante la anulación total de relación y comunicación libres. Esta anulación queda implícita en la incapacidad física que representa tanto la exclusión del grupo como la administración de drogas y electrochoques. La contradicción es evidente una vez más.

6.8) Los fármacos eliminan los síntomas temporalmente, de tal manera que la enfermedad no desaparece: únicamente es controlada, mantenida y al mismo tiempo, prolongada.

6.9) Tratar el origen de la enfermedad como un fenómeno exclusivamente biológico falsea su verdadera génesis. Consideramos que la aceptación o simplemente la búsqueda de ésta implicaría el cuestionamiento no sólo de la institución psiquiátrica, sino de la sociedad en general.

6.10) La contradicción cura-custodia, que se plantea al interior de la institución psiquiátrica, carece de solución. Así, la institución se ve obligada a optar por una de las dos alternativas. La labor tradicional de la institución psiquiátrica ha optado por la custodia.

6.11) No parece lógico pretender curar mediante una ideología de castigo, ya que esto lleva más al control que al cambio.

6.12) La brutal y drástica represión sexual a que se ve sometido el psiquiatrizado impide el desarrollo libre e integral de su sexualidad, tan necesario para el ser humano. En las condiciones de aislamiento e incomunicación imperantes en las instituciones psiquiátricas se provoca y fomenta el desarrollo de la homosexualidad y la masturbación. Es importante señalar que estas actividades han sido y son todavía (desafortunada y equivocadamente) en gran medida, consideradas no sólo como nocivas, sino como causa y manifestación de locura. La incongruencia del sistema de reclusión es evidente una vez más.

6.13) El grado de represión institucional está expresamente vinculado con el grado de asimilación, por parte de los sometidos, de las normas impuestas. Podemos decir que, dado que la represión en los hospitales psiquiátricos es muy fuerte, los psiquiatrizados carecen en absoluto de oportunidad para manifestar su inconformidad con la política de la institución.

6.14) El análisis del objetivo manifiesto de la institución psiquiátrica, a saber, la rehabilitación a través de la integración o reintegración al círculo productivo, nos revela otra vez dos niveles de fuerte contradicción: Se propone la entrada al círculo productivo sin cuestionar las causas de la desviación de éste. En segundo lugar, se pretende el reingreso al círculo productivo en condiciones altamente desventajosas para el psiquiatrizado, ya que, por una parte, está socialmente estigmatizado como enfermo mental y por la otra, existe un altísimo porcentaje de subempleo y desempleo entre la población "normal". Esto resta enormes posibilidades a los expatientes.

6.15) La falta de productividad en el sentido económico no permite al individuo su manifestación como tal y trascendencia. Retomando a Engels, podríamos decir que la calidad humana es conquistada a través del ejercicio de la capacidad que tiene el hombre de trabajo, entendido éste como la posibilidad de producir planeadamente, medios de subsistencia mediante la transformación de su medio natural. Esta posibilidad es negada, de manera absoluta, al enfermo mental en las instituciones psiquiátricas.

6.16) La llamada ergoterapia, practicada en una baísima proporción dentro de los hospitales psiquiátricos de México, parece limitarse a la utilización del paciente en su calidad de mano de obra barata. Los ejemplos que ha dado la compañera Tere Gurza parecen confirmar esto en cuanto a lavar automóviles, lustrar zapatos, etcétera.

6.17) Existe una mistificación de la violencia y explotación, encubiertas por una supuesta terapia: la ergoterapia, reproduciéndose así la estructura clasista que prevalece al exterior del hospital, sólo que en éste adquiere proporciones más violentas y dramáticas.

6.18) Las condiciones higiénicas y materiales prevalentes al interior de la institución psiquiátrica, son deplorables. Si conside-

ramos que Freud tuvo razón cuando habló del proceso de introyección que realiza el individuo respecto del ambiente y estímulos que le rodean, material con el que integra parte importante de su aparato intrapsíquico, es fácil deducir que las condiciones mencionadas imperantes en estas instituciones resultan óptimas para la introyección de la locura y asunción del papel de loco.

7) Considerando todo lo anterior, nos parece evidente que la función real del hospital psiquiátrico se reduce en la actualidad al aislamiento, negación y eliminación de individuos que representan algún tipo de peligro para el sostenimiento del estatus quo, debido a su ruptura y falta de adaptación a los requerimientos del sistema imperante.

8) En estas condiciones, la simple reforma del hospital psiquiátrico no es la respuesta para la eliminación, comprensión y tratamiento de la enfermedad mental. Por el contrario, implica un mayor esfuerzo por perpetuar, con sofisticada sutileza, las contradicciones que el mismo representa. Vemos que el papel social del hospital psiquiátrico no es ni ha sido la cura y rehabilitación del enfermo, a pesar de lo que se proclame oficial y públicamente.

La labor hasta ahora desarrollada por este tipo de instituciones ha sido exclusivamente dejar fuera del juego a quienes por una serie de razones, entre las que se encuentran componentes individuales, sexuales, familiares, de grupo, políticos y sociales, no han podido quedar dentro de él. Esto es, a los individuos que, consciente o inconscientemente, mediante la manifestación de una crítica que puede adoptar diversos grados de elaboración y rechazo a lo establecido, han cuestionado la validez de las formas y relaciones consideradas por la mayoría como normales.

Ante esta situación, una de las relaciones más cuestionadas y evidenciadas por la acción o falta de ella de estos individuos diferentes, es la relación de producción en un proceso que requiere para su existencia de la explotación, sumisión y negación a diferentes niveles, de unos seres por parte de otros. Un proceso de producción que se justifica y existe únicamente mediante la total o parcial anulación de la mayoría de los seres humanos a quienes, teóricamente, debía servir y cuyas necesidades debía satisfacer.

Juzgamos que en tanto no se revisen y modifiquen las relaciones sociales vigentes, consideradas y sancionadas como adecuadas, tanto en el contexto capitalista como en el que se ha llamado de socialismo burocrático, será poco probable la generación de un tipo de institución que logre alcanzar los objetivos pretendidamente adjudicados en la actualidad a las instituciones psiquiátricas. Podríamos incluso vislumbrar que la desaparición de relaciones humanas de sujeción eliminaría la necesidad de instituciones de contención y castigo. Entendemos que la búsqueda de soluciones a problemas como éste es parte del trabajo por hacer al que nos enfrentamos actualmente.

¿QUIENES LLEGAN A LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS?

Teresa Gurza *

Dicen que los valores de una sociedad se muestran en cómo trata ésta a sus locos. Yo no soy psiquiatra ni podría decir, por tanto, cuál es la mejor técnica o cuál la alternativa a la psiquiatría tradicional. Lo que sí puedo afirmar en forma responsable es que la actitud y el tratamiento que da el Estado mexicano a los enfermos mentales es brutal y contiene toda la violencia de la sociedad capitalista hacia los explotados y que, en el caso de los llamados pacientes mentales, es terrible desde todos los puntos de vista y más aun si tomamos en cuenta que el estado es por ley el tutor de estos mexicanos y está encargado de velar por su atención y bienestar, y lo que hace es avergonzarse de ellos, esconderlos, drogarlos y maltratarlos.

Por esto fue que acepté la invitación de venir a este encuentro y contar lo que vi en cada una de las instituciones a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, autoridad máxima en materia de salud en nuestro país, a las que fui por expresa invitación de un grupo de jóvenes médicos, entre los que estaban Carlos Rodríguez Ajenjo y Alejandro Lloret, trabajadores de la salud en esa época, quienes arriesgaron sus empleos por darme las facilidades para entrar y obtener muchos de los datos para la elaboración de los reportajes, porque consideraron que denunciar la incapacidad del Estado para tratar a los pacientes mentales y la corrupción imperante en el sector es parte de la lucha que dan los trabajadores de la salud.

¿Quiénes son los mexicanos que llegan a las instituciones de salud mental controladas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia? Los que deciden quiénes ingresarán a dichas instituciones son funcionarios de ínfimo nivel de las delegaciones políticas y policíacas, gente del DIF, secretarías que no tienen ni idea de lo que es salud, etcétera, lo que conduce a que un alto porcentaje, sobre todo de los niños, de los mexicanos recluidos en estas jaulas de tigres no tengan en realidad razón de estar en ellas. El 75% de los niños, son niños extraviados que no tienen a dónde mandarlos; yo personalmente revisé las historias médicas y estuve con las autoridades que los enviaron a las granjas. Al entrar en la institución, el niño entra a una maquinaria que le da una pastilla a las doce del día, otra a las seis de la tarde y al poco tiempo comienza a deteriorarse.

Además de los pequeños extraviados, llegan a estas instituciones mentales personas sin hogar y perseguidos políticos, a los que se trata peor que a animales: no reciben ni el alimento ni el tratamiento adecuados ni el afecto necesario para su desarrollo. Diariamente y a la misma hora se les distribuye en forma indiscriminada a todos pastillas de vitamina B; a algunos se les dan pastillas amarillas (Largactil) que los "ponen a girar", decían ellos, y que les

* Periodista mexicana.

producen tal terror que a los que van a visitarlos les piden dinero para pagarles a los médicos y enfermeras para que no se las den. A los niños los tienen amarrados con sábanas porque, según dicen las enfermeras, "se pegan"; todos son bañados a golpes de chorro de manguera. Hombres, mujeres y niños son encerrados dentro de enormes jaulas con candado, todos desnudos. Los enfermeros y funcionarios embarazan a las muchachas.

Durante el tiempo que permanecen en la institución no se les compra nunca ropa. En varias de las clínicas, los enfermos estaban completamente desnudos; no existen baños ni sanitarios; carecen totalmente de terapia ocupacional y la corrupción llega hasta los mismos pacientes. En la Granja Adolfo Nieto, que es sólo de hombres, encierran a los presos políticos en una mole de concreto sin ventanas; los pacientes les lavan los automóviles y les bolean los zapatos a los funcionarios. En la granja que se encuentra en la carretera a Pachuca, que a mi juicio es la peor de todas, a una muchacha acababan de practicarle la lobotomía porque era, según decía en su historia clínica, muy agresiva.

Otra cosa que quisiera decir aquí es que en muchos centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se están recetando en forma indiscriminada tranquilizantes como el Diazepán. Por otra parte, creo que es muy importante denunciar que el funcionario de más alto nivel, encargado de la salud mental en México, ocupa al mismo tiempo como cuatro puestos en el gobierno, además de atender un consultorio particular.

A continuación leeré extractos de algunos de mis reportajes aparecidos en **El Día** del 16 al 24 de agosto de 1978.

(Nota: Las fotos que aparecen a continuación ilustrando los reportajes de Teresa Gurza, fueron tomadas por Félix Guattari y Martín Zapata en la visita al Hospital Psiquiátrico Campestre "Fernando Ocaranza", realizada por la comisión surgida de este Encuentro, como se especifica en la página 89).



EL DIA, Miércoles 16 de agosto de 1978

EL INFIERNO DE "LA CASTAÑEDA" AUN EXISTE EN LAS CLINICAS CAMPESTRES

- A 11 años de la desaparición de aquéllas, la situación de los enfermos mentales es todavía igual o peor que antes.
- Permanecen allí, como si estuvieran en calidad de bienes inventariados de la nación, sin esperanzas de rehabilitarse.

Debido a las pésimas condiciones en que se encontraban los internados en La Castañeda, el gobierno de Díaz Ordaz decidió, en 1967, inaugurar granjas-hospitales que serían un ejemplo en su género. A estos sitios ubicados en las afueras de la ciudad, fueron trasladados los 5 mil habitantes de la antigua "Castañeda".

Se aseguró entonces que la vida de los enfermos mentales en estas granjas sería de tal manera positiva, que el adecuado tratamiento médico, la atención del personal auxiliar y el contacto con la naturaleza permitirían a muchos de los enfermos recuperarse; la rehabilitación sería posible. Los otros, los incurables, se decía, pasarían su vida sin dolor ni sufrimiento; bien atendidos y tratados como seres humanos.

Hoy, 11 años después, comprobamos que declaraciones y promesas no fueron sino eso. La situación de los enfermos mentales en estas granjas es peor o igual que en "La Castañeda".

Cierto que trasladaron a los enfermos a unos hospitales nuevos y llenos de luz, pero con ellos se trasladó el mismo personal, la misma corrupción, los mismos vicios y el mismo sistema que han ocasionado que los adelantos mundiales en materia de enfermedades síquicas, los nuevos tratamientos y las nuevas drogas no hayan podido franquear la entrada de estas granjas, en donde poco o nada se cultiva; de estos hospitales, donde a nadie curan.

...La vieja "Castañeda" quedó atrás... Pero sus problemas entraron en las nuevas unidades y ahí permanecerán quién sabe hasta cuándo.

Una sola excepción: el Hospital de Neurología, que se llevó la mejor tajada y se convirtió, con el tiempo, en centro

de fama internacional y semillero de futuros especialistas, aunque en número muy limitado.

Del centro a la periferia

A los hospitales llamados de agudos se les mantuvo su carga asistencial, una funcionalidad mínima y casi nula capacitación.

Los hospitales para enfermos crónicos, casos menos serios, cumplen solamente con la función de "velar" por el paciente recuperable, al que "componen un poco", para que pueda medio funcionar en la sociedad. Si esto no resulta, siempre queda una solución: del centro a la periferia.

A once años de la famosa operación "Castañeda", la realidad de las instituciones psiquiátricas es pobre y lamentable para decir lo menos. Se han convertido en receptoras de todo tipo de problemas sociales y políticos causados por una sociedad como la nuestra: Ahí van desde prostitutas reincidentes una y mil veces, hasta niños abandonados por sus padres; alcohólicos, farmacodependientes, vagos, enfermos mentales, viejecitos sanos; todo cabe en ellos, excepto el ejercicio de la moderna medicina psiquiátrica. Todo cabe ahí, hasta algunos "detenidos con problemas penales", "interdictados" como les llaman, que aguardan, volviéndose locos, a que se dictamine su suerte. Todo es ahí admitido; ahí va todo lo que estorbe a la circulación citadina.

Este todo que la sociedad rechaza y condena es olvidado en algunas de las granjas para siempre. Su suerte está además influida en forma negativa por las condiciones de alimentación, higiene y tratamiento médico en las que viven.

Frente a hospitales para ricos muy ricos, a los que sólo tienen acceso quienes pueden pagar más de 2 mil pesos diarios por atención, hospitalización y tratamiento, se alzan acusadoras las horizontales clínicas campestres, a donde van los que nada tienen, ni siquiera derecho a una atención médica que los haga útiles a ellos mismos y a la sociedad. Seres humanos que sólo tienen derecho a vivir y morir en jaulas de tigrés...

Son 11 las instituciones dependientes de la Secretaría de Salubridad que asisten a la población mexicana en materia de salud mental. Dos de ellas son para enfermos agudos. Nueve están dedicadas a enfermos subagudos o crónicos:

NOMBRE	ENFERMOS	UBICACION	CUPO	ANTIGUEDAD	HOMBRES	MUJERES	NINOS	
Hosp. Siquiátrico Fray Bernardino Alvarez	Agudos	Tlalpan	650 camas	11 años	X	X	—	
Hosp. Siquiátrico Infantil Juan N. Navarro	Agudos	Tlalpan	250 camas	11 años	+	+	X	
Hosp. Campestre Rafael Serrano	Crónicos recuperables	Puebla	500 camas	11 años	X	X	—	
Hosp. Campestre Samuel Ramirez	Recuperables	Santa Catarina, D. F.	530 camas	11 años	X	—	—	
Hosp. Campestre Adolfo Nieto	Subagudos	Tepexpan	530 camas	11 años	—	X	—	
Hosp. Campestre Fernando Ocaranza	Crónicos Irrecuperables	Tizayuca	600 camas	11 años	X	X	X	
Hosp. Granja Cruz del Sur	Crónicos y Agudos	Oaxaca	200 camas	13 años	X	X	X	
Hosp. Campestre José Sayago	Crónicos	Tepexpan	672 camas	16 años	—	X	—	
Granja La Salud	Crónicos	Tlauhac	450 camas	10 años	X	X	—	
Hosp Granja Cruz del Norte	Mixto	Hermosillo	200 camas	10 años	X	—	—	
Granja Villa Hermosa	Mixto	Tabasco	100 camas	10 años	X	—	—	
TOTAL. 11 instituciones con: 4,682 camas.								

EL DÍA. Jueves 17 de agosto de 1978

CHORROS DE AGUA FRIA, ESCASA COMIDA Y TRATO INHUMANO PARA CURAR A ENFERMOS MENTALES

La granja-hospital campestre de la SSA que hoy visitamos, se llama así en honor de un ilustre médico mexicano, el doctor Fernando Ocaranza, maestro en la Facultad de Medicina en los primeros años de este siglo, el doctor Ocaranza participó en el movimiento renovador de la medicina durante los años de 1920 a 1929, introduciendo planteamientos y técnicas modernas en el sistema de enseñanza. Fue alumno de la gran generación de médicos mexicanos a los que hoy sólo conocemos porque algunas calles de la ciudad llevan sus nombres.

Si el doctor Ocaranza resucitara, seguramente se sentiría agredido, al ver que han puesto su nombre a una institución que nada tiene que ver con la medicina ni con las técnicas modernas; ni siquiera con el respeto a los más elementales derechos humanos de los 600 seres que están internados en este lugar para toda su vida.

Deterioro de los trabajadores

La casualidad hizo que el coche en el que viajaba yo, con un grupo de psicólogas que visitaría el hospital, alcanzara el camión que, por la carretera a Tizayuca traslada a los trabajadores de la S.S.A. que prestan sus servicios en esta "granja".

Esto fue motivo para que las muchachas a quienes acompañaba se refirieran a la actitud que la mayoría del personal —todo afiliado al Sindicato de la Secretaría de Salubridad y Asistencia— tienen frente a los enfermos a su cuidado. De manera que mis informaciones acerca del "Ocaranza", empezaron desde el mismo vehículo que hacia allá se dirigía.

"Ya han perdido toda capacidad de crítica, indignación o asombro respecto de lo que ahí pasa", decían. Abúlicos, con la personalidad trastornada por tantos años de trabajo con enfermos mentales, sin ninguna preparación previa para este tipo de trabajo, sus demandas al sindicato se han reducido a la petición de una prima de 42 pesos mensuales "por los trastornos que el trabajo pueda causar a su personalidad" y a permisos para comprar pan y tortillas en Tizayuca. El grado promedio de estudios que tienen es el de primaria. Unos cuantos tienen conocimientos auxiliares de enfermería. Ninguno de ellos —a excepción de los 4 médicos llamados residentes, pero que no viven ahí y de los 3 médicos psiquiatras de base—



cuenta con capacitación en psiquiatría o conocimientos básicos para el trato con enfermos mentales.

El trabajo es la mayoría de las veces "heredable"; pasa así de padres a hijos, compadres o ahijados. La mayor parte proviene de la Castañeda; los antiguos trabajadores de este lugar, ya jubilados o por jubilarse, han cedido sus puestos a parientes y amigos. Los largos años pasados con los enfermos, la falta de una terapia que los ayude a evitar el propio deterioro y las condiciones de su trabajo ocasionan nerviosismo, pleitos, agresiones y frustraciones que se reflejan en su mutua relación y en el trato a los pacientes. "La palabra favorita de esta granja es 'mañana'; todos hablan de que 'mañana ya no vendrán, pero este mañana se eterniza y aumenta con el tiempo los daños a su personalidad'".

El autobús de la SSA hizo la parada de rigor en Tizayuca, para la compra del pan y las tortillas y nosotros seguimos adelante. A los pocos minutos apareció, a la izquierda del camino, la antigua hacienda mezcalera propiedad del Conde de Regla hasta después del Porfiriato, en donde se asienta el hospital. La hacienda permaneció inactiva hasta 1966, año en que fue

afectada para construir en su interior galerones con camas y elegantes instalaciones que tuvieron un costo total de 13 millones 455 mil pesos. Hoy, la mayoría de ellas está en total abandono.

El terreno que circunda a la granja es árido. Nada está cultivado. La desolación es grande. Sesenta metros de fondo, totalmente tapiados, ocultan los horrores que ahí pasan. En su interior no hay un solo taller; tampoco existen áreas de servicios clínicos, tratamientos o recreación. La terapia ocupacional es desconocida.

Muchos enfermos, todos recientemente rapados, esperan la llegada del autobús con el personal. "¿Qué pasó con mis zapatos?"; "Deme un cigarro", "Salúdeme a mí primero". Es su única distracción durante el día. Mientras, la mayoría del personal se dirige indiferente a cambiarse de ropa, los internos observan que soy nueva, y hacia mí se dirigen en busca de una sonrisa, un apretón de manos o una palabra de afecto. Es mi primer contacto con el mundo del enfermo mental. Tal vez por eso no captó pronto qué es lo que me produce tanta angustia. Al poco tiempo me doy cuenta:

La mayoría de los enfermos, sin importar su sexo o su edad, están desnudos. Algunos se tapan con delgadas cobijas, pero carecen de zapatos. Otros visten una especie de uniforme parecido al de los botones de los hoteles. Todos tiritan. La región es fría y el aire corta la piel.

Después me entero que se visten de la caridad pública, la última donación consistió en una remesa de deshechos de los uniformes de los botones del hotel Princess. La SSA sólo proporciona unas cobijas de muy mala calidad que siempre están húmedas.

Mientras tanto, los trabajadores se disponen a checar sus tarjetas. Asisto al cambio de turno. El personal se prepara de mil diversos modos para iniciar su trabajo —hay quien se maquilla, se peina, discute, o quien nada hace, sino mirar a los demás— este lapso dura aproximadamente una hora; tiempo en el que van creciendo las filas que forman los enfermos en espera del desayuno. Son, aproximadamente, las 9 de la mañana; recibieron su último alimento a las 7 de la noche: frijoles, tortillas y un pan. Hace más de 12 horas que nada comen y están hambrientos.

Me dispongo a recorrer las diferentes áreas.

Manguerazos de agua fría

Delgados, delgadísimos, con grados visibles de desnutrición, encuentro aproximadamente a 50 enfermos de todas las eda-

des —4 a 60 años— encerrados en una inmensa jaula. El piso de esta jaula que recuerda las de los tigres del zoológico está empapado. Charcos, excremento y orines sirven de asiento a aquellos enfermos que en posición de feto, esperan que se les levante el castigo y se les abra la jaula a donde fueron llevados "porque dan mucha lata", según explicó uno de los empleados del turno saliente.

...Al igual que las demás áreas del hospital están llenos de materia fecal, orines y humedad con salitre. Ahí se han quedado aquellos a los que la desnutrición y la enfermedad ha causado graves daños y no pueden moverse. Esperan entre tristes lamentos que alguien los levante y los ponga en el suelo, para poder arrastrarse hacia los fríos cuartos con mesas y bancas de cemento que acá llaman comedores.

Los alimentos les son servidos en pocillos y botes de metal abollados que no alcanzan para todos. No hay cubiertos, todos comen con las manos.



Dieta que cuesta un promedio de 6 pesos al día por enfermo

La FAO manda a México, dentro de su programa de ayuda a países subdesarrollados, dietas complementarias para los enfermos recluidos en las clínicas psiquiátricas. Consisten en leche y huevo deshidratado, pescado seco y aceite. Esta, que debería ser una dieta complementaria, es aquí la básica. Una sola vez a la semana comen carne. La leche está tan adulterada que parece agua de horchata. Al medio día les dan papas, frijoles y zanahorias.

La delgadez de algunos niños es extrema. Recuerdan a los niños de Biafra. Observo a uno de ellos, que busca desesperado algo que comer en el bote de la basura. Le tomé una foto.

La desnutrición, la falta de higiene, la falta de ropa y el baño de agua helada a chorro de manguera, ocasionan un alto índice de mortalidad. El 10 por ciento de los enfermos aquí recluidos —actualmente son 551— mueren anualmente. Según datos del propio hospital, sólo 141 no están desnutridos. Los demás lo están en grados uno, dos y tres.

Niños que no debían estar acá

La sección para niños es una de las que más dolor causa.

Ciento cuarenta y tres pequeños, el mayor de 8 años, pasan ahí unos días sin fin. La mitad, aproximadamente, no debía estar en este lugar según los reportes médicos. No son enfermos mentales, sino niños con el síndrome de Down —mongólicos— o niños abandonados que recoge el DIF y ahí los envía.

Su dormitorio se salva de la inmundicia y el terrible olor que invade todo el hospital. La mayoría están desnudos. Algunos amarrados a las sillas permanecen al cuidado de una enferma mental que les pega y les grita. Muchos gimen desconsoladamente, se encogen para adoptar la postura de fetos y se chupan el dedo.

Algunos corren hacia donde estoy, otros se arrastran con la misma intención. Otros me llaman a gritos. Me quieren contar sus cosas: están tristes; quieren salir de ahí; ¿soy yo su mamá?, ¿por qué no vienen por ellos?

Un niño de lindísima cara y enormes ojos llenos de pestañas, cuya única causa para estar ahí consiste en que "es muy rasguñón" según me dice la enfermera que acaba de llegar, se acerca; me platica que el Día del Niño les llevaron una piñata; de cómo la rompieron; de lo que le gustó la fruta. Durante meses —me dijeron después— éste ha sido su único tema de conversación; sueña y vive, sólo por el recuerdo de la piñata.

Otro tiene las manos pegándose y arañándose la cara. Se



junta a mi cuerpo y voltea su cabecita para verme a los ojos. Llora y me pide que lo saque de ahí. Todos se unen a la petición. Imposible el poder describir las vocecitas suplicantes.

Terrible promiscuidad

Los niños están separados de los adultos sólo para dormir. Cuando están fuera y los enfermos son llevados a las enormes jaulas, comparten con los adultos el castigo.

La promiscuidad es terrible. Me dicen que ha habido varios casos de embarazo. Algunos no han sido causados por los enfermos, sino por el personal masculino. Hace poco funcionarios de la SSA llegaron a la clínica a explicar en qué consiste la planificación familiar para los enfermos mentales a cargo de

esa dependencia: la esterilización, al parecer, pronto se empezará a aplicar.

Las mujeres constituyen el 53 por ciento de la población de la granja. Su sección está en las mismas pésimas condiciones que el resto del hospital. Al entrar ahí corren a darme la mano, a apretarme los brazos o la espalda, a relatarme sus "tristezas", a cerciorarse si soy nueva y si puedo sacarlas de ahí, evitar que sean castigadas o prohibir que se les den pastillas "de esas malísimas".

"Por favor dígame a la enfermera que no me dé la pastilla amarilla que se llama Nayarit (?), ayer me la dio y me quedé mareada y tirada en la jaula toda la noche, no me pude levantar y dormí en el frío".

"Por favor, esta pastilla me hace sentir mareada, me hace girar..."

"Por favor no quiero esa medicina".

Las quejas y los relatos espontáneos —generados buscando un alivio y un contacto humano—, revelan la corrupción interna. "Dígame que me ayude, le pago lo que sea". "Por favor dígame que no me vuelva a encerrar, le doy todo mi dinero..."

"Soy Yolanda para servirle... Por favor no tengo dinero mire —dice enseñándome su portamonedas vacío— no tengo ni un peso; pero cuando junte yo le pago, pero que me trate bien. Ayer me encerró y hoy siento una tristeza grande, grande, que me da calor en las piernas". "Por favor, voy a ser buena que no me encierre. Por favor, que no me castigue, yo le pago".

"Por favor, cuando venga mi hermano Guillermo —dijo una anciana— me va a dar dinero para pagarle y que no me encierre ni me dé la pastilla. Por favor".

"Por favor... por favor... por favor... por favor... por favor..."

En todo momento, en cualquier área, los lamentos son continuos. La situación de los hombres es la misma.

El patio de estar, fría sección de cemento en donde se sientan a esperar que pase un día y otro día, está lleno. Hombres, mujeres y niños desnudos buscando un rayo de sol. Todos se levantan, se acercan, quieren ver si puedo ayudarlos. Estarán muy enfermos, pero me consta que reconocen con facilidad a quien llega ahí por primera vez.

¿Por qué llegan ahí?

¿Quiénes son los que llegan a esta horrible granja? ¿Quién los envía y por qué?

El 84 por ciento de los ingresados a esta clínica llegaron porque no tuvieron "otra alternativa para su manejo". Son

niños o adultos encontrados en la calle por las autoridades y remitidos al "Ocaranza". Este porcentaje abarca también, a los que llegaron de otra institución gubernamental.

Alrededor de 100 no tienen por qué estar ahí. El 40 por ciento del total tienen posibilidades de recuperación si son sacados de este lugar.

Tomemos, finalmente, algunos datos de los reportes:

Desconocido José: enviado por el IPI; retraso mental, síndrome de Down. Tratamiento: sulfato ferroso y vitamina B.

Desconocida Esther: Ingreso hace 10 años derivada de la Castañeda. Tiene parálisis cerebral general desde la infancia. No está en posibilidades de moverse. Tratamiento: sulfato ferroso y vitamina B.

Desconocido Francisco: Ingresó derivado de la Procuraduría por un oficio de la Delegación de Azcapotzalco, del 23



de enero de 1976. Retraso mental. Necesita atención especializada. Tratamiento: Sulfato ferroso y vitamina B. Desnutrición en tercer grado.

Todos los pacientes reciben este mismo tratamiento. En algunos casos se añaden tranquilizantes y anticonvulsivos.

Algunos de los datos anteriores se encuentran en un trabajo presentado en las Cuartas Jornadas de Enfermería Psiquiátrica y elaborado por enfermeras del propio hospital. El trabajo mencionado recibió el primer premio de estas jornadas y la indiferencia de las autoridades de Salud Mental.

Salí finalmente de esta granja llamada "modelo", en el folleto a ella dedicado por la SSA pensando en los 541 mexicanos que permanecen y tal vez permanecerán toda su vida en ese patio de 6 metros de ancho por 60 de largo, ateridos de frío y sin ninguna atención y reflexionando en lo que me dijo la enfermera de pediatría: "¿Qué le parece nuestro pabellón?" Espantoso. "¿Por qué se preocupa tanto? Al principio uno lo ve así, pero después se adapta y ya no lo ve tan mal, si se queda a trabajar con nosotras así le va a pasar..."

Me pregunté por último si el doctor Ramón de la Fuente, director de Salud Mental, había retrasado su visita a esta granja, a donde acudió hace sólo dos semanas porque temía quedar tan impactado como quedé yo...



EL DIA. Jueves 24 de agosto de 1978

POR FALTA DE PROTECCION LEGAL, LOS ENFERMOS MENTALES SE HALLAN EN UN DRAMATICO ABANDONO

- En todas las instituciones siquiátricas hay miles de pacientes que no fueron sometidos a juicio de interdicción.
- Las normas jurídicas que rigen el trato a los dementes, técnicamente defectuosas.
- La terminología de las leyes civiles y penales, inadecuada y anacrónica.

"En el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales encontramos los artículos 24 fracción 3a., 68 y 69 como normas jurídicas aplicables en los casos de enfermos mentales que cometen actos o incurrir en omisiones estimados como delitos. El artículo 24 forma parte del capítulo primero del título segundo y se refiere "a las penas y medidas de seguridad", citando "la reclusión de locos, sordomudos, toxicómanos o degenerados".

"El artículo 68 está redactado en los términos siguientes: Los locos, idiotas; imbeciles, o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán recluidos en manicomios o en departamentos especiales por todo el tiempo necesario para su curación, y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo. En igual forma procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales".

"El artículo 68 tiene, por tanto, dos maneras de ser aplicado. En efecto, si el infractor ha sido identificado previamente como enfermo mental, el juez penal que conozca el caso está obligado a ordenar su reclusión. Esto implica que no es posible aplicar una pena, sino solamente una medida de seguridad que coloque al enfermo en un ambiente hospitalario donde pueda ser objeto de tratamientos especiales y de terapia ocupacional por todo el tiempo necesario para su curación.

Enfermos mentales, no delincuentes

"En realidad los únicos casos en que se puede hablar de posibilidad legal de internar a un enfermo mental de manera forzada —es decir, sin su aceptación— es cuando previamente ha sido objeto de un juicio de interdicción y se le ha nombrado tutor, o sea que ha sido jurídicamente declarado en estado de incapacidad para ejercer sus derechos civiles por un juez popular o civil, de acuerdo a lo ordenado por el Código Civil para el Distrito y Territorios Federales en su artículo 450".

"A pesar de no tener información estadística sobre este hecho, puede afirmarse sin temor a error que en todos los manicomios oficiales y privados de la ciudad de México, son la excepción los pacientes hospitalizados que han sido objeto de juicio de interdicción ante autoridades competentes, ya que por lo general esa medida se adopta solamente cuando existen intereses económicos de por medio".

"De lo anterior se desprende que, si se acataran rígidamente en nuestro medio las prescripciones legales en vigor, resultaría sumamente difícil la hospitalización forzada de los enfermos mentales y, si consideramos el problema en sentido inverso, resultaría que sistemáticamente se viene violando la Constitución, ya que en todas las instituciones siquiátricas se encuentran internados varios miles de pacientes que no han sido previamente restringidos de sus derechos mediante juicio de interdicción".

"Nuestras leyes, tanto penales como civiles, al referirse a las medidas de seguridad y a los procedimientos aplicables a enfermos mentales, usan una terminología siquiátrica inadecuada y anacrónica —locos, imbeciles, idiotas— o bien palabras como inconciencia de los actos, que dan lugar a discusiones frecuentes, relacionadas con la connotación que debe atribuirseles".

"Es también importante hacer notar que carecemos de legislación que permita al Estado, sin violar las normas constitucionales, proteger a la sociedad ante la amenaza que significa la peligrosidad criminal de muchos enfermos mentales, haciendo obligatorio el internamiento de los mismos".

"En virtud de que las normas jurídicas que actualmente rigen el trato que debe darse a los enfermos mentales, son técnicamente defectuosas y prácticamente insuficientes, se estima pertinente sugerir que las instituciones oficiales dependientes del Poder Ejecutivo, especialmente las Secretarías de Salud y Asistencia, y la de Gobernación, en colaboración con el Poder Judicial, mediante comisiones técnicas nombradas al efecto estudien los diferentes aspectos de este problema a fin

de integrar anteproyectos de ley con las necesarias reformas a las Leyes Penales y Civiles, así como de una Ley para Enfermos Mentales o bien un Código de Prevención Social".

(Extractos del trabajo presentado por el doctor Jesús Siordia G., neurosiquiatra del IMSS, en las Primeras Jornadas de Siquiatría Institucional en septiembre de 1967).

DELEGACION INTERNACIONAL DENUNCIA LA SITUACION EN EL HOSPITAL "FERNANDO OCARANZA"

Como consecuencia de los debates, denuncias y análisis del encuentro, se acordó cerrar el evento con la visita de una comisión internacional —nombrada allí mismo para esos efectos—, al hospital psiquiátrico campestre "Fernando Ocaranza".

A continuación reproducimos el reportaje aparecido en el periódico "El Día", el martes 13 de octubre de 1981.

La psiquiatría y sus remedios

DENUNCIAN LAS CONDICIONES INFRAHUMANAS DE LOS PACIENTES DEL PSIQUIATRICO "FERNANDO OCARANZA"

Al término del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas para la Psiquiatría que reunió a medio millar de especialistas, provenientes de distintas partes del mundo, en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, del 2 al 6 del presente, se formó una comisión que realizó una visita al Hospital Psiquiátrico Campestre "Fernando Ocaranza" que funciona en San Miguel Eyacalco, en el Estado de Hidalgo, donde pudieron constatar las condiciones que verdaderamente padecen los pacientes calificados de "crónicos e incurables", visita que motivó la elaboración de un documento en que se denuncia "la situación inhumana, opresiva y de abandono en que se encuentran los pacientes, principalmente, mujeres, niños y ancianos".

"En esas condiciones —continúa el documento— los únicos medios 'terapéuticos' son el encierro, el uso masivo e indiscriminado de psicofármacos y la aplicación de electroshocks", además de "instalaciones y servicios a todas luces deficientes".

A partir de la constatación de las condiciones anteriores, la comisión internacional que llevó a cabo la visita al mencionado centro hospitalario, decidió hacer la siguiente denuncia:

"Denunciamos enérgicamente la reproducción en México de la situación manicomial que reduce a los pacientes a seres infrahumanos; que los aísla y maltrata, sacándolos de su contexto social, para concentrarlos en espacios específicos que los deterioran aún más, so pretexto de acción 'terapéutica'."

"Consideramos —dice la denuncia— que esta forma de des-embrazarse de individuos sufrientes que el mismo sistema social y político produce, oculta y aísla de la sociedad esta parte de sus miembros y ejerce sobre ellos la violencia de la marginación y la "descalificación social".

"Denunciamos esta política de exclusión que se ejerce sobre mujeres, indígenas, grupos étnicos, homosexuales, niños y ancianos", finaliza el documento firmado por eminentes especialistas que participaron en los encuentros sobre Alternativa para la Psiquiatría, entre los cuales figuran los nombres de Félix Gualtará, Robert Castel, Antonio Slavich, Bruno Norcio, Paulina Roias, Antonio Simone, Sylvia Marcos y Arturo Galván, entre otros (VM).

Arriba: visita al Hospital "Fernando Ocaranza". Abajo: la soledad de la locura en el mismo hospital.



Represión, lucha política, terapia feminista:
Jorge Mario Flores, Luz Helena Sánchez.



IV. SITUACION BRASILEÑA

LOCURA Y CONTENCIÓN EN BRASIL

Antonio S. Simone *

Hablar sobre la cuestión psiquiátrica de los últimos diez años en el Brasil, significa poner en evidencia semejanzas entre nosotros los latinoamericanos, que de forma parecida vivimos una realidad común; es decir, una realidad de dominación. En Brasil, esta dominación es ejercida también por la psiquiatría, que inicia sus funciones en el siglo XIX, cuando surgen los primeros trabajos referentes a la exigencia de un nuevo orden psiquiátrico. Son tesis presentadas en las facultades de medicina de Río de Janeiro y Bahía. La elección de los temas no era fruto de ningún curso especializado ni tenía vínculo con la carrera que el estudiante de medicina escogería como especialidad. El estudio de la psiquiatría tenía en esa época un carácter escolar y burocrático. Se limitaba a reproducir el saber de otros, especialmente de los franceses. Las teorías de la época significaban la integración del país en la era de la civilización (Esquirol tenía gran influencia).

Si los locos de París eran aislados en la Salpêtrière y las motivaciones de la fundación de un manicomio tenían sus raíces en la constitución del orden burgués del país, en Brasil, los locos ya eran atendidos en las Santas Casas de Misericordia. No obstante, los teóricos exigen la construcción de un manicomio lejos de la Santa Casa y de los enfermos comunes.

En Francia, la primera legislación concerniente al loco es promulgada en 1839, después de un debate político que se inició en 1789 y un lapso de negociación con la sociedad, de 40 años; en Brasil, la solución del manicomio es adoptada pacíficamente. Nace aquí entonces el espacio asilar, arquitectónicamente determinado para el tratamiento moral y con el intento de realizar una verdadera

* Psiquiatra brasileño.

pedagogía del Orden en un enfermo especial, dentro de un espacio especializado. En 1840 se funda el primer hospital psiquiátrico de Brasil, el Hospicio D. Pedro II. A pesar de las críticas que curiosamente comienzan a surgir en 1874 por parte de los médicos y directores e incluso dentro de la institución, el asilo y sus prácticas se difunden.

Se produce una gran discusión a finales del siglo: ¿A quién pertenece el loco?

Teixeira Brandão pretendía demostrar al Estado las ventajas de la gestión de la locura. La estatización es llevada a cabo en 1903, pero aún hoy esta propuesta sigue siendo repetida en relación con las nuevas formas de administración de la locura.

Sin embargo, sólo a fines del siglo pasado, después del cambio de régimen, de la abolición de la esclavitud y de intensos cambios sociales, la experiencia asilar se difunde.

La población negra —antes confinada al área rural—, ex-monarquistas en desgracia, intelectuales que no se adaptaban a los cambios engrosan las filas de los marginados de las grandes ciudades y se vuelve necesario restaurar el orden del espacio urbano. En el proceso de reestructuración social y urbana siempre se incluye un manicomio. Así, São Paulo, Bahía, Pernambuco fundan sus respectivos manicomios. Minas Gerais se une a este movimiento creando, en 1903, su primer manicomio en la ciudad de Barbacena.

A partir de entonces, o sea desde principios de siglo hasta la década de los 60, el Estado Brasileño consolida el aparato burocrático administrativo y funda un sistema sanitario que abarca determinadas entidades nosológicas (tuberculosis, enfermedad mental) y el sector privado se hace cargo de las enfermedades que permiten una recuperación más inmediata del capital.

A partir del golpe militar de 1964 —realizado en contra de los sectores populares y que llevó al poder al sector militar aliado con el gran capital—, la cuestión sanitaria adquiere nuevos contornos en Brasil.

De manera aún tímida y embrionaria, los sectores populares organizados venían participando, intentando influir, haciendo presiones ante el Estado para que su voz fuera escuchada y pudieran participar objetivamente en la determinación de las políticas de salud que se implantaran en el país.

Con los acontecimientos ocurridos al iniciarse la década de los 60, se impidió la participación popular, se disolvieron sus formas organizativas, los líderes obreros fueron perseguidos y la exclusión fue la norma impuesta por los nuevos gobernantes.

Así, para hablar —como se nos pidió— de la realidad psiquiátrica en el Brasil de los años 70, se vuelve necesario comprender que estos cambios ocurridos en la sociedad brasileña a partir de 1964 determinan de algún modo la situación actual de la psiquiatría en Brasil.

¿Qué es lo que sucede entonces?

Inicialmente, los servicios de salud van poco a poco siendo

centralizados administrativamente cada vez más, en un intento por centralizar el poder. Surgen órganos burocráticos que sustituyen a instituciones antes controladas por los trabajadores y que mantenían su necesaria autonomía, los IAPS. Como un ejemplo de lo antes dicho, el gobierno creará el Instituto Nacional de Providência Social (INPS) que unificará a todos los institutos que cada categoría de trabajadores había formado para su propia seguridad y que podría controlar. En 1966 surge el INPS y, en él, los trabajadores no tendrán ninguna participación.

Poco a poco crece la importancia de este Instituto Nacional que coordinará las actividades de asistencia médica y de Seguridad Social. Este instituto, que vive en constante crisis financiera, optará por realizar convenios con la iniciativa privada en lugar de crear sus propios servicios.

En esta relación con el sector privado se recurre constantemente a prácticas de tratamiento que van en detrimento del propio paciente.

Cuando la seguridad social paga los servicios psiquiátricos privados por unidad de servicio, surge una sobreproducción de actos psiquiátricos, creándose así prácticas innecesarias.

Cuando la seguridad social realiza un convenio con un hospital psiquiátrico privado, éste trata de disminuir el gasto intenso en los pacientes y, al mismo tiempo, intenta —en su afán de obtener mayores ganancias— captar más pacientes, imponiendo una remuneración pobre a los técnicos de salud y registrando, a nivel de cuentas hospitalarias, servicios que no fueron realizados. Además de esto, en el hospital psiquiátrico se da también la utilización “menor posible de la fuerza de trabajo y la subsistencia de las características de vigilancia; de la represión, de las técnicas de disciplinización propias del asilo”.

Así, este sistema propicia cada vez más una privatización de la atención psiquiátrica, a través de este instituto perteneciente al Estado y que utiliza el dinero recaudado compulsivamente de la población para, en lugar de producir sus propios servicios, comprar los de la red hospitalaria privada. En el Estado de Minas Gerais, donde trabaja la Asociación Minera de Salud Mental, de 27 hospitales que mantienen convenios con el INAMPS, 25 son de propiedad privada y sólo dos de estos hospitales son públicos. Tenemos así el siguiente esquema, simplificado para mejor comprensión:

El contribuyente paga el impuesto deducido de su salario al INAMPS.

El INAMPS recauda las contribuciones a nivel nacional.

El INAMPS compra servicios de la Red Privada Hospitalaria.

“En 1973, de los 375 millones de cruzeiros gastados por el INPS en la asistencia psiquiátrica, el 93.7% fue destinado a los hospitales psiquiátricos, casi en su totalidad, privados”.

La psiquiatría, básicamente centrada en los servicios estatales,

los grandes manicomios, pasa a ser también objetivo del capital. De esta manera, surgen cada vez más clínicas de atención particular cuyo objetivo inmediato es el mismo objetivo de cualquier empresa financiera: a saber, el lucro.

La reproducción del capital invertido en el sector hospitalario se realiza por medio del aumento creciente de las hospitalizaciones, de los bajos salarios y de la explotación del trabajo de los profesionistas.

La privatización del sector psiquiátrico significó el crecimiento intenso del número de hospitales. En realidad, la psiquiatría en Brasil siempre estuvo representada por los grandes manicomios, establecidos en la mayor parte del país a través de los años, desde fines del siglo XIX, cuando se fundó en Río de Janeiro el primer hospital para alienados de Brasil. A partir de esta fecha, se inició el crecimiento del número de hospitales para recluir al alienado, hospitales que eran mantenidos por el Estado. Los servicios psiquiátricos brasileños son básicamente hospitalarios. Los internamientos y reinternamientos son una constante y los gastos de la asistencia hospitalaria crecen diariamente.

Para ejemplificar, es oportuno recordar que, en 1977, los gastos en hospitalización psiquiátrica realizados por el INAMPS alcanzaron el 96% del presupuesto total, mientras que sólo el 4% de este mismo presupuesto fue utilizado para gastos de asistencia ambulatoria. Se calcula que, en 1977, se llevaron a cabo 195 000 internamientos innecesarios en los servicios psiquiátricos. De 1973 a 1976, también hubo un aumento de 344% en la hospitalización psiquiátrica. Como era de esperarse, el sector privado hospitalario es representado por una poderosa asociación que es la Federación Brasileña de Hospitales. A través de ésta y de sus órganos estatales, estos grupos ejercen una gran presión sobre los órganos públicos e influyen constantemente, sea a nivel de los proyectos a ser ejecutados o bien en la elección de los administradores que ocuparán puestos decisivos en el sector público. Así, mientras la ganancia es privatizada, los perjuicios son socializados. El Estado, que no representa a la mayoría de la población, va a representar precisamente los intereses de estos grupos privados que lo utilizan, volviéndose un Estado "privatizado".

En este sistema es interesante el hecho de que la demanda se expande cada vez más, aunque sea a costa de considerar "enfermo mental" a cualquier individuo que presente una "desviación". Así, la que está hoy en el hospital psiquiátrico es la clase pobre, el marginal, el desempleado, los mulatos y negros, en suma, los marginados de todo tipo. Para ellos, una terapia de asilo, organicista; para ellos, el electroshock. Para los dominantes, el poder de excluirlos.

"Mientras menor es el poder contractual y político de los usuarios, más represora ha sido la psiquiatría".

El sistema los vuelve indeseables e improductivos; por medio de la norma psiquiátrica y de la disciplina, los recluye. En esto

desempeña un papel fundamental la persona del psiquiatra, en quien "fueron delegadas las formas más salvajes y medievales de la represión y el poder de decisión absoluto sobre la vida y el destino de la gente".

El psiquiatra actúa, así, en dos niveles.

En el primero, atendiendo a la clase popular internada en los hospitales, ya sea como empleado del gobierno o bien de las clínicas privadas.

En el segundo, va a trabajar a su consultorio privado ofreciendo sus servicios a otra clase económicamente acomodada. Si para él trabajador la única posibilidad es la reclusión, para las clases acomodadas existe la posibilidad de tratarse en otro nivel, el de la psicoterapia, en libertad.

Mientras tanto, se agudiza la crisis financiera del modelo implantado en la seguridad social, que ya presentaba problemas desde 1972.

El Estado intenta, en este momento, reformar, agilizar su estructura de atención sanitaria. De ahí que busque una racionalización de los servicios a través de una nueva estrategia: la creación de ambulatorios para responder a la necesidad de expansión de servicios.

En este sentido, parece que, si la antigua estrategia favorecía el confinamiento en manicomios, hoy se corre el riesgo de una penetración cada vez mayor de la psiquiatría en el espacio social al hacerse cargo progresivamente de los conflictos y las insatisfacciones de las cuestiones sociales.

Sobre la tendencia a la utilización de las leyes psiquiátricas en los gobiernos militares, analizaremos en forma resumida algunos casos sucedidos en el país.

Por medio de denuncias verbales en congresos de psiquiatría, tuvimos conocimiento de algunos casos en los que el internamiento psiquiátrico fue utilizado por los sectores responsables, de la represión política del postgolpe. Sin embargo, por la pequeña cantidad de casos a los que tuvimos acceso, no se puede decir que esto constituya una tendencia, aunque se debe tener en cuenta que la represión instalada en el país actuó sobre todos los sectores —y el área médica no fue la excepción—, incluso en el acceso a la información.

Los casos de los que tuvimos noticia:

1. Caso Orlando Sabino. En 1972, Orlando Sabino es acusado como el autor de nueve muertes en la región de Pontal do Triângulo en Minas Gerais. Todos los cuerpos de choque de la policía fueron movilizadas hacia esa localidad. Seis años después, aparece un libro-documento en el cual figura Orlando como un chivo expiatorio de una amplia maniobra antiguerrillera realizada en esa época. Como el número de muertos tuvo gran repercusión en la población a través de la prensa, se creó el mito del monstruo del Triángulo. Orlando fue internado en el manicomio judicial y la contradicción quedó anulada.

Orlando es oligofrénico a nivel de idiotez.

2. Caso Galdino. Líder comunitario de Paraná, es internado en el hospital de Juqueri en São Paulo con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

3. Caso Ivan Seixas. Adolescente de 16 años, participante de la lucha armada que se llevó a cabo en el país. Al morir su padre, fue internado en una clínica para menores en Taubaté. La comisión por los derechos humanos se movilizó en los dos últimos casos.

Estos ejemplos de los que tuvimos conocimiento pueden no ser los únicos; sin embargo, sucedieron en un contexto en el que varias áreas del sector civil estaban involucradas con la represión, incluyendo áreas del sector médico.

4. Caso Herzog. Wladimir Herzog, muerto en las dependencias del III Ejército. El informe del médico Harry Shibata, director del Instituto Médico Legal de São Paulo, testifica suicidio.

5. Caso Dulce Ricas. Acusó a Jean Paul, profesor de anatomía, de haber participado en las sesiones de tortura a las que fue sometida en el DOPS de Minas Gerais.

6. Caso Inês Etiene. Afirma que Amílcar Lobo, miembro de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis, estaba involucrado con sus torturadores.

La situación expuesta anteriormente produjo una profunda insatisfacción en la población. Poco a poco, ésta se ha ido organizando, llevando sus reivindicaciones a los sectores estatales, creando una expectativa sobre el derrotero que tomará la sociedad brasileña. Profundicemos en estas afirmaciones.

En los últimos años, la psiquiatría ocupó un lugar privilegiado por no depender de las leyes judiciales vigentes en el país, constituyendo por esencia siempre la excepción. Se organizó legislando y tutelando, administrando sin legislación.

La demanda se volvió infinita; las dificultades sociales y las reacciones populares fueron absorbidas por la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, el crecimiento infinito de la demanda, aunado a la crisis financiera de la Seguridad Social, crean una situación de contradicción insostenible.

Esta situación debe generar una amplia negociación en dos niveles: en el nivel restringido del sector psiquiátrico y en el nivel más amplio de toda la sociedad.

En el sector psiquiátrico, en la institución que lo representa a nivel nacional, la Asociación Brasileña de Psiquiatría (que, en los años anteriores, siempre representaba al sector privado), surge una lucha para que fuerzas progresistas asuman el poder en esta entidad. Actualmente, la ABP empieza a exigir que su voz sea escuchada en los nuevos derroteros que tome la asistencia psiquiátrica y en la lucha contra las desviaciones surgidas de la privatización, al mismo tiempo que defiende la creación de ambulatorios ligados al área estatal.

En Minas Gerais, la filial de la ABP, la Asociación Minera de Psiquiatría (AMP) se pronuncia frecuentemente a favor de los pa-

cientes y en contra de las arbitrariedades cometidas por los hospitales privados.

A este cuadro se añade el surgimiento de una mayor concientización de los técnicos de su papel social y se aglutinan nuevas tendencias. En 1978, se funda el Movimiento Nacional de los Trabajadores de la Salud Mental que simboliza, aún a nivel embrionario, la necesidad de organización de los profesionales del sector de la salud mental. Basaglia viene a Brasil en 1979; llega con su fuerza y generosidad a formar un espacio crítico que tímidamente ya existía.

Surgen en este momento entidades civiles como la Asociación Minera de Salud Mental (AMSM), en Minas Gerais, que trabaja fuera de las instituciones, buscando una mayor concientización popular en torno a la cuestión de la enfermedad mental, mientras presiona a las instituciones dentro de un proceso que llamamos Renegociación de la Locura.

En São Paulo surge también una Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Loco.

Parece, por lo tanto, que en el interior del sector psiquiátrico están organizándose nuevas fuerzas en busca del ejercicio de un poder y de una teoría psiquiátrica más cercanos a las necesidades populares.

Pero, además del sector psiquiátrico, se viene produciendo una amplia movilización de la sociedad civil debida a modificaciones profundas en el país, a la instauración, finalmente, de un orden democrático. La clase trabajadora —cuyas organizaciones fueron derribadas por el golpe militar— vuelve a organizarse y a reivindicar sus derechos.

La Iglesia, los partidos políticos, las asociaciones obreras, la Asociación de Abogados de Brasil, el movimiento estudiantil, los sindicatos de los trabajadores se unen para expresar la insatisfacción de la nación ante el autoritarismo.

Frente a esta situación y ante la creciente deuda externa y el aumento de las presiones de los sectores organizados de la población, el proyecto político del gobierno necesita ser revisado, viéndose así forzado a mostrar una nueva apariencia, la apariencia de una "apertura" política. Si, no obstante la tendencia del poder judicial es estabilizarse con un nuevo ropaje, al menos embrionariamente deberá tener negociaciones con las fuerzas emergentes.

Dentro de este contexto deberá ser pensada una nueva práctica psiquiátrica en Brasil. Creemos, sin embargo, que esa nueva forma de actuar sólo podrá ser esbozada con otras características (y cuando los psiquiatras y técnicos sean conscientes de su papel social vinculado siempre al poder instituido), si las clases populares se vuelven agentes reales de una nueva sociedad. De lo contrario, la psiquiatría será siempre opresora, elitista y utilizada como instrumento de dominación.

Tácito Augusto Medeiros *

La práctica terapéutica implica una pluridimensionalidad. Al centrar su visión en el hombre en una circunstancia de enfermedad toma en consideración el papel que pasa a desempeñar, como enfermo, en el contexto de sus relaciones interpersonales. La dimensión social, en una visión integral de la persona humana, es supuestamente una de las perspectivas de la Medicina.

En un trabajo anterior analizamos diversos significados que puede asumir la condición de enfermedad: "sentimiento de debilidad, establecimiento de relaciones interpersonales en términos de necesidad de ayuda y de cuidados, la conquista de derechos especiales". Y citábamos a Balint: "creemos que algunas de las personas que, por una u otra razón, se ven en dificultades para resolver sus problemas personales recurren a la enfermedad".

Al ser una circunstancia en el transcurso de la existencia, la enfermedad tiene su historia natural y en ella su historia social. La dimensión social, como perspectiva médica, aclara la comprensión de los problemas para los cuales la enfermedad es una solución: sitúa las proporciones del sufrimiento, de la debilidad, de la dependencia del enfermo ante la ayuda y los socorros de los servicios asistenciales y terapéuticos, y calcula la progresión, la transitoriedad o la permanencia de la condición mórbida y de sus implicaciones en el futuro del paciente. Ahí están referidos los factores etiológicos, la impresión del diagnóstico y las suposiciones pronósticas, orientando la función terapéutica hacia el esquema clásico del modelo médico.

Puesto que la enfermedad es una circunstancia accidental, involuntaria, determinante de sufrimientos, deficiencias y riesgos, la participación social del grupo social en la ayuda al ser humano enfermo es realizada a través de los sentimientos de interés, respeto y solidaridad que caracterizan al ideal de humanidad. La institucionalización de normas que sistematizan esa ayuda es una importante conquista social. El seguro médico se instituye como un recurso terapéutico en la dimensión social de la Medicina. Como todo medicamento, tiene su preparación, sus indicaciones, sus dosis y sus riesgos. Su utilización supone la posibilidad de efectos terapéuticos y de efectos secundarios con riesgo de iatrogenesis.

Así se plantea incluso en el problema de las neurosis. Se evalúa. Ahí está el enfermo. Al revelar sus quejas, sus sentimientos, expresa sus tensiones, sus dificultades, su ansiedad. En el aspecto proteico de sus manifestaciones, se sondea en sus elementos determinantes, se examinan sus repercusiones en los diferentes planos

* Profesor asistente de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad Federal de Pernambuco.



Tácito Medeiros, Antonio Simone.
Brasil y su psiquiatría represora.

de la existencia. En la terapéutica, cuyo objetivo es la integración de la personalidad en la plenitud de sus potencialidades y la rehabilitación social en la capacitación funcional del individuo, se presta atención a las medidas que impidan el fortalecimiento de los factores patógenos. La terapéutica, al tener como finalidad la rehabilitación, se enfrenta sistemáticamente a los riesgos de la cronicidad y de la iatrogenésis.

Es difícil establecer en términos generales o individuales la demarcación de los estados y niveles de incapacidad, así como los límites temporales en los individuos que padecen neurosis. Nuestra Seguridad Social (1) vive y reconoce el problema: "la clave de la cuestión es la evaluación de la incapacidad", confiesa textualmente. Y añade: "la neurosis en sí generalmente no es enfermedad que incapacite... el alejamiento del trabajo sólo es indicado en una minoría de casos bien definidos: estados obsesivos, conversivos y fóbicos, con manifestaciones intensas y graves... por periodo breve o mediano, tiempo indispensable para la recuperación con un tratamiento adecuado".

El seguro médico, con su significado de protección, de remedio social durante la incapacitación existente, gratifica al paciente con ganancias secundarias derivadas de su condición de enfermo y subraya los trazos de dependencia. Se establece una dinámica que debe ser comprendida y considerada por el terapeuta, sin importar qué tipo de patología se encuentre en el paciente. Naturalmente, los aspectos de dependencia existentes en la personalidad del paciente merecen particular interés y la cronicidad se constituye en la permanencia de las condiciones de resistencia en el proceso terapéutico. Se establece una solución neurótica. Las llamadas neurosis de salario, neurosis de accidentes, neurosis postraumáticas, constituyen un capítulo especial en el estudio de las neurosis. La naturaleza de la sintomatología, las actitudes de dependencia y de reivindicación de los pacientes, la participación de los factores psicológicos individuales, de lo social y de lo orgánico, componen un cuadro impreciso que causa dificultades en la evaluación médica. Es una situación universal estudiada por los tratadistas —Ey (2), Noyes (3), etcétera—.

En el sistema de la Seguridad Social brasileña, el llamado oficialmente "seguro por enfermedad", el "beneficio" en el lenguaje del asegurado, es el remedio social para cuya concesión el médico establece las indicaciones. Reportes de la Secretaría de Seguros Sociales del INPS, estudios de personas interesadas en la cuestión, como Luiz Cerqueira (4), han mostrado una preocupación por la creciente utilización del rótulo-diagnóstico "neurosis" como factor determinante en la concesión de seguros por enfermedad. En 1972 (5) son concedidos 39 295 seguros por enfermedad neurótica que corresponden al 8.5% de las concesiones en examen inicial (2o. lugar, después del postoperatorio); en 1973 (6), son 46 785 las concesiones que alcanzan el 9.6% en su proporción, ocupando aún el 2o. lugar. En la prestación de ayuda, las neurosis

pasan a la cabeza con 11% en 1972 y 12.3% en 1973. La duración fue de 300 días en 1972 y de 296 días en 1973.

También nos parece necesario considerar la presión en la solitud de seguros por enfermedad. Se expresa ahí, ante lo que es considerado y experimentado como enfermedad, el sentimiento de debilidad y de incapacidad del paciente y la búsqueda de la obtención de derechos especiales de colocarse en una situación de dependencia como solución neurótica. Esa presión puede observarse en la proporción de negativas y en la inconformidad en las peticiones de reconsideración.

Las opiniones contrarias constituyen alrededor de 1/3 de las solicitudes (36% en 1972, 34% en 1973) y esas opiniones han sido mantenidas en un 70% en ambos periodos, en las peticiones de reconsideración. Esos son los promedios nacionales. Sin embargo, Luiz Cerqueira ya llamaba la atención sobre las diferencias regionales que se encuentran en el análisis de esos datos.

Veamos solamente el año de 1973. Comparemos lo que sucede en la región comprendida entre los estados de Maranhão y de Sergipe, y el llamado Centro-Sur que abarca los estados de São Paulo, Paraná, Guanabara y Rio Grande do Sul. Es el criterio de la diferencia entre los más pobres y los más ricos; es decir, donde son diferentes los índices de desempleo, de distribución de salarios, de niveles salariales, etcétera.

En los estados más pobres fueron solicitados 115 667 seguros por enfermedad, con 68 017 opiniones contrarias; en los más ricos, las solicitudes fueron 314 830, con 81 956 negativas. En relación con el número total de solicitudes, 20.7% son de los estados más pobres y 56.7% de los más ricos. En relación con el número total nacional de negativas, 36% son de los estados pobres (hay que recordar que correspondieron a menos del 21% de las solicitudes) y 43.7% son de los más ricos (es decir, el 56.7% de las solicitudes). Esas mismas negativas corresponden al 58.7% en relación al número de solicitudes de las regiones más pobres, y al 26% en los estados ricos, cuando la proporción nacional fue de 34%. El lugar más alto en el promedio nacional fue ocupado por los estados pobres (mientras que el promedio nacional fue el 34% en ellos varió de 41% a 71%, mientras que en los más ricos de 18% a 32%).

Las peticiones de reconsideración fueron 85 664 en los estados pobres, con 64 313 negativas (75%, siendo el promedio nacional de 70%). En los estados ricos fueron 127 203, con 83 648 negativas (65.7%). De nuevo los países pobres ocupan el lugar más alto.

Es importante considerar, pues, la relación entre la población de asegurados activos y la de incapacitados transitoria o permanentemente beneficiados con seguro por enfermedad e incapacidad por invalidez.

Nos enfrentamos, al prestar atención a problemas médicos, con la evidencia del problema social. En los reportes de la Secre-

taría de Seguros Sociales del INPS, son llamados factores extra-enfermedad y, en una evaluación de la función médico-pericial de cada estado, se critican las condiciones de complacencia y de inconsistencia que señalarían sus actitudes ante esos factores.

Gerardo da Frota Pinto (7), al investigar las características sintomatológicas en un grupo de 10 000 neuróticos, en un ambulatorio de Salud Mental de Ceará, destaca las quejas de somatizaciones y conversiones ("falta de nervios", "dolor en el entendimiento", "falta de aire", "garrote en la cabeza", "dolor en el corazón", "vacío en el estómago", etcétera), reacciones agresivas, ataques histéricos, estados fóbicos, estados depresivos ("desánimo", "cansancio", "debilidad", "ganas de acostarme para morir"). Son pacientes de condición socio-económica precaria, atraídos por la gran ciudad, provenientes del medio rural abandonado por la dificultad para sobrevivir.

Se esgrimen como factores de enfermedad el hambre crónica, las parasitosis, las condiciones orgánicas innatas (raza, mestizaje) o adquiridas. También se justifican las medidas que sitúan a las neurosis en los primeros lugares como causa de internamiento en hospitales psiquiátricos. No cabe duda, recordando a Balint (8), que el recurso de enfermarse puede significar la solución para resolver las dificultades personales. La condición socio-económica desfavorada va acompañada de condiciones orgánicas desfavorables, pero es fundamentalmente una condición existencial, a nivel de las relaciones interpersonales, de los papeles sociales a desempeñar.

A nivel individual, el cuadro neurótico descrito anteriormente se erige sobre una situación social y es la expresión de una enfermedad social. Es preciso verificar si los recursos terapéuticos están siendo utilizados curativa o iatrogénicamente y evaluar el límite de acción de las medidas médicas.

Es comprensible la ambición terapéutica en el médico. En ese sentido, se establece la eficacia y la validez de los recursos utilizados, pero es necesario darse cuenta de las racionalizaciones que distorsionan el proceso terapéutico.

En este análisis llama la atención el hecho de que los hospitales públicos, único recurso de que disponen los desempleados (desposeídos incluso de los beneficios de la Seguridad Social), internan menos neuróticos que los hospitales particulares, ocupados casi exclusivamente por asegurados. Eso está probado de sobra. En la mesa redonda sobre la Psiquiatría Social en Brasil, durante el II Congreso Brasileño de Psiquiatría, en Belo Horizonte, Luiz Cerqueira (9) señaló que las admisiones por neurosis aumentaron en un 89% en los hospitales públicos y en un 204% en los hospitales particulares, durante el quinquenio 1965-1970, constituyéndose en el tercer factor de internamiento en Brasil (en 1950, ocupaba el 8o. lugar). En el informe de la Comisión Permanente para Asuntos de Psiquiatría (CPAP), de Guanabara, en 1968, el diagnóstico de psiconeurosis ocupaba el primer lugar entre las primeras admisiones de asegurados en un hospital particular de aquel estado, mientras

que en Brasil correspondía al tercer lugar de todas las primeras admisiones. Tómese en consideración el hecho de que es en el Nordeste (precisamente en la región de los estados pobres citados) donde el índice de internamientos es mayor; corresponde a 6 beneficiarios por 1 000 asegurados, casi el doble del promedio brasileño de 3.2% en 1970 (datos proporcionados por el informe de Luiz Cerqueira (9), en la mesa redonda del II Congreso ya citado).

El hambre, las parasitosis y otros factores orgánicos existen y tienen mayor peso en aquellos que incluso carecen de las garantías de la Seguridad Social. Sin embargo, no es en su grupo donde el diagnóstico de psiconeurosis justifica con mayor frecuencia la hospitalización psiquiátrica.

Se establece aquí una relación entre el índice de hospitalización por neurosis y la búsqueda y concesión de seguros por enfermedad basados en el mismo diagnóstico.

La ayuda por enfermedad es un remedio social transitorio. Atiende a la necesidad social del paciente durante la circunstancia de su enfermedad, pero no resuelve la patología social, donde ésta exista. Puede representar un factor iatrogénico en el plano individual o en el plano social al ser utilizado irregularmente.

Para el obrero no calificado, capaz de desempeñar únicamente trabajos insalubres, con remuneración insuficiente, completada con largas horas extras de servicio; habitante de chozas miserables, mal alimentado, que ocupa sin prestaciones y sin estabilidad una vacante conquistada después de penosos días de caminatas, de colas y negativas; sometido a una estructura jerárquica que lo oprime, la enfermedad y los síntomas neuróticos son la solución inevitable. El tratamiento, la curación, ofrecen el riesgo y la perspectiva de renovar la situación. Los programas de rehabilitación se estancan ante una resistencia invencible y justificada.

Esta es la imagen de nuestro paciente. En el nordeste, el informe del Club de Ingeniería de Bahía (10), presentado en el II Encuentro de Ingenieros del Nordeste en 1972, mostraba la preocupación por el desempleo, citando al economista Rubens Costa, ex-superintendente de la Sudene. En la década de los 60, el porcentaje de producción en esa región en relación a la nacional había disminuido de 31.6% a 29%; se había mantenido el porcentaje de ingresos internos (14.8% y 15%); había aumentado la participación en la recaudación de ingresos federales (5.5% y 7.3%) y la utilización de tecnología desplazadora de mano de obra había agravado el problema del desempleo y del subempleo.

La enfermedad puede ser la solución que, además de la ventaja de proporcionar ingresos seguros, constantes, justifica la permanencia en instituciones que, con el pretexto de atender y curar, cultivan al paciente como materia prima que asegura ganancias en las inversiones.

Se conjugan el sentimiento de impotencia del médico ante el problema social, las motivaciones del paciente y los intereses económicos para efectuar la distorsión de un importante recurso tera-

péutico social. Con paliativos se aseguran la permanencia, la cronicidad de la patología individual y de la patología social. Tal vez algunos ganen; en realidad, todos perdemos.

Es la realidad que se presencia cuando se verifican las resistencias a medida que pretenden disciplinar los internamientos psiquiátricos, como la creación y la conservación de la Central de Psiquiatria, en Pernambuco, servicio de emergencia que ha impedido incluso que los pacientes sean buscados en sus casas para reinternamiento, en vísperas del término del seguro por enfermedad, como ya ha sucedido. Es la misma realidad que conlleva el alto índice de reinternamientos y en los ambulatorios que funcionan precariamente y sirven de puntos de presión.

La patología social puede y debe ser conocida por los médicos para comprender su dimensión, sus efectos. Corresponde a los médicos verificarla para alertar al científico social, al legislador, al economista, al político: a ellos corresponden las soluciones, para que, eliminados esos factores patógenos, puedan permanecer las condiciones médicas y sean realmente efectivos nuestros recursos.

Aún se puede parodiar al viejo Machado: a los médicos, la medicina.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Secretaria de Seguros Sociais do INPS. Manual do médico perito.
- 2) EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, CH. Manuel de Psychiatrie, Masson et Cie., Paris, 1963.
- 3) NOYES, A. P.; KOLB, L. C. Modern Clinical Psychiatry, W. B. Saunders Comp. Philadelphia, 1963.
- 4) CERQUEIRA, L. Auxilio-doença por neuroses e psicoses. Plano Conjunta de INPS, pg. 75-82, Rio, 1970.
- 5) Secretaria de Seguros Sociais do INPS. A atuação da pericia médica, 1972.
- 6) Secretaria de Seguros Sociais do INPS. A atuação da pericia médica, 1973.
- 7) PINTO, G. F. Condição sócio-cultural e neurose, J. Bras. Psiquiat. 19: 15-21, 1970.
- 8) BALINT, M. El médico, el paciente y la enfermedad. Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.
- 9) CERQUEIRA, L. Um quinquênio de assistência psiquiátrica no Brasil (Estatísticas 1956/1970 para uma avaliação preliminar). Relatório ao II Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, 1972.
- 10) Clube de Engenharia da Bahia. A atuação da SUDENE no nordeste. Relatório ao II Encontro de Engenheiros do Nordeste, Recife, 1970.



Brasil participa:
Cristina Gueiros,
Regina Barbosa,
Ana Heisel, Marina
Costa, Vera Comus

POLITICA DE LA SALUD EN BRASIL

Gabriel Figueiredo *

La política de salud en Brasil es hoy privativa, controladora y normalizadora. Transforma la enfermedad en mercancía y al enfermo en un cheque al portador. El campo de la psiquiatría específicamente ha sido siempre marginalizante, represivo y enajenante. Con el surgimiento de la dictadura militar, ese carácter se mantuvo; las prácticas siempre se basaron en la hospitalización y en la utilización de terapéuticas agresivas, tales como electroshocks, camisas de fuerza y cuartos de aislamiento. Esta situación sigue vigente, ampliándose el arsenal con los neurolépticos.

Lo que cambió con la dictadura fue la política de la privacidad de la asistencia médica. Esto repercutió en la psiquiatría de la siguiente manera: las ganancias obtenidas por las empresas médicas son mayores, según el número de intereses y según el tiempo que el paciente permanezca en las instituciones; los empresarios de la psiquiatría necesitan entonces favorecer el surgimiento de un estado crónico del paciente, mediante internaciones prolongadas, medicaciones excesivas y alteraciones en el diagnóstico. La situación de la asistencia psiquiátrica en Brasil, en síntesis, puede resumirse hoy día en cuatro puntos:

- 1) Manutención del carácter represivo y enajenante de la psiquiatría.
- 2) Privatización de la asistencia psiquiátrica.
- 3) Predominio de la hospitalización sobre otras formas de tratamiento.
- 4) Cronificación de los pacientes.

Con el avance de las fuerzas populares, las propuestas alternativas que componen la base del discurso de los partidos políticos de oposición y de las entidades médicas y psiquiátricas progresistas son, en líneas generales: *

- 1) Desactivación del estado autoritario.
- 2) Sindicatos libres.
- 3) Derecho de huelga.
- 4) Elecciones libres y directas para gobernadores de estado y presidencia de la república.
- 5) Promulgación de una asamblea nacional constituyente libre y soberana.
- 6) Legalización de todos los partidos políticos de oposición, incluyendo los comunistas.

* Psiquiatra brasileño, director de una clínica de psiquiatría social en una "favela" de Brasil.

- 7) Fin de la práctica empresarial en la medicina.
- 8) Política de no internación.
- 9) Promoción de prácticas de consulta externa con técnicas terapéuticas alternativas.
- 10) Participación de las clases populares en la elaboración de las prácticas de salud.

Parece claro que, en función de este cuadro, estamos viviendo una fase de propuestas reformistas. Cuándo y cómo un país tan extenso y complejo como Brasil dará un salto cualitativo en el sentido de transformaciones más profundas, no se puede decir. Son muchas las variables en juego. Sólo la historia lo dirá.

Ana Pitta Hoisel de Brasil.





Paulina Macías,
Carlos Arango
de Colombia.

V. SITUACION COLOMBIANA

CONTEXTO SOCIOHISTORICO DE LA LOCURA EN COLOMBIA

Alvaro Villar Gaviria ● Bernardo Jiménez Domínguez *

El modelo médico de la locura ha sido visto como el triunfo científico de la psiquiatría sobre el oscurantismo religioso de la Edad Media; sin embargo, el lenguaje médico había sido ya aplicado a la locura entre los griegos, en el siglo V, dentro de un contexto en el que la locura era temida por sus connotaciones religiosas y relacionada con la ignorancia y la irracionalidad.

Suena paradójico que Zilboorg (1) afirme que si se cambia la palabra bruja por paciente en el *Malleus Maleficarum*, el manual de los inquisidores, escrito en 1486, se tendría un magnífico tratado de psiquiatría clínica.

Durante la Edad Media, la Iglesia quemó, por lo menos, ocho millones de pretendidas brujas (ancianas, jóvenes y niñas), lo que constituye un verdadero exterminio de sexo, según Ehrenreich y Deirde (2). ¿Por qué el 85% de las víctimas de la Inquisición fueron mujeres? El principal delito de las brujas o mujeres sabias era el de curar, en una época en que la medicina era artesanal y estaba básicamente en sus manos, mientras la Iglesia abogaba por el dolor como un merecido castigo de Dios.

El Renacimiento quita a la pobreza sus posibilidades místicas y el Estado pasa a encargarse de ella como problema. El loco, visto

* Psiquiatra y psicólogo respectivamente. Alvaro Villar Gaviria es autor de varios libros sobre enfermedad mental y clases sociales.

también sacramente por la Iglesia, recibe un tratamiento policivo, convirtiendo la exclusión en encierro, un encierro que cobra cada vez un carácter más utilitario, al servicio del orden establecido. El trabajo da a los asilos carácter correccional y, a la vez que facilitan la absorción de los ociosos y la prevención de conflictos políticos, proveen mano de obra barata: se encierra al que se sale de los marcos. De esta manera, la locura se convierte en un problema político, tratado con la represión más inhumana y los más abyectos trabajos.

En el siglo XVIII se reforma el status social del loco y se le recluye en sitios especializados, no existiendo ya para él otra posibilidad fuera del encierro: La familia burguesa de la nueva sociedad industrial verá en el asilo una solución para librarse del miembro inútil.

La Revolución Francesa se extiende hasta los asilos y Pinel libera a los locos de sus cadenas, iniciándose la era asistencial con los dos primeros hospitales mentales modernos: Bicêtre y la Salpêtrière. La psiquiatría nace así, medicalizando un problema social. El llamado **modelo médico** irrumpe al servicio del capitalismo libre-cambista. El tratamiento moral inaugurado con Pinel y desarrollado con Tuke, Connolly, Ruts y otros, dio paso en la psiquiatría moderna al predominio de lo médico y lo somático, a la luz de un crudo reduccionismo biológico. Freud se encargará de categorizar lo psicológico dentro de este modelo y de medicalizar su origen social a través de un proceso de transformación del vocabulario terapéutico, que retoma la tradición griega.

La tendencia somática condujo a la ilusión de que todos los desórdenes mentales pueden ser explicados en términos de patología cerebral. Con este enfoque, la psiquiatría del siglo XX logra descubrimientos terapéuticos tan refinados como la lobotomía, el electrochoque y los tranquilizantes. En 1938, Cerletti y Bini, teniendo como laboratorio un matadero de cerdos, encuentran la terapia electroconvulsiva, que Heather (3) califica de **crimen contra la humanidad**. Laboritt y Hugenard descubren en 1949 la clorpromazina, que permite a los psicóticos salir de su encierro y a algunos, incluso, hasta del hospital. En 1952, Delay, Deniker y Harl descubren sus propiedades "antipsicóticas" y Weber lo logra con la reserpina, en tanto que Robitzek encuentra la iproniazida como antidepresivo y Kuhn, en 1957, agrega a la lista la imipramina.

En la década de los 60, la psicofarmacología cobra plena vigencia. Esta nueva camisa de fuerza química se caracteriza porque no cura, ya que no ataca verdaderamente los problemas; en realidad, es un tratamiento que produce la enfermedad conocida como iatrogénica (enfermedad del tratamiento).

Tal vez, más criminal que el electrochoque es la psicocirugía u operaciones del cerebro para modificar el comportamiento y cuya forma más conocida es la lobotomía. La psicocirugía, actualmente en boga, suprime la agresividad y junto con ella tantas otras cosas que sus víctimas pueden quedar convertidas en idiotas.

El siglo XX ha sido también el siglo de la psicoterapia, que pretende curar lo rotulado por las categorías del pseudodiagnóstico psiquiátrico, todas ellas con una base común. Según Torrey, son como diferentes marcas de dentrífico; la defensa gira alrededor del color o el sabor, pero, en esencia, la sustancia es la misma.

Las terapias dependen de un punto de vista común entre el terapeuta y el paciente, como atributo para su eficacia. En realidad, son técnicas de resocialización basadas en la ideología del terapeuta quien, por lo general, coincide con la ideología social dominante.

En los 60s, lo social y lo político invaden la neutralidad psiquiátrica y el cientificismo salta en pedazos con la crítica antipsiquiátrica, pero como no puede existir una psiquiatría contra el sistema, se la niega en los 70s y llega hasta declarársela muerta. Nosotros, aquí, dialogamos sobre posibles alternativas.

En 1759, gracias a una donación del virrey Solís, se creó en Colombia la primera dependencia para enajenados, dentro del Hospital de San Juan de Dios, en Bogotá, fundado en 1564.

Lino de Pombo, en su "Recopilación de Leyes de la Nueva Granada", que abarca hasta 1884, dice: "Deben los empleados de policía impedir que anden por las calles, plazas y caminos públicos, locos o personas furiosas, haciendo que las que se presenten sean retenidas y aseguradas en sus casas por sus deudos, o en los hospitales u otros establecimientos de caridad. También impedirán que nadie tenga en los mismos lugares animales feroces, venenosos o dañinos".

En 1835, el gobernador de Cundinamarca dictó un decreto en el que se disponía que en los hospitales se aislaran "los locos y los enfermos contagiosos". En 1847 se fundó el primer manicomio para varones; el Asilo de Bogotá comenzó a funcionar en 1870; la "Casa de Locos" en 1874. Diez años después, una comisión de médicos, designada por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, conceptuó al manicomio como "foco de insalubridad".

El "Asilo de las Locas" conservó tal nombre hasta que, por iniciativa del doctor Alfonso Martínez, le fue cambiado por "Hospital Neuropsiquiátrico" durante su dirección, de 1950 a 1959.

Es posible hacer referencias concretas acerca de la última época que fechamos a partir de 1968, año en el que se celebraron conjuntamente dos congresos psiquiátricos en Bogotá: el VIII Colombiano y el V Latinoamericano. De ellos quedan dos documentos fundamentales: la Historia de la Psiquiatría en Colombia y los Anales, publicados bajo el rubro de "Psiquiatría en América Latina" (2).

La enseñanza en las diversas facultades de Medicina se halla a cargo de las mentalidades más tradicionalistas y conservadoras, situación que es todavía más evidente en los institutos psicoanalíticos. La psicoterapia está reservada a tres o cuatro ciudades grandes.

La crítica nació de los profesionales llamados "para-médicos", psicólogos principalmente, a raíz de su irrupción en gran número, a las instituciones clínicas, y se centró no sólo contra los proce-

dimientos carcelarios, sino contra la utilización mercantil de la gente indefensa, su uso para encubrir delitos con un diagnóstico y con hospitalización y contra el "lavado de cerebro" a altos costos para jóvenes que consumen drogas no formuladas.

Gregorio Berman, expresidente de la APAL y autor, entre otros libros, de "Nuestra Psiquiatría" (5), nos señaló muchos puntos de incoherencia y de contradicción en nuestra profesión, además de su absoluta inutilidad, con excepción de unos pocos privilegiados. Pudimos percatarnos del manejo que de nosotros hacían los poderes sociales, económicos y religiosos.

Franco Basaglia vino por primera vez y nos relató su experiencia de Gorizia. Vinieron también psicodramatistas como Guillermo Rojas Bermúdez y Mónica Zureti, y nos llegó abundante literatura de todas partes.

Los intentos de introducir el psicodrama y de hacer algunos tímidos cambios fueron un fracaso, pero nos mostraron, más que ninguna otra cosa, la imposibilidad de modificar a los dueños del poder psiquiátrico, incrustados en sus privilegios y en sus intereses económicos. No obstante, al darnos cuenta de que las críticas coincidían en todo el mundo, dimos comienzo a la práctica, en la cátedra y publicaciones, de una labor de difusión y sobre todo de desenmascaramiento.

Tras doce años de intensa práctica psiquiátrica manicomial, complementada con estudios teóricos y un entrenamiento psicoanalítico completo, fue, quizás, la visión política de que todo esto era inconducente y superfluo si no se acompañaba de radicales transformaciones económicas y sociales, lo que nos condujo a la crítica de la propia práctica y de los privilegios que comportaba.

En 1973, un grupo de psiquiatras trató de iniciar una serie de medidas para que los hospitales generales absorbieran progresivamente a la población que llenaba los manicomios. Alejandro Villalobos, Roberto García, Juan Bermúdez y Eduardo Villar Concha fueron algunos de ellos. Como era previsible, el esfuerzo fue truncado por las autoridades y por colegas que vieron en el proyecto una amenaza contra ellos. Lo mismo sucedió en Sibaté, en 1973, cuando se quiso "dejar la palabra al loco".

En cuanto a la sustentación legal desde el punto de vista jurídico, en los últimos 50 años ha predominado la concepción positivista de la escuela de Derecho. La situación actual puede remitirse al artículo 31 del Código Penal que entró a regir en enero del presente año y que dice: "De la inimputabilidad. **Concepto.** Es inimputable quien, en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental".

El problema a que esto ha dado lugar reside en la facilidad con que los psiquiatras descubren trastornos mentales y pruebas de inmadurez psicológica, lo que se presta para todo tipo de abusos e injusticias. La delegación de poder en el psiquiatra resulta, ade-

más, peligrosa e ilegítima. Por otra parte, la corroboración legal de que una persona con algo así como un trastorno mental o inmadura carece de responsabilidad social, imposibilita la defensa de los derechos humanos de los denominados trastornos mentales.

Conclusiones

1. La agudización de los conflictos sociales y políticos no pudo dejar de afectarnos personalmente y de señalarnos que estábamos actuando como cómplices y beneficiarios de un estado de cosas insoportable para la mayoría.
2. Antes de nuestro cambio de posición frente al aparato psiquiátrico tradicional, nuestra posición política se hizo cada vez más consciente y comprometida, sirviéndonos de preparación para recibir las críticas hacia la teoría y especialmente hacia la práctica de la psiquiatría y de la psicología.
3. Dichas críticas denunciaban principalmente el rol de control social de ambas disciplinas, control mistificado gracias a la reafirmación del concepto de enfermedad mental. En esta forma se "psicopatologiza" la miseria humana, la opresión y la injusticia, enmascarando sus reales causas y previniendo la protesta y la acción directa de la víctimas del sistema social.
4. Es así que lo político abarca lo académico, lo profesional y lo cotidiano, sin entender por esto una afiliación partidista, sino una puesta en práctica consciente de la ideología forjada en nuestros procesos de desarrollo personal.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ZILBOORG, G & Henry, G. A. *History of Medical Psychology*. New York: Norton, 1941.
- 2) EHRENREICH, B. y DEIRDE, E. Brujas, comadronas y enfermeras. En Vasco, A. *Enfermedad y sociedad*. Medellín: Hombre nuevo, 1979.
- 3) HEATHER, N. *Radical Perspectives in Psychology*. London: Methuen, 1976.
- 4) *Psiquiatría en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo, 1970.
- 5) BERMAN, G. *Nuestra Psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós, 1960.

CONTEXTO SOCIAL E INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO

Carlos Arango *

¿Hasta qué punto y en qué sentido puede llegar a afirmarse que las formas de intervención psicológica están trabajando en dirección opuesta a sus propósitos ideal o teórico y están siendo partícipes de la génesis del problema que pretenden resolver? ¿En qué medida el psicólogo se reconoce en él, es decir, en qué medida está alienado de su práctica?

La psicología debe estar al servicio de la solución de problemas humanos, de la satisfacción de necesidades reales de las personas que forman parte de nuestra sociedad y no de necesidades particulares de un sector a costa de otros.

A través del sistema de atención psiquiátrica se realiza un tipo de intervención consistente en la emisión de un diagnóstico sobre una serie de elementos del comportamiento considerados aisladamente y denominados **síntomas**. De esta manera, los problemas se enmascaran tras un rótulo incomprensible que es contenido y puesto bajo control a través de las drogas, ¡esas abortistas del espíritu!

El psicólogo se constituye en un profesional que actúa al margen del psiquiatra y a su servicio, colaborando en la aplicación de pruebas para la elaboración de dicho diagnóstico, absteniéndose de aplicar sus conocimientos en la investigación de la naturaleza de los problemas, así como de conocer la dimensión de la realidad psicológica de la población. Dentro de este sistema particular de administración de los problemas de salud mental, en particular, y de salud, en general, se constituye en un marginado más, cuya función, a través del diagnóstico clínico, es generar nuevos marginados sociales, que serán custodiados por los tratamientos farmacológicos.

Nos preguntamos si habría algún lugar en el país en el que se estuviera asumiendo esta contradicción y actuara en una dirección alternativa; así, nos enteramos de la existencia del Hospital Psiquiátrico de Boyacá, que llevaba trabajando en esta dirección seis años.

"Nuestra más reciente adquisición —nos dice el doctor Cruz— es el psicólogo, que no sabemos si sirve o no".

Los profesionales de planta, el psicólogo, el trabajador social y dos profesionales voluntarios, el ergoterapeuta y un médico, implementaron un método propio, **sui generis**, de intervención, el cual denominaron **cotidianoterapia**. En ella, los terapeutas representan una escena de la vida cotidiana del paciente, en la cual uno de ellos describe la situación haciendo el rol de una conciencia que define la contradicción inherente. El paciente espectador, ante la versión de su propio drama, se va involucrando poco a poco hasta lograr expresar y dar rienda suelta al sentimiento implícito, realizando una elaboración emocional y terapéutica de su situación.

* Psicólogo colombiano.

Una intervención alternativa del psicólogo sobre la realidad social debe, necesariamente, tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

1. Un cuestionamiento de las hipótesis, causas y teorías vigentes sobre el problema de la salud mental y sobre el concepto de enfermedad mental.
2. Un reconocimiento de la delegación que la sociedad hace sobre el profesional y el técnico de los problemas psicológicos de la población, su objetivación e intervención, tarea que alguien debe asumir y realizar, de modo que la sociedad tome conciencia y se responsabilice de este tipo de problemas, creando un nuevo y menos loco concepto de la locura y la salud, así como de su tratamiento, siendo necesario implementar uno que no implique marginación social.
3. Transformación de las instituciones relacionadas con la salud en general y la salud mental en particular, de forma que en ellas se incluyan todos los sectores marginados, tanto dentro como fuera de ellas.
4. Análisis crítico del valor de las técnicas terapéuticas y del tipo de relación de poder que necesariamente va ligado a ellas.
5. Creación de mecanismos que posibiliten que los problemas de la salud mental salgan del monopolio de los sectores tradicionales de intervención profesional.
6. Búsqueda de respuestas alternativas a la demanda psiquiátrica y psicológica, a través de la creación de medios de comunicación y concientización social.
7. Creación de espacios internos de actividad social que posibiliten la reconstrucción de la persona y de su identidad social: reuniones abiertas, asambleas, grupos de discusión, de expresión artística, etcétera.
8. Estimulación de la comunicación y la reflexión crítica sobre las situaciones institucionales.
9. La práctica de la humanización ligada a la toma de conciencia de los oprimidos (locos) sobre los mecanismos de opresión, la socialización de la conciencia y la destrucción de las reglas asilares en función de los momentos de la vida comunitaria.
10. Sensibilización de la opinión pública ante los problemas psiquiátricos y psicológicos.

11. Trabajo de prevención en el exterior, orientado a que la comunidad pueda hacer suya la problemática de su propia "locura".

12. Creación de un proceso en "aumento progresivo de la concientización de la población hasta llegar a una autogestión de las propias necesidades y de la propia salud" (6).

No se trata de poner en evidencia las contradicciones sociales simplemente; se trata "más bien, de poner a la gente en contacto. De este modo se supera el aislamiento y la atomización de los individuos. Ya no hay problemas personales; todos los problemas son políticos" (7).

La formación del psicólogo debe estar en relación con su función en la sociedad. Esto implica, como primera medida, un claro conocimiento de su sociedad y del carácter de ciencia social de la psicología. Como profesional de la acción humana, debe poseer herramientas conceptuales que le permitan aprender y reflexionar sobre el carácter contradictorio de la condición humana; debe, por lo tanto, tener un dominio conceptual de la racionalidad dialéctica y su manejo al interior de los diversos discursos de las ciencias humanas. Debe poseer un concepto claro de la praxis como campo de objetivación de lo real y de intervención como transformación de la sociedad en una dirección que lleve a resolver las contradicciones sociales y a liberar espacios de acción creativa que posibiliten una humanización de la sociedad.

Se hace necesaria una clara fundamentación epistemológica de las corrientes de conocimiento y el acceso a un nivel crítico sobre los mismos, que posibilite detectar los límites y la validez de cada uno de ellos. Se hace necesario, igualmente, que los departamentos de psicología implementen una política que posibilite que, tanto profesores como estudiantes, se informen de la dimensión del problema de salud mental del país y empiecen a reflexionar sobre las formas de responder con sentido a dicha problemática. Sólo en esta forma se logrará implementar una formación psicológica acorde con las verdaderas necesidades de la población, y es necesario empezar a andar desde ahora.

TESTIMONIO DE UNA PSIQUIATRIZADA DEL HOSPITAL DE BOYACA

Un camino, un dolor, un abismo, un temor. ¡Crisis! ¡crisis! ¡El tiempooooo...! ¡El espaciooooo...! "Pelao", te acompaño a vender. Tú recibes la plata, yo llevo el periódico. No me mires así, fresco, que no lo voy a hacer nada. Lo que quiero es ayudarte a vender.

—Está bien, señorita. ¿Usted quién es?

—Vea, me llamo X.

—Pero usted no sabe vender prensa. ¿Qué carga en esa mochila?

—Unos libros, unos poemas, unos lápices y unos cigarrillos.

—Ah, usted es estudiante. Adiós, señorita.

—Nooo. Espérame, "Pelao".

Me esperó y nos perdimos. Nos fuimos, sin tiempo, sin espacio. Se agotó. Se acabó. No existen, perecieron, murieron... Unidad total, vida, eternidad, luz, placer... "y el verbo se hizo carne y habitó entre nosotros"... y al octavo día descendí a los infiernos y desperté entre los muertos... Cuatro muros mudos, indefensos, defensores y una puerta que se abría para dar paso a la enfermera o al psiquiatra y X. Atada, maniatada. ¿Viva o muerta?... No hay lucha, creo que estoy muerta: el psiquiatra vencerá. Tiene armas, ataca, inyecta, formula, diagnostica. Agonizo, me rindo, que sea su voluntad, en sus manos encomiendo mi espíritu. Haloperidol, akineton, mayeptil, sinogan, fenergán, toda la droga del mundo, que venga... "Sálvela doctor, que salga cuanto antes de la crisis".

—Ustedes no saben por qué me matan, pero yo sí sé por qué muero. Y ahora que se ha llegado mi hora, doctor, yo salgo de la clínica y usted se quedará atado, encadenado, maltratando, asesinando, mintiendo, huyendo...

He ganado. Ha lesionado mi cuerpo pero mi pensamiento vuela libre bajo el sol y con la lluvia, en el mar y con la brisa. Adiós, doctor; gracias por el título que me ha dado: esquizofrénica seré por los siglos de los siglos. Y usted, señor, que ostenta el título de psiquiatra, ¿cuál es su camino? ¿será tal vez un camino amplio, sin tropiezos? ¿Por qué no volver los ojos y observar también su paisaje? Yo me doblegué, me incliné a su poderío, a su razón, a su fuerza. Usted fue mi patrón, yo su esclava, mi voluntad fue la suya... ¿Ahora usted quién es?... ¿No se sitúa acaso por encima de toda naturaleza, usted el todopoderoso, el amo, el señor, el inmortal, el perfecto? ¡Pero cuánto lo siento! El normal es la víctima, el utilizado, el engañado.

Yo sé dónde estoy aunque usted lo niegue, aunque usted lo reprima, lo violente con droga, lo irrespete, la tergiversa y lo envidie. Camino por lugares que usted no conoce, no imagina, no siente, no desea. Usted es la roca inmutable, estable, quieta, incapaz. Yo soy la ola, el movimiento, el atrevimiento; usted es el orden, lo establecido. Yo soy el caos, la negación. Sin embargo, usted vive de mí, cobra un sueldo por mí, mis crisis se transforman en billete.

¿De dónde toma usted autoridad para herir mi pensamiento? . . . Me atrevo a pensar que usted nunca ha pensado; habrá estudiado, leído, investigado, pero sigue siendo rectilíneo, vertical; sus ojos apuntan sólo a una meta: formular, curar, sanar. . . ¿de qué? No entiende, no comprende que las cadenas que atan el cuerpo no pueden atar el pensamiento; que la droga adormece, debilita, confunde, pero no vence ni convence. Doctor, ¿por qué no participar? La familia, la iglesia, la escuela, tiemblan. . . Hay un loco en la calle. . . Pues que se encierren ellos, que se aislen ellos, los que tienen miedo, los que no han cruzado aún la frontera.

¿Qué es y quién es un enfermo mental? ¿Dónde están los límites que ustedes temen atravesar, que ustedes celosamente guardan y protegen? ¿Cuál es el mundo que ustedes pretenden conservar y salvar? Su equilibrio, su razón, su objetividad ¿en qué se justifica? Su interés es el enfermo en sí, su mundo, sus sensaciones. Si así fuera ¿para qué la droga? ¿Cuál es el afán de sacarlo de la crisis, de retornarlo al mundo "normal"?

El tiempo es un elemento que juega un papel predominante; hay que reprimir la crisis cuanto antes, hay que actuar rápido, aumentar la dosis si es posible, lo importante es que se calle, que se duerma, que no interrumpa. . . y si por un momento usted lo entendiera, si lograra comunicarse, si las palabras del "enfermo mental" no fueran una serie de incoordinaciones sino un desarrollo lógico del pensamiento, sólo que expresado bajo símbolos y códigos distintos a los suyos, ¿seguiría usted formulando, diagnosticando? Ya sé que a usted no le pagan por participar, por compartir las crisis de sus "enfermos"; le pagan por salvar el orden, por salvar las normas.

A un enfermo mental no se le teme tanto por lo que pueda hacer, sino por lo que pueda destruir; no se teme tanto a sus hechos, sino a sus pensamientos, ¿y cuáles son? Si ustedes no lo escuchan, si no lo conocen, ¿por qué le temen? El "loco peligroso" no es exactamente aquel que intenta contra la integridad física de las personas y de las cosas, a éste se le puede amarrar, inyectar, dormir y se le ha quitado de encima. . . El loco verdaderamente peligroso es aquel que crea y al crear destruye, destruye normas, formas, costumbres, corrientes; es un Utrillo, un Van Gogh, un Baudelaire.

¡Que vivan los locos que inventaron el amor!

No es anti-psiquiatría, no es contra-psiquiatría, es usted doctor que me escucha. ¿Qué camino tomar?

Pero recuerde, doctor: "Caminante no hay camino, se hace camino al andar".

Calí, octubre de 1980.



EL HOSPITAL "ABIERTO" DE BOYACA: LA BUSQUEDA DE UNA ALTERNATIVA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL

Héctor Cruz *

En 1973, Colombia contaba con 15 instituciones psiquiátricas oficiales, todas del tipo tradicional manicomial, es decir, cerradas, represivas y violentas. El 20 de agosto de ese año, se inició el proceso de transformación aún en marcha de una de ellas: el Hospital Psiquiátrico de Boyacá, situado a 3 kilómetros de Tunja, que había comenzado sus labores en abril de 1965, como dependencia directa de Beneficencia Departamental.

Anteriormente, una finca de propiedad privada, con 14 fanegadas de extensión, destinó su casa para sitio de encierro, erigiendo en su interior un alto muro para separar los sexos. Albergó así en sus primeros años hasta 60 personas, unas pocas provenientes del lugar y las demás trasladadas de uno de los más antiguos y sinierros asilos del país, el de Sibuté. De allí también vinieron sus primeros enfermeros y su primer director.

A finales del año 73, el hospital tenía 120 camas y 204 internados, y suministraba una comida con el 25% de las proteínas y calorías requeridas por un adulto normal. La gran mayoría de sus usuarios estaba constituida por campesinos pobres de la región y la proporción entre hombres y mujeres, tanto en consulta como en hospitalización, era de 1 a 3.

En estas condiciones y dentro de un contexto social, político y cultural, particularmente reactivo al cambio, se dieron los primeros pasos para liberalizar la estructura, aboliéndose de inmediato los procedimientos más abiertamente violentos con los que, bajo el nombre de tratamiento, se buscaba el control de los comportamientos: internamientos forzosos y arbitrarios, electrochoques, camisas de fuerza, abusos psicofarmacológicos, agresiones físicas, etcétera; todos producidos de "buena fe" y acompañados de actitudes groseramente paternalistas y manipuladoras.

Simultáneamente, comenzaron a cuestionarse las relaciones prevalecientes de poder, a través de múltiples reuniones formales e informales que incluían, de manera diversa, a todas las personas de la institución. Se estableció una reunión mensual con todos los trabajadores, reuniones de unidad con participación del personal e internados, reuniones del equipo profesional, todas ellas con el fin de discutir las numerosas dificultades del trabajo cotidiano y de quebrar su estilo obstinadamente individualista, sustituyéndolo por uno de carácter colectivo y ampliamente participativo.

Esta primera fase, estrictamente intrainstitucional, se prolongó por año y medio y tuvo que soportar, al lado del proceso de cambio en las actitudes personales, la presencia, ya teóricamente cuestio-

nada, del encierro, al cual eran sometidas aún muchas personas, pero a cuya abolición se oponían con tenacidad fuerzas exteriores e interiores, las primeras dirigidas por los llamados grupos representativos de la comunidad y las segundas representadas por una coalición o posición interior, que incluía a un viejo médico ultraconservador, una parte del personal administrativo y de enfermeros y a los líderes sindicales de entonces, manejados y utilizados por aquéllos.

Los primeros meses de 1975 presenciaron el establecimiento en Colombia del Sistema Nacional de Salud. Acogiéndose a sus disposiciones, el hospital terminó su dependencia de la Beneficencia y se adscribió al Servicio Seccional de Salud a cuya jefatura llegó, en abril de ese año, Antonio José Villate, médico salubrista de larga trayectoria, acusador permanente de las técnicas colonialistas y defensor infatigable de los derechos de los oprimidos.

Su presencia activa y renovadora en el servicio completó la coyuntura que permitió al hospital abrir sus puertas, coyuntura de poder naturalmente, ya que sin el poder, en una sociedad basada sólidamente en la máxima eficacia de sus instituciones, no es posible intentar siquiera un proceso de transformación. Desde entonces, abril de 1975, los locos andan libres. Esta libertad, sin la cual toda pretensión terapéutica no pasa de ser una falacia, fue y es aun vivida de una manera ambigua y altamente contradictoria. Se trata de la libertad de un internado, que en la práctica asumió formas concretas: libre movilidad dentro de la institución, posibilidad de elegir entre diversas opciones, entre ellas la de aceptar o rechazar las medidas terapéuticas propuestas y por encima de todo, en un primer lugar, la posibilidad de franquear libremente el límite entre el adentro y el afuera.

Así, la locura, antes encerrada y excluida para no ser vista, era presencia insistente y acusadora, tanto en el exterior como en el espacio institucional, desde siempre vedado para ella. Los meses siguientes presentaron una agudización de todas las contradicciones, pero fueron al mismo tiempo testigos de los beneficios innegables de la apertura: disminución significativa de los actos violentos contra cosas y personas, incremento de los enfermos interpersonales y de grupo, acortamiento del tiempo de hospitalización de gran número de personas.

La situación que así iba creándose abrió nuevos espacios para la reflexión crítica y autocrítica acerca del papel que cada profesional, cada enfermero, cada persona cumplía en el hospital. El rígido esquema jerárquico vertical tan característico de las instituciones totalitarias, fue progresivamente resquebrajándose, permitiendo la aparición de elementos imaginativos y creativos hasta entonces efectivamente reprimidos. La función policiva de los enfermeros se quedó sin piso. Los distintos roles técnicos y su cometido social fueron críticamente cuestionados; se dio un amplio debate contra el uso, muchas veces abusivo, de los psicofármacos por parte de los médicos y contra el poder médico en general; se discutió con los enfermeros sobre la significación de la blusa blanca, abandonada

* Psiquiatra colombiano, director del Hospital de Bogotá.

luego por parte de ellos y nunca usada por los profesionales, y se creó, hacia 1977, la Reunión de Consulta Externa durante la cual, miembros del personal, usuarios, familiares y acompañantes de éstos, discuten durante más de una hora cada día el problema de la locura, sus posibles causas, los llamados tratamientos, etcétera.

En 1978, el hospital abrió una consulta externa en el Centro de Salud de Toca, pequeña localidad de unos 18 mil habitantes situada a 27 kilómetros de Tunja, responsable del cuarto lugar en la demanda de atención psiquiátrica. Toca fue el primer paso concreto hacia el exterior. A más de la consulta propiamente dicha y precedida, como en el hospital, por una reunión general, se realizó durante más de dos años un intenso trabajo con las familias y los grupos de toda la región campesina productora de cebada, trigo y papa y gran consumidora de cerveza. Hacia el final de este periodo, la demanda de consulta prácticamente había desaparecido y las gentes, víctimas aún de diversos grados de sufrimiento, habían asumido en su mayoría la autogestión de sus dificultades. Toca abrió el camino al "trabajo extrahospitalario", el cual se realizó sistemáticamente en varias ciudades y municipios de Boyacá desde 1979, en conjunto con la Secretaría de Educación del Departamento.

En julio de 1980, tuvo lugar en Tunja un encuentro sobre la locura, organizado por el hospital y la universidad. Se han dictado charlas en varias universidades, en la Escuela de Salud Pública de Medellín y en hospitales continuamente visitados por profesores y estudiantes de diversas disciplinas universitarias; todo este trabajo, que tomando la terminología de Salud Pública hemos llamado de **prevención primaria**, busca crear conciencia en los usuarios, en sus familiares y en la población en general, sobre las necesidades reales y los problemas del conjunto social; busca también denunciar la función ocultadora de las instituciones receptáculo excluyente y destructor de una parte de la marginación social total y los mecanismos de control social a cuyos servicios se encuentra la psiquiatría.

En el momento actual, el hospital tiene 90 camas y alberga un promedio de 70 a 75 personas (80 a 90% de las cuales son prácticamente huéspedes o residentes), la mayoría heredadas del asilo y destruidas por él. No hospitalizamos contra la voluntad del usuario. No encarcelamos. No electrocutamos. No ofrecemos caricaturas de un trabajo protegido, supuestamente rehabilitador. No coartamos la libertad sexual. No diagnosticamos ni usamos psicofármacos, salvo en un mínimo aún necesario, pero suficiente para asustar a los laboratorios.

Hemos realizado una destrucción parcial del manicomio; nuestro objetivo final es su destrucción total. Seguiremos adelante.

VI. APORTES DE HONDURAS, PERU, CHILE, EL SALVADOR Y ESPAÑA

CONSIDERACIONES SOBRE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN HONDURAS

Héctor Murcia Pinto • Daniel Herrera S.*

Por su grado de desarrollo y por el tipo de relaciones dominantes, Honduras es definido como un país capitalista-dependiente, cuya dinámica económica y social está predominantemente determinada por los intereses de los países hegemónicos que ejercen su poder en todos los campos.

Su extensión territorial es de 112 088 km², con una población de 3.5 millones de habitantes, de la que el 70% vive en el área rural.

La actividad productiva del país es fundamentalmente agrícola, predominando las relaciones semi-feudales de producción.

El ingreso per cápita calculado globalmente es de aproximadamente 506 Lempiras (unos 250 dólares/año), siendo el más bajo de Centroamérica (1). Compite por el último lugar, de acuerdo a su grado de desarrollo económico social, con Haití y Bolivia.

La población rural está distribuida en pequeños pueblos y caseríos carentes de los más elementales servicios, como agua potable y alumbrado eléctrico.

Condiciones políticas actuales

Honduras ha tenido un escaso desarrollo de grupos políticos. Existen en el país dos partidos tradicionales que se disputan desde hace un siglo el control de la burocracia estatal, mezclados con revueltas armadas congeladas por la dictadura.

* Profesores del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, UNAH, de Honduras, C. A.

El surgimiento del enclave bananero concretiza acciones específicas del imperialismo norteamericano, con el surgimiento del ejército en 1956, año de la invasión desde Honduras a Guatemala. Luego de un corto periodo de gobierno liberal surge, a partir de 1963, el poder militar con un esquema fascistoide altamente represivo, variando entre 1972-77 con el intento desarrollista popular (tipo Velasco en Perú), que fracasa.

El triunfo de la revolución sandinista y el incremento de la lucha en el Salvador y Guatemala, generan un pánico en los capitalistas hondureños que han vaciado económicamente al país, depositando en bancos extranjeros (USA, Suiza) más de 1 000 millones de dólares.

Al llamado electoral de noviembre de 1981 se sumaron dos partidos de la pequeña burguesía, siendo bloqueado el naciente partido socialista —PASO—, cuyo líder fue secuestrado y torturado. Frente a este esquema, se impone la guerra centroamericana. Los intereses del imperialismo tienden a formar una internalización de la guerra en el istmo. USA está utilizando a Honduras y a su ejército como un dócil instrumento para intervenir en el conflicto salvadoreño y golpear la revolución nicaragüense.

Se han denunciado la creación de dos bases militares, una en el Golfo de Fonseca (Océano Pacífico) y otra en Puerto Castilla (Océano Atlántico). Más de 7 000 hombres son entrenados en la frontera con Nicaragua, muchos de los cuales son guardias somocistas y mercenarios.

Trescientos agentes de la CIA (puertorriqueños) controlan las telecomunicaciones y todo el movimiento de los refugiados salvadoreños con 24 helicópteros (12 de la OEA) piloteados por norteamericanos, además de los asesores militares del Cono Sur. La represión es cada vez más intensa y el secuestro y desaparición de militantes es cotidiano.

Frente a este panorama se han desarrollado partidos político-militares, consustanciados con la experiencia nicaragüense y salvadoreña.

Estos grupos realizan iniciales operativos que podrían calificarse de exitosos y entienden que no es posible concebir aisladamente la lucha, que este es un momento histórico preciso, donde el pueblo centroamericano en armas se moviliza para su definitiva liberación. El triunfo de la revolución nicaragüense debe ser entendido como la evidencia de una movilización total del pueblo centroamericano con sectores más avanzados (Guatemala, El Salvador) y movimientos más lentos, pero con un ascenso acelerado de lucha en estos dos últimos años (Honduras y Costa Rica).

Estas condiciones hacen que no exista espacio en Guatemala y El Salvador para reformas parciales (psiquiatría democrática) y brinda un cuarto de hora aún en Honduras y Costa Rica.

Tegucigalpa es la capital del país desde 1880, siendo, por lo tanto, el centro hegemónico que dicta las normas y procura el ordenamiento homogéneo del país, sobre todo en la instancia política.

Es en este centro urbano y político donde comienza a gestarse la institución psiquiátrica a principios del presente siglo (1926) (2).

Su historia es la historia del desarrollo del centro urbano con su hegemonía sobre la periferia, siendo al mismo tiempo el reflejo, por lo menos en sus inicios, de la acentuación de las diferencias de clase en los nacientes centros urbanos, que hacen emerger una población necesitada de la "caridad pública" y del asilo estatal para "inválidos y alienados".

La emergencia de la institución asilar en el plano de las acciones estatales aparece estrechamente vinculada a la preocupación política del Estado por encubrir aquello que constante e irremediablemente produce no como consecuencia, sino como parte de su propia racionalidad, y que es necesario controlar, vigilar y normatizar.

Es dentro de este contexto que puede ubicarse la emergencia del "Asilo de Indigentes y Alienados" como extensión de otro hospital encaminado a prestar sus servicios a una población que por su pobreza no puede costearse los servicios médicos privados.

En él se encierra no sólo al "loco", sino también a otra parte del sub-producto de las condiciones sociales de desigualdad e injusticia: ciegos, cancerosos, etcétera.

Antes de la década de los años 40, la intencionalidad del encierro asilar poco o nada tiene que ver con aquello que es materia del acto médico. La lógica de la cura o de la recuperación de lo perdido (la salud), como principios socialmente atribuidos al hospital, no parece ser preocupación de la naciente institución asilar, ya que no cuenta con médicos y mucho menos con psiquiatras para su funcionamiento.

La taxonomía psicopatológica no cabe ni tiene importancia dentro de su racionalidad, de modo que ser "loco", menesteroso o indigente es una y la misma cosa. La "locura" no ha cobrado su status en el universo del marginado.

Las clasificaciones vienen después, cuando se psiquiatiza la locura o la institución y un saber psiquiátrico sirve de soporte a la práctica asilar, tratando de ordenarla, de darle coherencia y legitimarla.

En este sentido, la psiquiatría en Honduras sigue también la secuencia señalada por M. Foucault (3) respecto al surgimiento de la psiquiatría en Francia. Aparece primariamente una práctica al margen de un saber, constituyéndose éste último a posteriori.

En un país extremadamente atrasado, donde las necesidades más elementales no son satisfechas y donde enfermedades como las parasitosis de todo tipo y enfermedades infectocontagiosas no han sido erradicadas, era difícil pensar en un ejercicio psiquiátrico. No obstante la necesidad se produce al erigirse el problema de la "locura" como instancia política y al aparecer la institución que lo controla.

La necesidad de un saber especializado que dé coherencia y soporte a la práctica institucional se hace presente alrededor de los

años 40, lo que no vino a significar una ruptura con los "tratamientos" coercitivos que se practicaban desde su inicio: encadenamiento con grilletes en patios al aire libre, abcesos de fijación por inyección de aire y parafina, encierros prolongados en calabozos de aislamiento, o la medicación masiva con la fórmula de los cinco bromuros.

Los internados son degradados al más bajo nivel imaginable. Conviven desnudos y hacinados, luchando con sus pares por un anti-higiénico lecho, a la hora de comer, no sólo compiten entre sí, sino que tienen además que disputarse los alimentos con los animales domésticos y aves de rapiña que visitan el lugar (4): son sometidos constantemente a la amenaza de ser encerrados en lúgubres celdas a la menor transgresión de la norma.

Esta situación sufre una modificación importante con la creación de un hospital para "pacientes agudos" en el año de 1973 y el traslado del viejo manicomio al campo, en una especie de operación limpieza de un foco que constituye una nota desagradable a los principios de urbanismo.

Estos cambios vinieron a mejorar las condiciones ambientales de los internos que para entonces ya han sido clasificados en "agudos" y "crónicos", términos que tienen que ver con el concepto de curables e incurables. En esta forma, el nuevo hospital de "agudos" es para muchos una especie de estación de tránsito en la "carrera del loco" que los conduce, más tarde o más temprano, a la graduación de "crónicos".

Las instituciones asilares no han proliferado en el país. Actualmente sólo existen las dos mencionadas. A nivel privado no existen hospitales psiquiátricos, posiblemente por no ser rentables y significar un trabajo más comprometido, además de que sólo el 2% de la población puede consumir asistencia privada.

En 1975 se creó la División de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Pública, con cierta tendencia a la práctica preventiva a nivel comunitario; su grado de operabilidad es pobre debido a la falta de recursos económicos. En todo el país existen unos 9 ó 10 dispensarios de salud mental, atendidos por psicólogos. No es posible en un futuro próximo romper con la institución asilar y realizar una reconceptualización del problema de la "locura", así como tampoco mejorar las condiciones de vida del paciente (darle cama individual, abrigo, pago por su trabajo).

La Unidad de Agudos de Tegucigalpa posee 60 camas, con una ocupación de un 105%. Recibe todas las derivaciones del país y da 30 000 consultas ambulatorias anuales de tipo medicamentoso, predominando el paciente epiléptico. Los intentos de referir a estos pacientes a centros de salud rurales han fracasado por el desabastecimiento de medicamentos de parte del Ministerio de Salud Pública.

El Hospital "Santa Rosita" está asentado en una aldea, a 936 kms. de la capital, oculto en una montaña. No existe transporte para

familiares y el aislamiento del paciente queda establecido. Posee 300 camas con ocupación de un 85%.

El tipo de pacientes que prevalece en internación en la Unidad de Crónicos "Santa Rosita" es "depositado" hace muchos años, la mayoría sin trastornos psíquicos, a la que la larga hospitalización ha llevado a una invalidez social, a un desconocimiento de la familia y a mantener al hospital como un refugio.

Otros pacientes depositados padecen de epilepsia con daño neurológico, ceguera, TBC y lepra.

Este hospital cuenta con un escaso número de psiquiatras (3) y ha estado dirigido (1976 — 1980), por médicos generales. No existen programas de psicoterapia para los internos y, a nivel ambulatorio, opera una consulta externa con psicólogos de escasa cobertura.

En marzo de 1981 se produjeron dos novedades:

- a) El inicio de un programa de trabajo en un barrio para favorecer sus propias formas de organización y defensa de su salud.
- b) El Hospital de Día, que busca evitar internaciones dando asistencia ambulatoria a pacientes en crisis o ayudando en la rehabilitación en el periodo post-crítico.

Legislación y locura

No obstante que la institución asilar comienza a configurarse alrededor de 1925 y que la introducción de un saber psiquiátrico legalizado se inicia en los 40, la legislación sobre la "locura" se emite en el Código Civil, Código Penal y Código de Procedimientos del año de 1906. Estas leyes dicen del "demente", el "loco" y el "imbécil", dicen de la interdicción y de la exención o atenuación de los castigos estatales por actos criminales cometidos por ellos.

La definición de la locura se realiza fuera de la institución psiquiátrica y al margen de cualquier saber especializado: dicha definición parte de una instancia política por razones de control y ordenamiento.

De acuerdo con la legislación del año de 1906, aún vigente en materia de locura, el Estado se reserva la facultad de arrancar o invalidar la cualidad de Ser de Derecho de los sujetos. El demente es despojado de sus bienes, si los tiene, y es impedido de adquirir otros.

El capítulo VIII, Artículo 510, del Código Civil reza: "El mayor de edad que se halle en un estado habitual de demencia deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos". Sus pertenencias pasan a poder de su cónyuge o a parientes más cercanos en ausencia de aquélla.

De esta manera no sólo pierde sus bienes materiales o su capacidad para disponer de ellos, sino que, además, deja de ser dueño de sus propios actos, es privado de su capacidad contractual

y consecuentemente despojado de su discurso social. No más el loco es dueño de nada que sea diferente a su propia locura: "Artículo 518. Los actos y contratos del demente posteriores al decreto de interdicción, serán nulos, aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido".

La interdicción puede ser provocada a solicitud de sus familiares más cercanos, pero, en última instancia, por "cualquier persona del pueblo cuando el loco se encuentre en estado de furor", reservándose el Ministerio Público la decisión final. Lo anterior deja implícito el problema de "peligrosidad social" adherida al demente, en virtud de lo cual puede aplicarse la violencia física sobre su cuerpo "...lo dispuesto en el párrafo anterior debe entenderse de manera que no impida emplear la fuerza cuando sea necesario para contener al demente furioso...".

Siguiendo el mismo orden lógico del Código Civil, si un sujeto es despojado de su carácter de dueño de sus propios actos no puede apelarse a la instancia de su deseo, de su voluntad o intencionalidad de aquellos actos que tienen que ver con materia de delito y pena, por lo que el Código Penal lo exime de responsabilidad criminal.

La convivencia en sociedad implica una serie de transacciones entre derechos y obligaciones. En cierto sentido, puede decirse que el individuo es síntesis de derechos y deberes. La sociedad, de acuerdo al lugar que se ocupe en ella, va recortando y delimitando los actos, delimita lo que podemos hacerle o hacer hacerle a los otros o hacernos nosotros mismos, lo que los otros pueden hacernos o hacer hacernos. Esta síntesis y no solamente la historicidad biológica produce el sentimiento de unidad de Ser de Derecho y Ser de hecho. Dentro de lo peor que puede ocurrirle a un sujeto está el ser arrancado de esa historicidad para ser reducido a la nada; algo que puede ser llamado de "muerte simbólica" desde el lugar del Otro. Con el demente, de acuerdo a la legislación citada, ocurre algo de esto. Es despojado de todo aquello que le remita a su propia historia o, en última instancia, reducido a un Ser de hecho.

La legislación sobre la locura en Honduras es algo que no cuenta normalmente en la cotidianeidad del manicomio ni en cuestiones de delito, salvo, quizás, en forma muy especial. El Derecho de Jure no interviene al momento de internamiento asilar, la locura se rige por el Derecho de Facto.

En cuanto a las leyes psiquiátricas y al poder militar no se encuentra huella alguna de una posible relación. Posiblemente esta situación se da en aquellos países donde el Estado afina más sus mecanismos persecutorios y de represión.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GROSUVN, D. C. y otros. Planificación Familiar en el Area Nor-Oriental. Región Sanitaria No. 1.
- 2) ALCERRO CASTRO, R. Historia de la Psiquiatría en Honduras. Presentado en el Primer Congreso Hondureño de Psiquiatría, Agosto de 1980.
- 3) FOUCAULT, M. Ciclo de conferencias dictadas en la Universidad de Guanabara, Rio de Janeiro, Brasil, 1975.
- 4) ESPINOZA MOURRA, D. Reseña Histórica de la Psiquiatría en Honduras. Revista Médica Hondureña Vol. 48.
- 5) Código Penal, Código Civil y Código de Procedimientos del año 1906.

IDEOLOGIA Y PSICOTERAPIA EN PERU

Carmen Pimentel Sevilla *

Bajo este rubro se quiere enfocar la interrelación que existe entre los conceptos de ideología, alienación y dependencia cultural y su incidencia en el campo de la psicoterapia en el Perú.

El problema de la ideología en los países subdesarrollados, especialmente en la sociedad peruana, tiene como función principal la de imponer y mantener costumbres, valores, actitudes y necesidades procedentes de la cultura dominante capitalista.

En una sociedad como la peruana, dividida en clases, la ideología es alienada y alienante; alienada porque oculta el verdadero contenido de sus propósitos y alienante porque tiende a perennizar los comportamientos que ignoran este contenido.

Esta ideología guarda estrecha relación con toda la estructura material de la sociedad capitalista y como tal, refleja y pretende extender a toda la sociedad la conciencia de la clase dominante o por lo menos hacer que esta conciencia se vea amenazada por el despertar de la conciencia de los explotados y dominados. Transmisión y los medios masivos de comunicación, tiene como tarea específica la de incrustar y perennizar en la conciencia de los dominados la conciencia falsa del sistema y de su clase dominante, para mantener vigentes sus intereses y fomentar la docilidad, obediencia y hasta la "igualdad", en nombre de una "democracia".

* Psicóloga peruana.

En cuanto a la psicoterapia, la orientación es conservadora o conformista porque presupone la aceptación no crítica del orden social establecido, de sus convenciones, valores y normas de comportamiento.

Frente a esto, un grupo de profesionales psicológicos, con base en la experimentación y la investigación sistemáticas, tratamos de buscar una nueva orientación hacia la "liberación de la conciencia", ayudando al individuo a la construcción de las bases de su propia personalidad, de sus valores, creencias, metas, aspiraciones y para que por sí mismo libre y críticamente, enfrente sus problemas, mismos que provienen de su situación social y opte por alternativas, no solamente en función de ideas recibidas y relaciones establecidas, sino como consecuencia de su propia capacidad de reflexión.

LA PSIQUIATRIA EN CHILE

Jorge Barudy *

Quiero, entregarles en grandes líneas un pedazo de la historia de la psiquiatría y de los psiquiatrizados en Chile, antes del golpe militar que arrojó al gobierno de Salvador Allende en septiembre de 1973. La historia de la psiquiatría en Chile no ha sido escrita. No sabemos a ciencia cierta si esto es una casualidad o si la historia de la psiquiatría en Chile no ha sido escrita sencillamente por vergüenza.

Más que poner énfasis en la condición de los psiquiatrizados y su realidad deshumanizante, que creo que tiene similitudes en todos los países latinoamericanos, quiero poner el acento en el intento que grupos de trabajadores de la salud mental, inserto en el movimiento popular, realizaron a partir de la década del sesenta para levantar una psiquiatría democrática popular y liberadora. Para ejemplificar y hablar en concreto, quiero resumir nuestra experiencia en las llamadas brigadas de liberación obrera, organismos populares que se crearon en las poblaciones obreras y sindicatos en las provincias del sur de mi país. Estas brigadas constituyeron frentes de lucha que, por un lado, estaban destinados a disminuir el sufrimiento psi-

* Psiquiatra chileno exiliado en Europa.

quico de los sectores populares en lo que se refería concretamente a la problemática del alcoholismo, al sufrimiento psicológico de la mujer proletaria y a la privación psicosensores en los niños de las clases populares. Más que centros de salud mental popular, estas brigadas fueron organismos de masas, donde terapeutas y terapeutas aprendimos a través de una práctica que la salud mental estaba ligada a las condiciones de vida y que su conquista sólo podía alcanzarse ligando el trabajo con la lucha política.

La represión brutal desatada a partir del 11 de septiembre de 1973 también golpeó todas estas microexperiencias de psiquiatría alternativa; las golpearon duramente, pero no lograron destruirlas. Estas brigadas de liberación obrera se reconstituyeron en otras formas; con otro lenguaje, pero con el mismo fin: buscar una terapia alternativa del oprimido para romper la opresión.

Es importante destacar que la represión al movimiento popular en sus organizaciones, que los aparatos represivos chilenos, en estos casos la DINA y la CNI, con asesoría internacional, fundamentalmente con asesores brasileños y norteamericanos, incorporaron su metodología represiva a todo lo que la psiquiatría y las técnicas psicológicas llamadas "científicas" o "neutrales" les podían aportar, esto no sólo para reprimir y anular a los sectores políticos más activos y organizados, sino para transformar a nuestro país en una gran institución totalitaria, en un gran manicomio que tiene como director a Augusto Pinochet y como metodología de trabajo la ideología del centro social que se conoce con el nombre de la doctrina de la seguridad nacional.

Yo quisiera acentuar la hipótesis de que hoy día en los países gobernados por dictaduras militares, podemos hablar de la existencia de situaciones manicomiales a un nivel macrosocial. Analizar por ejemplo la situación del psiquiatrizado hoy en Chile pasa por considerar a cada uno de los chilenos como un psiquiatrizado en potencia. Esto implica la dialéctica opresor-oprimido, que en cada uno de estos psiquiatrizados existe un potencial de lucha para destruir el manicomio reemplazándolo por una sociedad más justa y más igualitaria. Esto quiere decir que las clases populares, a pesar de la derrota, siguen luchando al interior de estas instituciones totalitarias macrosociales. A pesar de la atmósfera manicomial que la dictadura militar intenta mantener, los pobres de la ciudad y del campo siguen siendo normales, siguen siendo contestatarios y siguen siendo potencialmente revolucionarios.

La derrota política del 73, el periodo de reflejo, nos ha enseñado dolorosamente que hoy día no puede hablarse de revolución en América Latina si no se considera dentro de la táctica y la estrategia liberadora la lucha por politizar lo cotidiano. Esta politización de lo cotidiano implica el cuestionamiento crítico y permanente de las instituciones burguesas: familia, escuela, etcétera. Yo creo que se trata, junto con destruir el manicomio macrosocial que existe en los países gobernados por dictaduras militares, de que las organizaciones políticas, los progresistas latinoamericanos reflexionen aquí

y ahora para poder imaginar y enunciar las instituciones que servirán en la nueva sociedad, instituciones que indudablemente tendrán que ser más justas, más democráticas, más participativas y de una comunicación mucho más clara, que excluyan, además, la posibilidad de destrucción.

Esto es lo que yo quería plantear en mi intervención.

INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN EL SALVADOR

Reginaldo Hernández *

El desarrollo de las instituciones psiquiátricas en El Salvador sigue una pauta no original. Manifiesta la tendencia en este campo del desarrollo y estancamiento socioeconómico de un país capitalista subdesarrollado que conserva una estructura oligárquica y en muchos aspectos feudal. Nunca ha existido un verdadero interés a nivel gubernamental o institucional por mejorar la condición de la salud mental de la población en general y menos la condición del paciente hospitalizado en una institución psiquiátrica.

Existe un solo hospital psiquiátrico, por llamarlo de alguna manera, en El Salvador, que atiende a una población de cinco millones de habitantes. No existe una descentralización que permita una atención por zona de pacientes psiquiátricos. Este hospital se mantiene en condiciones francamente inadecuadas para un tratamiento efectivo o cuando menos para una residencia adecuada en el internado.

La institución anacrónica que representa el hospital psiquiátrico impide la introducción de nuevas técnicas de tratamiento, de la investigación científica y, ni pensar, de métodos de psiquiatría social como el hospital de noche, el hospital de día, el hospital de puertas abiertas, las granjas de tratamiento, la rehabilitación y el control postratamiento del paciente.

En los últimos años se ha tratado de evitar el cambio imponiendo a médicos no psiquiatras en la dirección del hospital. ¿Cómo funciona la red de atención al enfermo mental en El Salvador? ¿Qué instituciones o instancias intervienen en esta red? La atención psiquiátrica es oficial y privada. La primera se hace a través del men-

* Psiquiatra salvadoreño.

cionado hospital psiquiátrico y el trabajo de psiquiatras y psicólogos en hospitales no especializados. La segunda, en clínicas psiquiátricas privadas que, hasta hace un año, eran dos, de tipo elitista y de difícil acceso a pacientes de clase media y baja.

Existen clínicas de conducta y un Hogar del Niño que dependen del Consejo de Menores, organismo gubernamental que trata los casos de niños y adolescentes con problemas, sobre todo, de aprendizaje y delincuencia juvenil. Hace algunos años se fundó el Centro de Salud Mental bajo el patrocinio de una universidad privada, donde laboran algunos psiquiatras y psicólogos en forma voluntaria. Los tratamientos son gratuitos y a personas de escasos recursos. Esta institución en realidad funciona más bien como centro de prácticas para pasantes de psicología de la universidad mencionada y de la Escuela de Trabajo Social. Debe, sí, hacerse justicia al esfuerzo individual de algunos directores de programas de acción comunitaria, patrocinados por esta institución.

La técnica de tratamiento tanto a nivel oficial como privado, se basa principalmente en el uso de psicofármacos y de una pseudopsicoterapia inefectiva en las instituciones oficiales y un poco más efectiva, por razones obvias, a nivel privado. Hay intentos por introducir técnicas conductistas, técnicas de modificación de conducta, en el hospital psiquiátrico.

En síntesis, puede decirse que el enfermo mental en las instituciones psiquiátricas de El Salvador se encuentra deshumanizado, marginado, reprimido y explotado. Deshumanizado porque el trato institucional no es el que corresponde a un enfermo bajo cualquier circunstancia; la alimentación es deficiente, las condiciones higiénicas de vida más que deficientes. Pudimos presenciar la lucha de un paciente con un zopilote por un pedazo de carne. Marginado, el paciente psiquiátrico ingresa a la institución para enclaustrarse en ella con carácter muchas veces definitivo, para perder el contacto con el mundo externo, su familia y amigos en forma total; el olvido del paciente es cotidiano; éstos se encuentran muchas veces desnudos y se les baña con manguera.

Existen casos que al ingreso, hace muchos años, fueron diagnosticados como psicosis por determinar. El paciente ingresa, vive o sobrevive o muere y su psicosis sigue sin determinarse. El psiquiatra a veces visita una sección una vez por mes para renovar la dosis de Largactil y de tratamiento electroterapéutico. Los pacientes con epilepsia de control no tienen acceso al psiquiatra, son atendidos por una enfermera auxiliar que dedica dos minutos a cada uno para renovar las dosis de anticonvulsivos.

Reprimido: Es cotidiano y excesivo el uso del electroshock, del shock insulínico y de los psicofármacos, aparte de la privación al paciente de su libertad, del encierro involuntario y del uso de celdas con fines de doblegamiento y castigo. El psiquiatra ha llegado a indicar uno o varios electroshocks cuando el paciente le faltó el respeto.

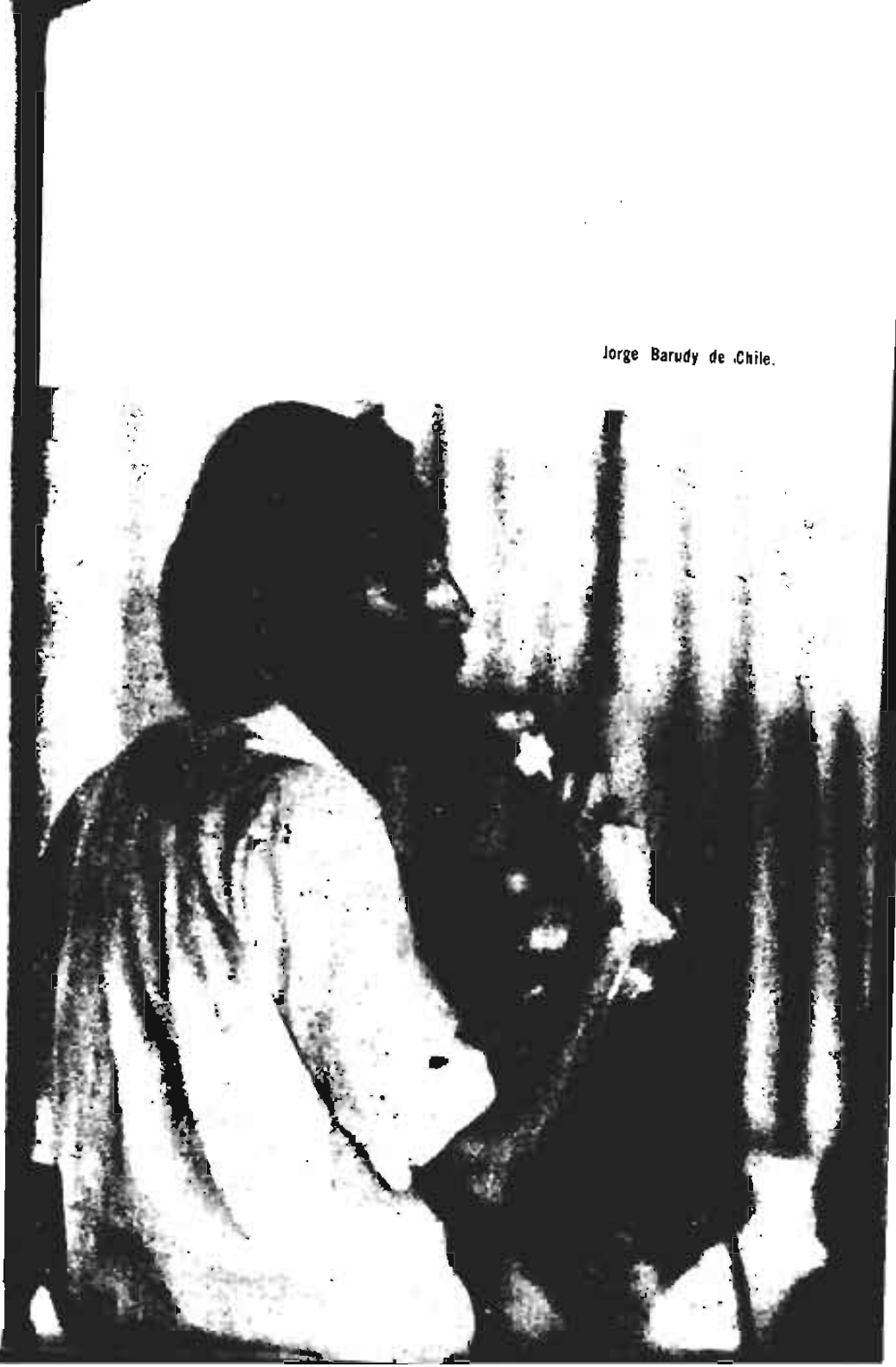
Explotado: Aparte de que el presupuesto oficial para las instituciones psiquiátricas es el más bajo de todo el presupuesto de salud, el enfermo mental no protesta; por lo tanto, el dinero destinado a alimentación, higiene, ropa, etcétera, es manoseado y robado impunemente. Ser director o administrador del hospital psiquiátrico es como ocupar un cargo público, del cual se espera que la persona pueda enriquecerse.

La explotación se manifiesta además en la utilización del enfermo con fines de beneficio personal. Se les ha usado para investigaciones; se les ha lobotomizado para probar teorías y presentar trabajos en congresos, etcétera.

El Frente Democrático Revolucionario tiene implementado todo un programa de cambios estructurales en el sistema de salud que podría sintetizarse, en principio, en tres puntos: 1) Dar prioridad al sistema de medicina preventiva para atender las enfermedades que por degrading minan más a las poblaciones, como las diarreas, el parasitismo, la desnutrición, la deshidratación, etcétera. 2) Cambio radical en la estructura administrativa de los sistemas de salud. En el campo psiquiátrico se piensa llevar a cabo una descentralización del hospital. Se piensa dar entrenamiento a los médicos generales para que en los hospitales regionales puedan dar tratamiento primario de psicoterapia, evitando así que los pacientes y/o enfermos tengan que desplazarse hasta la ciudad para ser atendidos. Asimismo, se piensa en la creación de dispensarios neuropsiquiátricos, experiencia que ha funcionado bastante bien en la Unión Soviética. 3) Hacer participar a toda la población en los principios de salubridad.

En realidad, la situación que se vive actualmente ha dado lugar a una proliferación tremenda de trastornos. Cuando el suceso cotidiano es el estallido de bombas, la muerte, el encuentro de cadáveres decapitados y todo eso, las personas sufren mayor cantidad de neurosis por tales motivos. No niego que éste es un mecanismo psicológico que utilizan los asesores del gobierno y el gobierno mismo para aterrorizar a la población y mantenerla sumisa, para evitar su participación en el proceso mismo.

Jorge Barudy de Chile.



Pedro Novelo *

Cuando venimos de realidades sociales, políticas y culturales completamente distintas me pregunto de qué les puede servir todo lo que les estamos diciendo. Sea como sea y con la conciencia de que nadie es poseedor de verdades y de soluciones absolutas, haré un breve resumen, bastante esquemático y por lo mismo poco dialéctico, de la evolución de la psiquiatría en el estado español, dentro del contexto social en el que se ha producido.

Como ya es sabido, el primer manicomio que se abre en el mundo, se crea en Valencia, en el siglo XV, por San Vicente Ferrer, con la misma ideología de la que eran portadores los miembros de la Inquisición y de las órdenes religiosas que asesinaron a todos los pueblos de América Latina y que introdujeron una cultura de explotación y de violencia que aún hoy pervive.


Dando un salto de siglos en el tiempo y pensando que en España no se produce una revolución burguesa clásica al estilo francés, nos vamos a situar a principios y a mediados de nuestro siglo. Es en España donde se hace la primera traducción al castellano de las obras completas de Freud, y son los núcleos intelectuales los que asimilarán el psicoanálisis.

Con el advenimiento de la República en el año 31 y en un momento de crisis social, económica y política, los sectores progresistas de la psiquiatría plantean una nueva reforma en la asistencia psiquiátrica, que será sobre todo una nueva legislación, misma que aún opera, 50 años después.

Con la guerra civil, la parte de la psiquiatría progresista que había impulsado las reformas a la ley de 1931, se ve condenada al exilio, a la marginación o a la muerte dentro del Estado. La ideología fascista del nuevo régimen plantea una psiquiatría que tendrá sus bases en el modelo clásico alemán, biologista, aunque aportará cuestiones nuevas, en tanto y en cuanto ideología de hombre nuevo.

Los manicomios, en la situación de postguerra, son el lugar fundamental donde se aglutina la marginación y la miseria de los campesinos y sectores pobres que no tienen otro sitio donde comer y vivir. Se convierten en máquina de muerte, hasta el año 70, cuando se produce "el milagro español". La economía y la división internacional del trabajo asignan a España, que hasta entonces había estado fuera de la intervención de los recursos americanos, un modelo de desarrollo que lleva a Franco a firmar un tratado con los Estados Unidos. Con este tratado y en base a que España se dedica a exportar mano de obra gratuita (más de un millón de españoles irán a trabajar de peones, en trabajos no calificados, a Alemania, Francia, Inglaterra y otros países más desarrollados), se producirá el desarrollo español.

* Psiquiatra catalán.



Una pausa, un café,
los clásicos tacos mexicanos
y a seguirle...

España se convierte así en la novena potencia. Amplias capas campesinas emigran a la ciudad. Los problemas y el sufrimiento psíquico de estos nuevos marginados en las grandes ciudades hará que el incremento de la población en los manicomios sea extraordinario. Del año 63 al año 70, el incremento anual de la población internada será del 30%.

El desarrollo del movimiento obrero y de las fuerzas políticas de oposición en la clandestinidad producirán una concientización y una organización política de sectores profesionales de la salud mental, quienes, influenciados por lo que está sucediendo entonces en Italia fundamentalmente, la lucha antinstitucional del compañero Franco Basaglia y de los compañeros todos de Psiquiatría Democrática aquí presentes, van a plantear su propia lucha dentro de los manicomios españoles. La relación que se produjo con el movimiento obrero popular fue, sin embargo, mínima y la represión y la marginación del ejercicio de su profesión no se hicieron esperar.

Se consiguió, eso sí, la modernización de las instituciones psiquiátricas españolas, en las que la limpieza y la higiene empezaron a estar presentes, no obstante la privación de la libertad y la violencia existentes.

Con el derrocamiento del franquismo y la conquista de las libertades burguesas se produce una nueva restructuración, abarcando el terreno de la psiquiatría, que aún sigue concibiéndose como caridad y beneficencia. El Ministerio de Sanidad no financia en absoluto la asistencia psiquiátrica, que queda confinada a las diputaciones, organismos provinciales que, con fondos de caridad y de beneficencia, mantendrán las instituciones psiquiátricas.

Pienso que el movimiento de oposición a la psiquiatría tradicional en el estado español se ha caracterizado por grupos que han comprendido que alternativo es sólo aquello que destruye lo existente para crear algo nuevo, que no es alternativo única y exclusivamente en el terreno psiquiátrico, mientras el manicomio siga existiendo como pieza clave del orden psiquiátrico. Hoy, en Andalucía, una de las regiones más subdesarrolladas y con un altísimo nivel de desocupación, compañeros de la asociación de neuropsiquiatría española, integrados dentro de la Red de Alternativas a la Psiquiatría, han accedido a puestos de poder dentro de la institución psiquiátrica. En Cataluña y en otras partes, la situación es mucho más compleja porque la organización del Estado es completamente marginadora de cualquier experiencia que pudiese cuestionar el orden social establecido.

La realidad es que en los manicomios españoles continuamos teniendo 40 000 personas que siguen padeciendo la violencia de la institución. Ellas son y seguirán siendo el objetivo de la lucha de liberación.

Nota de los editores: La coyuntura política en España ha permitido a los compañeros de la Red española "abrir" varios hospitales psiquiátricos y

lanzar una iniciativa de ley —como la de 1978 en Italia— prohibiendo la construcción de nuevos asilos para la "locura". Su experiencia —apenas esbozada en esta intervención— puede servirnos de inspiración para nuestro trabajo práctico.

"Desde Cuba con amor": Guillermo Ruiz.





VII. CRIMEN Y TORTURA. LA ALIANZA EXITOSA DE LA REPRESION POLITICA Y LAS TECNICAS PSICOLOGICAS

EL CRIMEN DEL TRATAMIENTO FORZADO

Leonard Roy Frank (EE.UU.)

Parafraseando el pensamiento de Lincoln con respecto a la esclavitud, podemos afirmar que si el tratamiento forzado no está mal, nada lo está.

Antes que nada, quiero que sepan que mi posición no es neutral ni desinteresada. Hace casi 20 años fui un interno psiquiátrico involuntario, primero en el Hospital Mt. Zion, en San Francisco, por dos días; luego en el Hospital Estatal de Napa, en California del Norte, por aproximadamente dos meses; y, finalmente, en el Hospital Twin Pines en Belmont, pocas millas al sur de San Francisco, alrededor de seis meses. En este último lugar se me administraron drogas y tratamiento de choques por la fuerza. Como rechazé estos tratamientos, se obtuvo una orden judicial que autorizaba el uso forzado de las drogas y los choques. El psiquiatra que me atendía, doctor Robert E. James, escribió a la corte para explicar mi caso y solicitar la orden. Esta carta, la cual voy a leer, pasó a formar parte de mi expediente psiquiátrico, de 143 páginas, que logré conseguir en el año de 1974. Algunos extractos de este expediente fueron publicados en la revista **Madness Network News** ese mismo año y republicados en el libro del doctor John Friedberg, **Shock Treatment Is Not Good for Your Brain**, en el año de 1976. Cito:

El señor Frank fue admitido en el Hospital Two Pines el día 15 de diciembre de 1962, habiendo sido transferido del Hospital Estatal de Napa, en donde había sido confinado por el Condado de San Francisco, el día 19 de octubre de 1962.

Su historia, obtenida del paciente mismo y de su padre, indica que sus dificultades emocionales comenzaron el mes de enero de 1961, cuando vivía en San Francisco y trabajaba como agente de ventas en una oficina de bienes raíces. Este

trabajo duró pocos meses debido a su incapacidad de seguir las instrucciones del patrón. Posteriormente no hizo ningún esfuerzo por obtener trabajo, se volvió preocupadizo, se replegó en sí mismo y comenzó a adoptar ideas extrañas en torno a su dieta, convirtiéndose en un vegetariano estricto. También se dejó crecer la barba, tal cual la tiene ahora.

Su familia llegó del este del país en el mes de abril de 1962, reconoció su enfermedad y lo llevó al doctor Norman Reider, un psiquiatra de San Francisco, quien sugirió que el paciente siguiera tratamiento. El paciente fue incapaz de seguir el tratamiento además de seguir una vida reclusa, manteniéndose con el producto de la venta de sus posesiones y con sus ahorros.

El paciente fue admitido en el Hospital Estatal de Napa, en donde se le sometió a observación. Aunque el diagnóstico fue Reacción Esquizofrénica, no se intentó ningún tratamiento. A petición de su padre se le transfirió a Twin Pines y aquí se ha resistido a todo tipo de tratamiento, incluyendo los medicamentos orales, los tranquilizantes inyectables y el tratamiento de coma inducido con insulina.

El doctor Norman Reider y el que firma hemos revaluado al paciente y sentimos que le beneficiaría un tratamiento de choques eléctricos combinados con una terapia de insulina. Esta última fue discutida con el paciente, el cual se resistió a seguirla. No se hizo ningún intento de forzarle el tratamiento. La forma de razonar del paciente es la de un esquizofrénico, en tanto que hace comentarios infundados, tales como que siente que no se deben hacer ciertas cosas que el común de la gente hace, como llevar una dieta general o el rasurarse, por razones que sólo él conoce; no se han podido obtener mayores explicaciones en las entrevistas subsiguientes.

Es mi opinión profesional que este hombre padece una reacción esquizofrénica de tipo paranoide, crónica, severa. Le beneficiaría seguir el tratamiento adecuado para ver si se le puede ayudar en su enfermedad. Considerando los extremos a los que el paciente lleva sus ideas, es necesario hospitalizarlo y tratarlo bajo una orden judicial, en tanto que en sus condiciones actuales es un peligro para sí mismo y para los demás.

Con base en esta carta y a los resultados de dos exámenes médicos que forman parte del diagnóstico, la Corte expidió la orden correspondiente el día 10 de enero y comenzó el tratamiento de choques a la mañana siguiente. Pronto comenzó la correspondencia semanal entre el doctor James y mi padre, quien había dado su consentimiento. De esta correspondencia y otros documentos se ve claramente que había surgido un gran conflicto entre los doctores y mis padres, por un lado, y yo, por el otro. Con respecto a mi barba, ellos insistían en que me la quitara y yo me rehusaba.

Alrededor de cinco semanas después del inicio de la serie de choques, el doctor James decía a mi padre en una carta:

El rabino local, Rabino (Sanford) Rosen (de la sinagoga Beth El en San Mateo), estuvo con Leonard la semana pasada y pasó mucho tiempo discutiendo con él la remoción de su barba. Sentí que era deseable que el rabino discutiera con él en tanto que Leonard parece darle un gran significado religioso a su barba. El rabino no pudo convencer a Leonard. Como ya he discutido con usted, la barba realmente complica su tratamiento ya que no podemos ver sus labios, usados como indicadores de su estado físico general y de la oxigenación durante el coma insulínico. También hace problemático alimentarlo cuando está saliendo de un coma ya que su barba estorba. Su cabello también es un problema ya que es bastante difícil aplicar y mantener la liga que sostiene los electrodos, la cual tiende a resbalarse por su cabello grueso. No me he dado por vencido de tratar de convencer a Leonard que acepte que le quiten la barba y le corten el pelo, aunque sólo sea mientras dura el tratamiento. Por lo pronto no hay ningún otro cambio de importancia.

De acuerdo a mi expediente, mi resistencia a que me quitaran la barba continuó. Debo señalar que no tengo ningún otro antecedente en el cual basarme ya que mis recuerdos de lo que sucedió durante este periodo fueron destruidos por el tratamiento de choques. Aproximadamente dos semanas después de haber escrito esta carta, el doctor James consultó al doctor Reider. El doctor Reider, un psicoanalista entrenado en la Clínica Menninger y ex-Director de Psiquiatría del Hospital Mt. Zion de San Francisco, era el consejero psiquiátrico más cercano a mi padre. Su "Reporte de Consultor" dice como sigue:

Resultados: Tuve una charla muy agradable con el señor Frank. Parecía más dispuesto a discutir. Discutimos religión, filosofía y su estado actual. Por vez primera se le agotaron las respuestas a mis preguntas. En esencia sigue tan paranoico como siempre. Por ende aún hay bastante terreno para ser pesimista, por decirlo de alguna forma.

Recomendaciones: Creo que debe continuar el tratamiento de coma insulínico y de electrochoque. Más aún, creo que debiera quitársele la barba durante uno de los comas como medio terapéutico de provocar angustia y causar un cambio en la imagen que tiene de su cuerpo. Deben hacerse consultas con respecto al problema de sus derechos civiles, aunque dudo que sea una cuestión crucial. Vale la pena hacerlo por las implicaciones terapéuticas que tiene, además siempre puede dejarse crecer la barba de nuevo.

No he visto ningún signo de alteración intelectual como resultado del tratamiento de choques.

Después de discutir las consecuencias legales de rasurarme la barba con el apoderado del hospital y un representante de la oficina del procurador de justicia local (los cuales minimizaron la posibilidad de que "pusiera una demanda por asalto y violencia"), cito la declaración del doctor James, en carta a mi padre:

...el doctor Reider siente que (el rasurarle la barba) tendría efectos terapéuticos definitivos y estoy planeando seguir esta línea en los próximos días. Hemos aumentado la frecuencia de los electrochoques esta semana a un total de cinco, o sea uno por día, ya que quiero tenerlo un poco más confundido y nublado durante este periodo por si le quitamos la barba, así no tendrá plena conciencia de este procedimiento ni tampoco se afligirá tanto. . .

Al evaluar el avance de Leonard hasta la fecha, creo que es importante señalar que hay un mejoramiento ligero aunque todavía tiene fantasías con respecto a su barba, su dieta y las prácticas religiosas que observaba antes del tratamiento. Esperamos que con la continuación de los tratamientos podamos modificar algunas de sus ideas para que logre una adaptación razonable a la vida.

Pocos días después el doctor James escribía en sus "órdenes del médico":

Rasurar al paciente y cortarle el cabello.

Obsérvese cuidadosamente durante el día de hoy y la noche, por si hubiera una reacción no predecible, como intentos de suicidio o de fuga.

Diez días después escribía a mi padre:

Esta semana fue removida la barba de Leonard sin que se afligiera mucho. Se le hizo ver que puede hacer lo que quiera una vez que los tratamientos hayan terminado, pero que queremos verle sin barba por el resto de su estadía en el hospital. No se le cortó el cabello al mismo tiempo que la barba, aunque se le veía alborotado debido a lo largo. Sin embargo, el paciente mismo sugirió se le dejase ir a la peluquería a que le cortasen el cabello, lo cual fue hecho. Leonard se ve mucho mejor sin la barba y el cabello largo y no parece tener mucha dificultad en rasurarse él mismo cada día. Por lo pronto está usando una de las rasuradoras eléctricas del pabellón, aunque me pregunto si no valdría la pena que le comprásemos una para su uso personal, como un estímulo para que se continúe rasurando diariamente.

Al día siguiente el doctor James escribió en sus "Notas de Avance":

El paciente ha tenido 37 comas insulínicos y 31 TEC. Sus pensamientos son menos agudos y ha permitido que lo rasuremos. Se ha cortado el cabello. Se motiva al paciente para que se rasure cada día, lo cual hace bajo vigilancia. . .

En total fueron 85 tratamientos de choques (50 de coma insulínicos y 35 terapias de electroconvulsión); mis recuerdos de la etapa de institucionalización, el año y medio precedente a grandes partes de mi vida anterior fueron destruidos. Para algunos, entre los cuales me incluyo, esta amnesia en sí es evidencia de la existencia de daño cerebral sustancial ocasionado por el tratamiento de choques, que es precisamente lo que se intenta. Como escribió un defensor del tratamiento de choques: "No debe de olvidarse que el objetivo del TCI (tratamiento de coma insulínico) es la destrucción de las células del cerebro, o sea producir una lesión cerebral controlada".

Con respecto a la terapia de remover la barba, el resultado fue menos exitoso —desde el punto de vista de los psiquiatras— como pueden ver las barbas vuelven a crecer, el tejido cerebral no.

Claro está que se podrían hacer muchos comentarios a los extractos de mi expediente, pero quisiera concentrarme en cuatro puntos.

El primero tiene que ver con la credibilidad de los psiquiatras. Nótese la forma en que el doctor James describe mi reacción a que se me quite la barba. Le escribió a mi padre para decirle que no me había "afligido mucho". Sin embargo, cuando ordenó que se me quitara la barba, advirtió al personal que estuviera alerta por si intentase suicidarme o fugarme. En la misma carta comenta que "Leonard. . . no parece tener mucha dificultad en rasurarse todos los días". Sin embargo, un día después, anota en sus "Notas de Avance": "Se motiva al paciente para que se rasure cada día, lo cual hace bajo vigilancia".

Como si este discurso engañoso e hipócrita no bastara, hay que considerar las razones "terapéuticas" que dan los doctores James y Reider para quitarme la barba. El doctor James subraya la importancia que tiene quitarme la barba para facilitar el tratamiento de choque. El doctor Reider sólo ve este procedimiento como un "medio terapéutico para provocar ansiedad" y mejorar la "imagen" que tengo de mi cuerpo. Posteriormente el doctor James le dice a mi padre que se ha acelerado la frecuencia de los choques para adormecer mi conciencia y la ansiedad producida por la remoción de la barba.

Pero para mí lo que fue dejado fuera de mi expediente es aun mucho más extraordinario que lo que fue escrito. Los psiquiatras pueden falsificar lo que hacen usando mentiras directas o encubiertas, o bien, pueden engañar a través de la omisión. En el caso de mi expediente, creo que mi situación es más bien un caso de engaño por la omisión de hechos relevantes. Por ejemplo, en tanto

que antes de la orden judicial se tomó nota del "rechazo activo y pasivo" que tuve, no se menciona en ningún lado mi resistencia a estos procedimientos una vez iniciados. Claro que no puedo tener ninguna seguridad de la naturaleza de esta resistencia o incluso si opuse resistencia o no.

Como ya mencioné, no tengo ningún recuerdo de esta época, pero considerando mi expediente tal cual está, la actitud hacia el tratamiento que sugiere el mismo, mis actitudes actuales y casi todo lo que desde entonces he oído y leído acerca del tratamiento de choque y de drogas, parecería casi seguro que sí me resistí a los tratamientos. ¿Por qué? Quizás porque no quería que se entrometiesen con mi cerebro y porque no quería sufrir la humillación y el dolor asociados con estos procedimientos. En un libro de texto sobre el electrochoque, un paciente compara al médico que le forzaba a seguir un tratamiento de coma (insulinico) con alguien que le arranca las alas a una mosca. Otro paciente dijo: "le clavaron a la cruz como a Jesús tan pronto como perdió el conocimiento".

El primer recuerdo que tengo del periodo que siguió al tratamiento de choques fue cuando salía del último coma. Estaba sudando profusamente, una sensación de malestar invadía todo mi cuerpo, el dolor causado por el hambre no tenía nada que ver con nada que haya sentido antes ni después. Pasar de un estado consciente a otro inconsciente y viceversa me causaba terror, y me hallé tratando desesperadamente de respirar para aliviar la sensación de sofocamiento. Pocos días después, estaba sentado en una sala contigua a la sección de tratamiento del hospital. La puerta gruesa que separaba ambas secciones estaba entreabierta. Era mediodía y uno de los internos estaba en la fase hipérglicémica (o de pre-coma) del tratamiento insulinico. De repente, oí un grito penetrante, más parecido a un chillido agudo, proveniente de la sección de tratamiento. El técnico cerró la puerta rápidamente; aún así, los gritos no fueron ahogados por completo. He olvidado mis propios gritos, pero los de este compañero interno todavía me acompañan. De mi expediente psiquiátrico no se puede deducir nada del horror y la brutalidad del tratamiento de choque ni de mi resistencia a él.

Se puede argüir que es injusto generalizar acerca de la credibilidad de los psiquiatras en base a la experiencia propia de unos cuantos de ellos. Sin embargo, quiero decir que no se trata de solamente mi propia experiencia. Por casi diez años he participado en el movimiento de liberación de los internos psiquiátricos; durante este periodo he hablado con cientos de ex-pacientes, los cuales comparten mi opinión acerca de la deshonestidad de la mayoría de los psiquiatras. Mi opinión es confirmada también por un estudio extenso de la literatura profesional acerca del tratamiento de choque y otros tratamientos psiquiátricos, que dirigí al preparar mi libro **The History of Shock Treatment** (La historia del tratamiento de choques). Con sus raras excepciones, los psiquiatras no reportan lo que han visto sucederle a la gente que se somete a sus tratamientos. Tampoco discuten la experiencia subjetiva de los tratamientos

que imponen a los sujetos psiquiátricos o que les administran sin su consentimiento informado.

Esto tiene sus razones obvias: no quieren atestiguar en contra de sí mismos.

El segundo punto de los cuatro que quiero hacer al comentar mi expediente se refiere a los valores humanos. Los psiquiatras pretenden aparecer como clínicos y científicos, cuya función principal es el cuidado y el tratamiento a quienes ellos definen como "enfermos mentales". Pretenden hacer creer que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra. Pero nunca lo han podido demostrar. Como afirma el doctor Thomas Szasz:


La palabra enfermedad quiere decir enfermedad corporal. . . una perturbación de la función o de la estructura de un órgano del cuerpo. La mente, sea lo que sea, no es un órgano o parte del cuerpo. Por tanto no puede enfermar de la misma manera que el cuerpo. Al hablar de una enfermedad mental se está usando una metáfora. Decir que la mente de alguien está enferma es como hablar de una economía enferma o de un chiste enfermizo. Cuando se confunde una metáfora con la realidad y luego se le usa socialmente estamos frente a la creación de un mito.

A continuación mi definición de la enfermedad mental:

La enfermedad mental es una etiqueta peyorativa usada para justificar el control social sobre ciertos individuos seleccionados, a través de la intervención psiquiátrica involuntaria. Los afectados son aquellas personas problematizadas o problemáticas que no han violado las leyes y, por tanto, no pueden ser procesadas como criminales ni encarceladas, pero cuyas ideas y acciones, valores y estilos de vida amenazan las relaciones de poder institucionalizadas dentro de la familia, la comunidad o la sociedad en general.

Volviendo a mi expediente. El doctor James hace un juicio de valor acerca de mis "ideas en torno a (mi) barba, dieta y prácticas religiosas". El calificar estas ideas como "fantasías" es un intento por hacer pasar un juicio de valor por un juicio de orden clínico. Este hecho le da razones para someterme al tratamiento forzado, cuyo objetivo, por él mismo reconocido en la carta, era "modificar algunas de estas ideas para que pueda adaptarse a la vida".

Mi barba, dieta, creencias religiosas y no-conformismo en general, son una amenaza para el **status quo** de la familia. Son considerados signos de mi rompimiento con el control de mis padres. Al tener la balanza de poder a su favor, mis padres acudieron a la psiquiatría institucional, a través de la cual pudieran restablecer su autoridad sobre mí, aunque fuera temporalmente. Su éxito era medido, como dice el doctor James de forma tan sencilla en su



Leonard Roy Frank y al fondo Pat Wynn.
Disidencia de la vida cotidiana.
Ex maltratados psiquiátricos.

carta, según el grado en que los tratamientos me posibilitasen a "adaptar(me) de forma razonable a la vida".

Las ideas que los tratamientos debían modificar también eran una amenaza, aunque menor, al **status quo** social. Pocos años después, a mediados de la década de los años sesenta, las ideas y estilos de vida no-conventionales surgieron entre la generación joven para desgracia de la generación de los más viejos, quienes interpretaron esta tendencia como un repudio a sus valores y como una real amenaza a sus intereses.

Para resumir, mi opinión es que el sujeto de la psiquiatría es los valores y el control y no la enfermedad y el tratamiento. La psiquiatría es política y religión a la vez, enmascarada como si fuera medicina y ciencia.

El tercer punto se refiere a los tratamientos psiquiátricos actuales y a la forma en que son utilizados. Aunque hoy en día no se usan tanto los tratamientos que causan daño al cerebro consistentes en la combinación de tratamientos de insulina con electroconvulsivos (como los que se me impusieron en 1963), todavía se usan tratamientos que sí dañan el cerebro. La Asociación Psiquiátrica Americana estima que se someten a 100 000 americanos a tratamientos electroconvulsivos cada año. De 500 a 1000 norteamericanos más son sometidos a psicocirugía cada año, lo cual representa una caída considerable con respecto a las 2000 lobotomías aproximadas que se hicieron por año en el periodo de auge (la década de los años cuarenta). El ejemplo más flagrante de tratamientos que dañan el cerebro en la psiquiatría actual son las drogas psicoactivas. Se estima que se administran drogas neolépticas a entre dos y tres millones de norteamericanos, dentro y fuera de las instituciones. Mejor conocidas como tranquilizantes mayores (como ejemplos baste mencionar Thorazine, Stelazine, Haldol y Prolixin); estas drogas deberían ser llamadas depresivos mayores, ya que este nombre describe mucho mejor los efectos principales. Estos efectos consisten en deprimir el sistema nervioso central y hacer que el sujeto se sienta deprimido.

Sería imposible darse cuenta de lo que estas drogas realmente son si sólo se escucha hablar de ellas a los psiquiatras o si se leen sus libros de texto y sus revistas. He hablado con mucha gente que ha padecido a causa de estas drogas y también leído sus descripciones. Pero en vez de leerles una, la objetividad de la cual pudiera ser cuestionada, me gustaría leer una cita de una carta que recibimos en BACAP (el Comité de Alternativas a la Psiquiatría de Bay Area en San Francisco). La mujer que escribe la carta acababa de visitar a su hermana de 26 años internada en un hospital del Estado en Washington, la cual se quejaba de los neurolépticos que le forzaban a tomar.

Debbie se encuentra en un mal estado. Casi parece zombi. Tiene plena conciencia de sí misma, aunque le es difícil funcionar físicamente. Puede hacer las funciones necesarias

(como comer e ir al baño), pero hace todo muy lento. Da pequeños pasos al caminar y arrastra los pies, seguido se pasea de un lugar a otro. Mantiene los brazos ligeramente elevados y su boca abierta. No puede decir más de una o dos palabras a la vez. Ayer, cuando la fuimos a ver, pudo por primera vez sentarse en un sofá con nosotros por bastante tiempo (usualmente tiene que levantarse para pasear), aunque se quedó dormida dos veces como si estuviera drogada... El hospital mental del Estado parece muy orientado hacia las drogas, por lo que lo más probable es que se le esté drogando. ¿Qué podemos hacer para ayudarlo? Nuestra familia está muy afligida por Debbie y pedimos ayuda y orientación. Realmente la necesitamos.

Así pueden ser los efectos a corto plazo de los neurolépticos. Pero, ¿qué sucede con los daños al cerebro a los que hice alusión antes? Es bien conocida la afición de la psiquiatría a inventar enfermedades tales como el desorden de la atención, la personalidad desordenada esquizotípica, el desorden mental orgánico cafeínico, por nombrar sólo las más recientes. Las enfermedades reales que produce la psiquiatría son menos conocidas. Una de estas enfermedades de la cual se habla más hoy en día es la disquinesia tardía (DT), la cual es causada por las drogas neurolépticas y se caracteriza por los movimientos rítmicos, involuntarios y fuera de control, en particular de la mandíbula, la boca y la lengua (por ejemplo, movimientos de mascar, inflar los cachetes, impulsar los labios hacia adelante como un beso, agitar la lengua), aunque también afecta los brazos y las piernas. Esta condición es normalmente incurable y hay estudios que muestran que prevalece entre aquellos que usan las drogas neurolépticas (de un 4 a 56%). La presencia de la DT muestra que sí existen daños al cerebro y otros daños neurológicos que incluso pueden ser permanentes.

Lo que he estado tratando de hacer es establecer el hecho de que los tratamientos somáticos de la psiquiatría producen daño al cerebro. No estoy solo en esta contienda ni tampoco es una idea exclusivamente mía. En un artículo sobre la Thorazine, publicado en 1955, el psiquiatra Heinz Lehmann —un abierto precursor de los neurolépticos— describía estas drogas como un “sustituto farmacológico a la lobotomía”.

Pero es el doctor Peter Roger Breggin, también psiquiatra, quien ha escrito de forma más definitiva sobre el control psiquiátrico a través de la inutilización del cerebro. En un artículo titulado “Terapias de Inutilización del Cerebro”, publicado el año pasado en el libro *La Psicocirugía: un debate*, editado por Elliot S. Valenstein, el doctor Breggin escribió:

...Las terapias somáticas producen daño y disfunción al cerebro y así comprometen la soberanía personal y la liber-

dad personal del individuo. Este efecto no es accidental, tampoco secundario. Es el efecto específico del tratamiento.

¿Para qué le sirve al psiquiatra reducir la soberanía personal y la libertad personal del paciente? No es difícil encontrar la respuesta: el psiquiatra o el psicocirujano, gana control sobre el paciente. De forma más específica, el psiquiatra o psicocirujano pueden hacer a la persona menos problemática para sí misma y para los demás, al hacerle más difícil pensar, sentir, escoger y actuar...

Cada una de las principales terapias somáticas surgió como parte de los esfuerzos del psiquiatra por controlar la cantidad masiva de internos bajo su cargo y, de ser posible, hacerlos lo suficientemente maleables para hacer trabajo útil en el hospital o para transferirlos a la comunidad. La psicocirugía, la TEC y los tranquilizantes mayores comparten el mismo origen con la mayoría de las intervenciones psiquiátricas a lo largo del tiempo —desde la castración y el linchamiento, hasta el envenenamiento con arsénico y la sumersión forzada en tinas de baño. El poder de las nuevas intervenciones deriva de su asalto directo al cerebro en vez del cuerpo y, en particular, de su capacidad de domesticar a los pacientes sin matarlos demasiado seguido.

“Sin matarlos demasiado seguido” —cabe el sarcasmo—, pero el hecho es que mucha gente ha muerto y continúa muriendo por los tratamientos somáticos, a pesar de que los psiquiatras dicen estar velando por su seguridad. En vez de detenerse en este tema, voy a citar un artículo que deja entrever la escala en que ocurren estas muertes hoy en día.

El número del mes de enero de 1981 de la revista *Institutions, Etc.* entregó un informe de una investigación llevada a cabo en nueve hospitales de Texas que muestra que durante 1980, 15 pacientes murieron “al ahogarse con la comida o su propio vómito mientras estaban bajo fuertes dosis de drogas psicotrópicas”. Para mayor información, quisiera llamar su atención a la extensa reseña de la literatura sobre las muertes causadas por las drogas psiquiátricas hecha por el doctor David L. Richman, bajo el seudónimo de doctor Caligari, en las noticias de BACAP del mes de junio.

El último punto que quisiera discutir en mi ponencia se refiere al asunto de la legalidad. Lo que me sucedió en 1963 —el encarcelamiento y el tratamiento forzado— es legal. Tanto mis padres como los psiquiatras llenaron todos los requisitos legales. Con sus raras excepciones, no hay lugar alguno en los Estados Unidos que tenga las garantías sustantivas que entonces tenían los candidatos al tratamiento psiquiátrico en California. En otras palabras, las objeciones de los candidatos al tratamiento pueden ser legalmente anuladas por los psiquiatras en cada caso, exceptuando la psicocirugía en California (y uno o dos estados más), en donde está establecido el derecho absoluto de rechazar este procedimiento.

En algunos de los estados supuestamente progresistas, como California, quien se rehusa a recibir tratamiento psiquiátrico puede ser considerado incapaz de dar su consentimiento, para luego serle aplicados choques eléctricos a la fuerza con un consentimiento sustituto obtenido en su nombre. Casi no existe protección alguna para los candidatos al tratamiento de drogas. El caso de **Rogers vs Okin**, que se encuentra actualmente ante la Suprema Corte, de obtener un fallo favorable (lo cual es poco probable) cambiaría esta situación muy poco.

Como si no tuvieran suficiente poder sobre las personas etiquetadas como enfermos mentales, los psiquiatras andan tras de más poder. Se han estado forjando en esta área en los últimos años, en lo que pudiera describirse como una revuelta de los opresores contra los oprimidos. Un ejemplo de esto es el fallo reciente de la corte de Utah, la cual arguía que bajo las leyes civiles reformadas los pacientes no tienen el derecho constitucional de oponer las decisiones tomadas por los psiquiatras sobre el curso del tratamiento a través de una audiencia procesal. Los demandantes eran todos pacientes confinados involuntariamente sometidos a drogas neurolépticas. En representación de la corte, Aldon J. Anderson, juez de distrito, escribió:

La corte considera que una vez que le han sido otorgadas a una persona todas las salvaguardias procesales, incluidas en los estatutos reformados, y se han hecho los fallos requeridos (incluyendo uno de incompetencia para consentir al tratamiento), el juicio del médico a cargo del tratamiento (sin la concurrencia de ningún otro) de acuerdo a los niveles médicos aceptados, es un factor de la mayor importancia con mucho mayor peso que cualquier otro derecho del paciente en la determinación de fallos de naturaleza similar o igual de acuerdo a las leyes. . . Tal proceso no sólo sería demasiado Impráctico y llevaría mucho tiempo, sino que sería muy costoso para el estado emplear personal extra para el proceso y hacer funcionar el proceso; en muchos casos incluso iría contra los intereses de los pacientes.

La tendencia actual es realmente deplorable. La visión del pasado con respecto al tratamiento forzado parece destinado a ser la actitud del futuro, a menos que haya un cambio drástico en la actitud del público.

Debe hacerse un llamado al sentido común de la gente y, lo que es más importante, a su sentido moral. El hecho de que un acto específico sea legal no lo hace correcto. La legalidad no trae consigo la moralidad. Recordemos que en los tiempos de la Inquisición era legal quemar brujas en las estacas, y que pocos años atrás era legal gasear a los judíos y demás no-arios en la Alemania nazi. En el mismo periodo en Alemania misma, también era legal gasear, hambrear, drogar y hasta golpear a muerte a 270 000 "pa-

cientes mentales", en su mayoría arios. La diferencia radicaba en que las matanzas tomaban lugar en los hospitales del Estado en vez de los campos de concentración y en que los asesinos eran psiquiatras y no guardias del SS.

Hoy en día, reconocemos estos crímenes legales por lo que fueron. Habrá un día en el futuro —si es que llega a haber un futuro en el cual la gente aún pueda ejercer sus capacidades morales— en que se reconozcan todos los crímenes legales de la psiquiatría por lo que realmente son.

Con el crecimiento de las tensiones sociales, se intensifica la lucha por la existencia y por un lugar bajo el sol. De diferentes maneras, hay individuos que se salen de la raya o se caen fuera de ella, y así causan la hostilidad de los más poderosos. Los tratamientos somáticos de la psiquiatría son métodos de tortura y castigo usados para forzar a la gente a que se alinee o bien para quebrarlos en el intento.

Sin embargo, los efectos de la psiquiatría no sólo afectan a los que están directamente sometidos a su fuerza destructiva. Es de igual importancia el **efecto de intimidación** que tienen sobre prácticamente la totalidad de la población adulta.

La respuesta está en la libertad y hasta que no la tengamos no tendremos descanso alguno, como tampoco dejaremos descansar a los tiranos de camisa color café bajo sus batas blancas.

Digno de anotarse.



LA TECNOLOGIA DE LA TORTURA

Giovanni Jervis (Italia) *

Resulta cada vez más claro que la tortura es parte integrante de ciertos mecanismos inherentes al funcionamiento del Estado moderno cuando se configuran determinadas circunstancias.

Es prejuicio común considerar el fenómeno de la tortura como un residuo del pasado, como el resurgimiento de la antigua barbarie. Muchos datos, entre ellos los que aportó la convención de "Amnisty International" sobre la tortura (realizada en París los días 10 y 11 de diciembre de 1973) y los obtenidos en la sesión de Roma del Segundo Tribunal Russell sobre la represión en América Latina, demuestran que las cosas no son así. Hoy resulta cada vez más claro que la práctica de la tortura es parte integrante de ciertos mecanismos inherentes al funcionamiento del Estado moderno cuando se configuran determinadas circunstancias. El aspecto "moderno" de la tortura ya había aparecido en los años 50s, durante la guerra de Argelia, y su empleo tuvo una magnitud y una sistematicidad que no se habían visto ni siquiera durante el nazismo. La práctica de la tortura no ha sido organizada y sistematizada ni por sadismo, ni brutalidad, ni miedo, ni abuso de poder, sino por constituir, sobre todo en cierto periodo, el elemento fundamental de aquellos controles psicológicos y materiales de esa parte de la población que hacía posible la consecución de la guerra.

La represión en Francia, como tal, fue un fracaso, y este no es un hecho marginal o casual. Pero en lo que sí tuvo éxito fue en la cimentación de una máquina organizativa de la que la tortura era parte integrante y central.

El torturador, una persona cualquiera

En la guerra argelina quedó en claro que las torturas fueron aplicadas por personas vulgares, padres de familia comunes y corrientes. Los torturadores son, a menudo, especialistas, pero en general no son sádicos. Un agente de la policía francesa le hablaba de este modo a Franz Fanon: "Se dice habitualmente que si tuviéramos un poco de piedad con los detenidos y con aquellos a los que es necesario interrogar, entregarían palabra por palabra toda la información. Pero vaya a explicarles eso a los detenidos. A cada pregunta responden no sé. Tampoco dicen sus nombres. Si uno quiere saber dónde viven, responden no sé. Así, de esta manera, estamos obligados a presionarlos, pero gritan demasiado. Al comienzo me divertía. Pero después, todo esto ha empezado a molestarme. Hoy me

* Psiquiatra italiano y profesor universitario.

basta oír a alguien gritar y podría decir en qué etapa o punto está del interrogatorio. El tipo que ha recibido dos puñetazos y un golpe de palanca detrás de la oreja tiene cierto modo de hablar, de gritar y de decir que es inocente. Después de estar dos horas suspendidos de los puños tiene otra voz. Después de la tina, otra. Y así en adelante. Pero es sobre todo después de la electricidad que aquello se torna insoportable. Se diría, en cierto momento, que el tipo va a morir. Hay también los que no gritan. Son los duros. Pero se imaginan que serán asesinados de una vez por todas. A nosotros no nos interesa matarlos; lo que necesitamos es la información. Lo primero que se pretende de esos tipos es hacerlos gritar, y tarde o temprano lo logramos. Esa es ya una victoria. Después se continúa. Hay que hacer notar que siempre preferimos evitar todo esto. Pero el tipo no se rinde tan fácilmente" (1).

Entre 1960 y 1963 el psicólogo Stanley Milgram de la Universidad de Yale reclutó al azar 40 voluntarios de raza blanca y sexo masculino (obreros, empleados, profesionistas, etcétera) para lo que éstos creyeron que era un estudio sobre la memoria. A los voluntarios se les pagaba cuatro dólares al principio del experimento. Cada voluntario fue presentado a un tipo de mediana edad, de apariencia jovial y anónima, que figuraba como otro voluntario ocasional, pero que en realidad era un sujeto adiestrado por los experimentadores. El verdadero voluntario debía suministrarle choques eléctricos de intensidad creciente para establecer de qué modo la otra persona —bajo el efecto del "castigo"— lograba repetir una lista de palabras. El falso voluntario era expuesto a un golpe eléctrico de 45 voltios. Después se procedía personalmente a interrogarlo —en cuanto a la memorización de sus palabras—, suministrándole golpes de intensidad creciente, y ocasionándoles shocks que señalaba la aguja como "leves", hasta llegar a un límite de 375 voltios —indicados como "Peligro: shock grave"—. Y deteniéndose, finalmente, entre 435 y 450 voltios —marcados sobre el cuadrante con una simple "X"—. La víctima, o falso voluntario, se encontraba amarrada a una especie de silla eléctrica. El voluntario real, a poca distancia, no podía observarlo pero sí escuchaba los ruidos.

En realidad, el falso voluntario no recibió ningún golpe eléctrico. Sólo agregaba, después de las súplicas, protestas y gritos —y a la altura de 270 voltios—, verdaderos alaridos cada vez más lastimeros de dolor, hasta responder con el silencio en los últimos shocks.

Los voluntarios eran suavemente exhortados a proseguir cada vez que se manifestaban perplejos o renuentes a continuar el interrogatorio y los shocks. Nada menos que 26 sujetos (de 40) prosiguieron el experimento hasta el grado máximo de 450 voltios. Ninguno rehusó proseguir antes de haber alcanzado los 300 voltios. Este experimento se repitió después en circunstancias diferentes y con distinto método, pero siempre con resultados análogos. Después del experimento, a los voluntarios se les dijo la verdad y los hechos sucedidos se discutieron con calma (2).

Otros experimentos parecidos han dado resultados no menos sorprendentes. Philip Zimbardo escogió un grupo de estudiantes universitarios californianos equilibrados, de clase media, para un estudio psicológico sobre la interacción del comportamiento en prisión. Algunos tomaban el rol de prisioneros y otros el de carceleros. El experimento había sido programado para durar dos semanas, pero fue interrumpido después de 6 días "porque lo que pudimos observar fue verdaderamente terrible" (3).

El peligro de los experimentos como el de Milgram y el de Zimbardo consiste en el hecho de que se prestan muchas veces como respuestas de fácil moralismo que tienden a constituirse en consideraciones generales sobre la naturaleza humana (intrínsecamente débil, influenciable y —si se quiere— manipulable) y llegan finalmente a consideraciones políticas sólo en apariencia (en realidad exentas de análisis de clase y de concretas indicaciones de lucha), que se expresan en sugestivas disquisiciones sobre el horror de la "civilización contemporánea", sobre la alienación del hombre-masa y sobre "la pérdida de significados y de valores en el capitalismo tardío", es decir, sobre el destino (¿universal?) de violencia y eliminación en el que indiscriminadamente víctima y verdugo deberán, con pesimismo, reconocerse.

En realidad, si tiene sentido hablar de experimentos como éste, tratando de encontrarles un significado, no es imaginándose que estos horrores "hablan por sí mismos", es decir, que estos experimentos, de por sí, "nos demuestran" alguna cosa. De por sí no demuestran absolutamente nada, como no demuestra nada el fenómeno de la tortura si no se interpreta bajo una clave histórico-política perfectamente determinada. Si, por ejemplo, hay algo de verdad en la "pérdida de valores" dentro del capitalismo tardío, esta verdad tendría que servir a un pensamiento más amplio. Lo que la noticia de ciertos experimentos provoca en nosotros, más allá de los lamentos y las exhortaciones moralistas, es la invitación a un análisis más profundo sobre el origen de clase del poder y de la autoridad que condiciona a la obediencia, así como sobre los precisos mecanismos históricos, sociales y psicológicos, que producen "esta" obediencia en "estos" ciudadanos y en "esta" sociedad que funciona de acuerdo a los métodos del estado capitalista.

La tortura y el capitalismo mundial

Comparando con los tiempos de la guerra de Argelia, la práctica de la tortura ya no es una industria semiartesanal. Se encuentra hoy, por el contrario, en un estadio parecido al de la industria monopólica racionalizada.

La tecnología del poder ha llegado a ser, precisamente porque cuida las estructuras estatales especializadas en las tareas anti-subversivas, un factor enormemente menos tosco y empírico de lo que fue hasta hace poquísimos años. Mirado desde este punto de vista, se ha creado probablemente una nítida desviación entre el

modo —ahora relativamente "atrasado"— con que el poder policial se practica en la URSS (y en los países del este europeo) y la manera "científica" de los países capitalistas más avanzados como Alemania Occidental y especialmente los EE.UU.

Si se habla de tortura en relación a la tecnología moderna de la represión, es necesario referirse aquí esencialmente a los estados capitalistas y en particular a los EE.UU. que exportan al resto del mundo los instrumentos técnicos y organizativos de información y de control que comprende la técnica moderna de la tortura (4). Es necesario, sin embargo, evitar aquí algunos errores ideológicos: un error posible corresponde a la idea de que el dominio capitalista en el mundo se mantiene exclusivamente a través del uso de la fuerza bruta y de la tortura, es decir, de la represión militar y policial, tanto "tradicional" como "moderna". Otro error, de signo opuesto, es el convencimiento de que el dominio capitalista se ejerce "sin" la violencia directa y a través de la persuasión, la corrupción política, la integración al sistema de sectores cada vez más importantes de la clase obrera metropolitana. Forma parte de este último punto de vista la tendencia a sobrestimar el poder, la racionalidad del capitalismo, así como a subvalorar sus contradicciones internas y el verdadero significado de la tortura.

En realidad, para el sistema capitalista moderno, con su fuerza y sus contradicciones, la tortura es una técnica "auxiliar" del poder. Sin embargo, ello no significa que sea un instrumento "alternativo" o "secundario". El problema es: ¿puede el capitalismo hacer otra cosa? Y la respuesta tiene que ser: Hoy probablemente no, en la mayor parte del mundo.

No obstante, existe un sistema mucho más eficaz que la tortura para manipular a los prisioneros políticos y obtener información y colaboración, sin perder importantes ventajas psicológicas a nivel de la opinión pública, introduciendo la desmoralización en la fuerza enemiga. Es el sistema usado por los comunistas chinos durante la guerra revolucionaria y de liberación, por el ejército chino en la guerra de Corea —aun con los soldados americanos capturados—, por los guerrilleros vietnamitas y por la mayoría de los movimientos clandestinos de guerrillas que operan en el mundo: tratar bien y humanamente a los prisioneros; explicarles los motivos de la lucha; discutir largamente con ellos; dar a leer material político; confiar a todo el grupo —eventualmente— responsabilidades de autogestión; llevarlos gradualmente a colaborar y por último, dejarlos en libertad de marcharse (5).

Para el que lucha por una causa justa, la tortura no sólo es contraria a los principios por los que se está luchando, sino también porque constituye una práctica que obviamente no le daría resultado alguno. Mirado de este modo, el empleo sistemático de la tortura aparece entonces como la racionalidad del opresor que —históricamente— no es ni más ni menos que el perdedor. Uno se hace las siguientes preguntas: ¿Por cuántos años más? ¿Hasta

cuándo continuará prevaleciendo esta racionalidad tecnológica? Pero sería un gran error ceder al optimismo.

La eficiencia absoluta en la investigación pura y simple de los hechos es el rostro actual del poder en los EE.UU. Esta eficiencia representa una nueva forma ética, la convención sobre la cual se legitima la historia. Una vez colocados en este terreno, ya no existen métodos justos o injustos, morales o inmorales, crueles o incruentos, sino sólo problemas impersonales relativos a métodos más o menos apropiados al resultado y evaluados con cálculo y modelos matemáticos.

A pesar de su crisis, la racionalidad capitalista (y en especial la norteamericana) se presenta en estos años nuevamente triunfadora en nombre de un nuevo pragmatismo. Los norteamericanos no repetirán los errores de Vietnam.

El sistema de represión generalizada del capitalismo avanzado no puede ser descrito en referencia a los conceptos propios de las formas anteriores del capitalismo. Ya no se puede hacer referencia al miedo visceral a las revoluciones sociales, inherente a las estructuras mentales de la tecno-burocracia capitalista tradicional. El sistema de represión debe ser concebido y analizado dentro de un marco absolutamente diferente, es decir, dentro de la nueva racionalidad de una tecnología típicamente "avanzada" y de los métodos "de empresa" que la gobiernan. Bertam M. Gross (6) hace derivar esta tecnología, justamente sin duda, de la ideología de la investigación-desarrollo —hoy de última moda— asociada al análisis de sistemas. La represión generalizada no es una moral de la inquietud como lo fue —por el contrario— la represión difusa e intermitente practicada por el capitalismo tradicional. La de hoy corresponde a la ideología del más fuerte, del dominador, en la cual el "buen derecho" a disfrutar y a profitar se "super-legítima" (7) a través de la convención de que se actúa de acuerdo al exacto sentido de la historia.

Esta "eficiencia absoluta" necesita de una articulada capacidad de previsión y se revierte en dos sectores específicos y privilegiados de intervención: la recopilación y la elaboración de la información, por una parte; y el control del comportamiento, por otra. La tortura moderna, por lo tanto, tiende a unificar estas dos exigencias.

Recopilación de informaciones, interrogatorio y tortura

La actividad primordial de toda policía y de todos los servicios de seguridad del estado no es, y tampoco lo fue en el pasado, la intervención represiva mediante una relación directa con las personas detenidas, antisociales o peligrosas, sino la obtención de informaciones. La mayor parte del trabajo de la policía, y en particular de la policía política, implica simplemente el conocimiento, es decir, la recopilación, la puesta al día, la coordinación, la elaboración y la interpretación de datos sobre individuos y grupos.

Esto se desarrolla hoy con ayuda de una técnica mucho más eficiente que la usada hasta hace pocos años, tanto en lo que se refiere a la utilización de instrumentos que facilitan la información, como en lo relativo a la elaboración de los datos. La coordinación de esta actividad se desarrolla hoy a una escala de nivel mundial. Ella se integra, además, muy estrechamente, con la recopilación de informaciones militares, con el contraespionaje y con el desarrollo, la racionalización y la sofisticación de la técnica antisubversiva y contrarrevolucionaria. El problema tradicional de los servicios de información, que era el de colocar espías en el campo enemigo (o potencialmente enemigo), simplemente ya no existe. Hoy, el enemigo que produce la información no está fuera, sino dentro del tejido social de los estados capitalistas y puede ser un enemigo muy bien organizado y aun, a veces, fuertemente armado. La situación actual de permanente conflicto —hoy mucho más que en el futuro— se juega, por el contrario, dentro de la absoluta necesidad de secreto de las organizaciones revolucionarias clandestinas y también de la absoluta necesidad de información anticipada por parte del poder estatal.

Este fenómeno, que hoy tiene lugar en el sistema capitalista, es un conjunto unitario estrechamente integrado y estrechamente dúctil y eficiente en información y manipulación. Internamente no existe ya ninguna diferencia real entre los problemas de subversión, problemas militares, problemas políticos o problemas de control económico.

En el ámbito del sistema general de recopilación y elaboración de los datos, el interrogatorio policial, es decir, la obtención de información y colaboración directamente de parte de los sospechosos y de los prisioneros, se integra con los otros sistemas y fuentes de información previamente existentes. Aun más, el interrogatorio policial casi nunca se deja a merced de la eventualidad o de la iniciativa espontánea o de la habilidad empírica de algún funcionario individual. Acuciosas consideraciones de tipo psicológico, social y político, establecen dónde, cuándo, con quién y hasta qué punto el interrogatorio puede ser "molesto" y llegar a ser tortura, sin que esto cree demasiadas repercusiones indeseadas a nivel de la opinión pública. No es necesario llegar siempre a la tortura física tradicional. Cuando un funcionario "moderno" interroga a un detenido o a un prisionero, dispone hoy generalmente de una serie de informaciones acerca de las cuales el prisionero no se imaginaba que pudiera existir en poder de sus interrogadores: es interrogado entonces exclusivamente sobre puntos exactos y precisos. El interrogador dispone de una serie vastísima, eficaz y refinada de técnicas de ablandamiento, lisonja, sugestión, intimidación, corrupción, mentiras y terror. Puede dar información falsa sobre sus familiares o compañeros. Puede hacerle escuchar cassettes con testimonios manipulados y puede también hacerle escuchar por horas los alaridos grabados de otras torturas. Amenazarlo de castración o fingir hacerlo, realizar una liberación simulada o —como se ha hecho

en muchos países— someterlo a un fusilamiento fingido sin siquiera tocarle un cabello. El torturador puede también cansarlo o confundirlo con interrogatorios, racionales o absurdos, o actitudes contradictorias, por horas o por días; impedirle, a través de muchos medios, dormir lo suficiente —cosa que determina una disminución de las defensas psicológicas—; constreñirlo a mantener largamente posiciones incómodas durante el interrogatorio, o, bien, por grados progresivos y dosificadas recompensas, amenazas, promesas y presiones físicas, puede inducirlo a cumplir actos humillantes y serviles. En este contexto, los maltratos físicos ordinarios y tradicionales practicados por decenios “a la buena de Dios” en los puestos policiales y en las comisarías de todo el mundo, tratando de no dejar rastros (bofetadas, golpes en las partes sensibles, etcétera), representan el sufrimiento menor. Estos maltratos “a la buena” han continuado, pero ya forman parte de la historia de ayer. De lo que se habla aquí es de lo que en estos momentos se encuentra a disposición del poder estatal, en Italia como en otros países. Este nuevo punto de partida es esencialmente psicológico y conviene detenerse aquí: es necesario que los militantes lo conozcan bien para poderse defender, porque es aquí, de un muy normal, inocente e irreprochable interrogatorio de policía, donde nace el problema de la tortura. Por ejemplo, en un manual de policía de los EE.UU. se leen los siguientes principios:

“1. El ambiente debe estar arreglado de tal manera que el sospechoso no cuente con ningún amparo psicológico. El lugar del interrogatorio no debe tener estímulos sensoriales. El mínimo de mobiliario, ninguna decoración y nada que lo haga pensar en el recinto de la policía o en un ambiente carcelario. Ningún barrote, ninguna foto de J. Edgar Hoover. El sospechoso debe sentarse en una silla incómoda y no se le permitirá fumar”.

“2. El poder latente del funcionario interrogador debe ser utilizado sutilmente a su completo y personal favor. Debe sentarse cerca del sospechoso, vestir de oscuro; hablar y gesticular con perfecta compostura. El funcionario debe tratar también de obtener la confianza del sospechoso comportándose como un amigo suyo, un tío amable que sólo desea ayudarlo a salir de este embrollo”.

“3. La gravedad del crimen puede ser alterada. El funcionario la puede minimizar simpatizando con las motivaciones; por ejemplo, puede decir: ‘La muchacha que violaste era en verdad una prostituta; tuvo lo que quería’; o bien puede acusar al sospechoso de homicidio para obtener la confesión de un robo”.

“4. Cuando el sospechoso se encuentra en estado de confusión debido a desorientación psicológica, el funcionario puede bluffear aseverando su inexistente complicidad en el crimen cometido, hasta el punto de presentar falsos resultados de laboratorio o falsos testimonios. Aun, en caso de homicidio consumado, es posible informar al sospechoso que la víctima se encuentra viva”.

“5. Dos personas pueden colaborar para someter completamente al detenido: una es grosera y ofensiva, mientras que la otra toma la

defensa del sospechoso. El individuo amistoso puede indicar que someterá al policía agresivo a un castigo disciplinario si el sospechoso habla libremente del problema con él”.

“6. En el caso de que sean dos los sospechosos, pueden ser utilizados el uno en función del otro, generalmente con mucho éxito. Ellos deben ser interrogados separadamente y a cada uno se le dice que el otro ha hablado. El investigador puede arrojar sobre el ausente toda la responsabilidad del crimen cometido para obtener la confianza del sospechoso interrogado” (8).

Los métodos “modernos” de tortura

La psicología y la psiquiatría modernas han imaginado nuevos sistemas integrados en los que está ausente o marginal la agresión física tradicional. T. Shallice dice:

“En Irlanda del Norte, la noche en la cual el gobierno británico aplicó la orden de prisión masiva, en agosto de 1971, 342 hombres fueron arrestados alrededor de las 4.50 de la mañana. A un pequeño número de ellos (eran 12 en el grupo original) se los trató de una manera mucho más dura que a los otros. Se los retuvo para ser interrogados durante 6 días; en este periodo fueron sometidos al siguiente procedimiento, excepto cuando fueron activamente interrogados:

- 1) Encapuchados con un saco negro tejido burdamente.
- 2) Continuamente expuestos a un ruido de 85-87 decibeles, vórtice de la hélice de un helicóptero: un ruido “blanco” para tapar cualquier sonido exterior.
- 5) Obligados a permanecer de pie y con las manos en alto sobre la cabeza y apoyada contra un muro. Si se movían eran golpeados. Esta posición se mantenía hasta 16 horas consecutivas.
- 4) Vistiendo una amplia capa impermeable a la transpiración.
- 5) No se les concedió dormir durante los dos o tres primeros días.
- 6) La dieta fue reducida a ocasionales mendrugos de pan y agua.
- 7) La temperatura se mantenía demasiado alta o, por el contrario, cuando se les permitió dormir se la hizo bajar hasta grados insoportables (9).

A sólo 24 horas de su inicio, este tratamiento comenzó a determinar graves disturbios de tipo psicótico: pérdida del sentido del tiempo, alucinaciones, angustia depresiva, ideas delirantes y aún después de muchos meses perduraban las anormalidades (10).

En las cárceles de Alemania Occidental muchos prisioneros políticos fueron reclusos en celdas privadas de todo estímulo y completamente aisladas del exterior. El silencio era absoluto; la ventana clausurada; la luz, fuerte y difusa, día y noche; ningún con-

tacto con otros prisioneros. El sistema puede ser perfeccionado reduciendo el mobiliario al mínimo y pintando todo de blanco, quitando los relojes, desorganizando los horarios de comida. También aquí, igual que en Irlanda, se trabaja sobre muy definidas condiciones psicológicas. Privación sensorial, por ejemplo —como era costumbre en la KGB— y como se ha seguido haciendo en las investigaciones experimentales ejecutadas a través de muchos años, que llevan, ni más ni menos que hasta la locura.

El testimonio enviado por un prisionero al II Tribunal Rusel, relata: "Ya no se consigue identificar el significado de las palabras. No se puede sino adivinarlas. . . Guardia. . . Visita. . . Patio. . . Todo lo que parece ser transparente es de una inmensa agresividad, para la cual no hay salida. Se comprende claramente que no queda ninguna posibilidad de sobrevivir. Incomunicabilidad total. Las visitas no te dejan ningún recuerdo. Después de media hora no se puede reconstruir mentalmente si la visita ha tenido lugar hoy o la semana pasada" (11).

Otras técnicas se han venido usando en varias partes del mundo: el electroshock —no para producir dolor, sino porque provoca, después de unas pocas aplicaciones, un síndrome amnésico confusional— y las sustancias químicas más variadas: neurotizantes y sedantes, suministrados diariamente y en dosis tales que disminuyen la concentración mental y la voluntad; inoculación endovenosa de Pentotal y de otros anestésicos de acción rápida, con sus consiguientes efectos de torpeza, aumento de la inhibición y —cosa bastante grave para la víctima— ausencia de recuerdos de lo sucedido y de lo que se ha dicho bajo la acción de la droga; suministro —frecuentemente alternado con el sistema anterior— de psico-estimulantes como la Simpamina, en grandes dosis que producen excitación, fuga de ideas y verborrea; el suministro de productos psicodialécticos, alucinógenos y sustancias capaces de generar rápidamente angustias de muerte o disturbios de tipo psicótico acompañados de desorientación, graves crisis de malestar con llanto y depresiones profundas que precisan de una urgente necesidad de ayuda (12). A pesar de las diferencias entre las distintas escuelas y los distintos países, se tiene la impresión —al revisar la literatura y los testimonios— que, en conjunto, las técnicas tienden a unificarse en todo el mundo.

Una explicación aparte merecen las técnicas de acondicionamiento, basadas en los principios de la psicología pavloviana. También estas técnicas vienen de la psiquiatría. En estos últimos 20 años, la terapia de la aversión ha recibido un impulso importante. El principio es banal y se usa desde hace tiempo para desacostumbrar a los alcohólicos. Por ejemplo, se hace beber vino al paciente y luego se le aplica una inyección de Apomorfina, con la cual vomita. La idea es que, después de esto, la persona se sienta mal cada vez que prueba el alcohol y hasta cuando solamente piensa en él. Al respecto, las variaciones y perfeccionamientos posibles son muchos. La novela de Anthony Burgess, "La Naranja Mecánica" y el

film homónimo dirigido por Stanley Kubrick, describen con mucha precisión esta técnica que da por adquirida —y esto es un punto muy importante de recalcar— una eficacia y una duración de efectos que en realidad no tiene. En California, en el "Hospital Psiquiátrico Criminal" de Acascadero y en el "California Medical Facility" de Vacaville, se han hecho experimentos de varios tipos. Por ejemplo, se inyecta en la vena del prisionero un preparado de "curare", la succinilcolina, que produce una parálisis de todos los músculos del cuerpo con una duración de 30 a 150 segundos. En este periodo el sujeto no puede respirar ni mover los ojos ni hacer ningún gesto, a pesar de permanecer perfectamente lúcido: el resultado es una experiencia de asfixia y de muerte descrita como extremadamente desagradable. El prisionero está, sin embargo, en condiciones de escuchar y, por lo tanto, el psiquiatra puede recordar a los prisioneros aquellos sucesos que los han conducido a su situación actual (13). Esta técnica es usada con los prisioneros políticos en América Latina. Los doctores James Q. Simmons y O. Ivar Lovaas, bajo el "hermoso" título de "Use of Pain and Punishment Techniques with Childhood Schizophrenia" (14), describen cómo se puede readaptar y dirigir a niños psicópatas hacia un comportamiento "más aceptable" mediante el suministro de golpes eléctricos dolorosos cada vez que presentan comportamientos depresivos. Como se ve, los servicios son recíprocos; la tradición de la tortura ha dado la idea y la técnica a los psiquiatras y son, éstos a su vez, quienes proveen a los torturadores de los datos que ellos necesitan. También los métodos de tortura a través del aislamiento, efectuados en Alemania, derivan de un centro psiquiátrico de Hamburgo, dirigido por el psiquiatra Jan Gross. Es así como surge, de manera bastante probable aunque no confirmada, la existencia de una relación directa —en cuanto a ideas, técnicas y especialistas— de ciertos centros norteamericanos para la detención y la reeducación de "esquizofrénicos" criminales y "psicópatas antisociales" (denominaciones clínicas posibles de abarcar una extensa gama de comportamientos y que, de hecho, los norteamericanos utilizan generosamente) con los "expertos de tortura" que los EE.UU. envían a todo el mundo. Esto vale igualmente para la psico-cirugía. Varios datos (15) concuerdan en denunciar un uso creciente de la lobotomía en las cárceles y manicomios que recluyen criminales norteamericanos y un renovado interés por las técnicas psico-quirúrgicas más sofisticadas.

El control a distancia del comportamiento mediante electrodos insertados en el cerebro que reciben órdenes vía radio es ya una realidad. El principal experimentador y defensor de estas técnicas, José Delgado, propugna abiertamente su uso como instrumento de control social.

Múltiple finalidad de la tortura

La meta principal de la tortura había sido tradicionalmente recoger confesión e información; distinguiéndose, con esto, de la finalidad

propagandístico-amedrentadora del dolor del suplicio como tal. Hoy, sin embargo, el cuadro aparece más complejo y es importante hacer al respecto algunas observaciones.

En primer lugar, no se trata siempre —desde el punto de vista de los poderosos— de obtener información rápida y oportuna, sino de reducir al prisionero a una serie de comportamientos de colaboración, por ejemplo, los que se relacionan con el reconocimiento de otras personas que darán sus testimonios posteriormente, apariciones en público, delaciones y provocaciones.

En segundo lugar, hay que hacer notar que la tortura, cuando representa la necesidad de obtener información o —más genéricamente— una colaboración, en general, no se la intenta precisamente a través del dolor físico. La tortura es más bien un conjunto de técnicas entre las cuales puede y no puede estar presente el dolor físico, pero que tiene por objetivos:

a) castigar directamente la determinación a no colaborar por parte del prisionero,

b) ponerlo en condiciones psicológicas de agotamiento psicofísico, de sometimiento y terror, de dependencia y de humillaciones tales que lo destruyan psicológicamente de modo sistemático, de manera que no pueda ya oponerse en forma eficaz al interrogatorio pertinente,

c) llegar a destruir su propia imagen y autoconciencia; es decir, destruir gradual y completamente el conocimiento lúcido que el prisionero tiene de su propia personalidad, de su propia situación de militante, de su propia dignidad social, tanto como de la autonomía de su propio pensamiento y de su propia voluntad, hasta hacerlo llegar —también a través de sesiones de tortura— a la pérdida de su propia autoconciencia y de su propia autoestima moral y política. Los métodos que tienden a producir directa y rápidamente disturbios psicóticos de tipo esquizofrénico (como por ejemplo algunos ya citados y que se usan en Irlanda) se presentan según la sucesión cronológica c), b), a). Los métodos tradicionales basados en el dolor físico operan, a la inversa, de acuerdo al orden a), b), c).

En tercer lugar, hay que subrayar que la tortura, en ciertos países, es practicada frecuentemente sin que el prisionero preste ninguna información ni colaboración. Es simplemente el tratamiento al que está expuesto el ciudadano que ha caído por casualidad en una redada, antes de ser devuelto a la libertad; y lo mismo ocurre con el prisionero que está por terminar una pena de detención y en condiciones de ser liberado. En estos casos, que son más comunes de lo que se cree, el objetivo es doblegar la voluntad del prisionero infiriéndole un castigo que lo amedrente. Este uso de la tortura como instrumento de terror se practica en Brasil.

En cuarto lugar, la tortura —especialmente la “científica”— ha estado siendo utilizada para inferir daños permanentes en la capacidad operativa del torturado y, en particular, en lo que concierne a su capacidad mental. Sobre esto es bueno detenerse. En los últimos tiempos se ha descubierto que las consecuencias de un

largo plazo de privaciones y sufrimientos padecidos en los campos de exterminio, especialmente en las personas expuestas a graves maltratos físicos, aislamiento sensorial y terror prolongado, han sido más permanentes y más graves de lo que se suponía hasta hace pocos años. Estas consecuencias se han hecho evidentes sólo después de un largo plazo. Dichas personas son más sensibles a una gran gama de enfermedades físicas, pero sobre todo presentan disturbios psíquicos inmediatos o tardíos que van desde la senilidad psíquica precoz, las crisis de angustia, los disturbios neurasténicos, la melancolía, la indiferencia patológica, hasta los cuadros graves de tipo esquizofrénico (16). A su vez, las causas de estos disturbios son, generalmente, de tipo físico. Esto vale también para el síndrome global de claustrofobia y para los daños orgánicos permanentes debidos a golpes, heridas, ingestión forzada de sustancias tóxicas, ahogo por inmersión con la consiguiente asfixia y muerte de células de la corteza cerebral (lo que puede conducir a una demencia que se hace evidente sólo después de algunos años), y muchos otros casos semejantes cuyas manifestaciones externas no son siempre notorias, pero sí de carácter eminentemente neurofisiológico o psíquico. En tal caso, dichas manifestaciones están ligadas a la experiencia de la tortura —sobre todo de la tortura prolongada y practicada con sistemas “modernos”— que determina de por sí un verdadero disturbio mental (véase el punto c descrito arriba) del cual no es posible liberarse tan fácilmente. De todo esto, sin embargo, lo más grave es que el torturado pudo ser vencido: “cedió”, habló y entregó la información pedida por sus interrogadores; esto —a su vez— causará la tortura de otros seres humanos y serios daños a las organizaciones políticas a las que pertenecen. La experiencia de la tortura está ligada al profundísimo sentimiento de haber fallado, pero también al sentimiento de culpa, de desconfianza, de pérdida de la autovaloración.

En casos especiales —como los sucedidos en Sud Vietnam y en Sudamérica—, los familiares y personas amadas del prisionero han sido torturadas frente a sus ojos para hacerlo hablar. En particular, cuando se ha llegado a torturar a los niños para hacer hablar a los padres, a estos últimos no les queda otra elección que dos fracasos: el fracaso de hablar y el fracaso de ver sufrir y morir a sus propios hijos. Entonces, no es sorprendente que la madre vietnamita después de estas dos experiencias se haya inmediatamente suicidado.

El estado policial no se interesa en retener en la cárcel a las personas marcadas por la experiencia de la tortura, sino precisamente en devolverlas a la circulación con una personalidad completamente destruida, políticamente castrados y fuera de combate, que llevarán por años —en su mayoría— dificultades, incapacidades, disturbios de ansiedad, pesadillas, sufrimientos depresivos, y que sólo muy pocos de ellos serán individuos capaces de seguir siendo militantes activos o personas valientes y lúcidas. En cuanto a las posibilidades de terapias, ellas existen pero son limitadas.

En quinto lugar, es necesario recalcar que se encuentra mucho más generalizado el tratamiento "moderno" de tortura como factor inseparable de la esmerada planificación de los periodos de detención de cada prisionero. En líneas generales, el caso de la tortura mediante el aislamiento es sólo un ejemplo de la tendencia a doblegar la voluntad y la capacidad de resistencia del detenido a través de un tratamiento psicológico lento, sistemático y global.

La resistencia a la tortura.

Muchos factores influyen en la capacidad de resistir el interrogatorio, la tortura, y no salir destruido —en caso de que se quede vivo y en libertad—. Para ello es fundamental, en primer lugar, una gran preparación y una profunda y dura conciencia política unida a la inmutable convicción de ser personalmente parte integrante —pero no indispensable— de un movimiento político-militar de masas fuertemente cohesionado y seguro de su propia victoria. Un factor de este tipo ha sido probablemente parte importante de la legendaria resistencia a la tortura de los guerrilleros vietnamitas.

En segundo lugar, hay un factor psicológico importante que aparece constantemente en las conversaciones con ex-torturados y es la importancia de conocer con anticipación los métodos del interrogatorio y la tortura y sus posibles efectos, a pesar de los diferentes tipos de reacción del organismo y de la psiquis a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Lo importante para el prisionero es no ser psicológicamente sorprendido por la situación, comprender, mantener en todo momento un margen de objetividad y de desapego de su propia circunstancia y de las metas del adversario, hacerse sabedor de lo que sucede y de lo que puede suceder, darse cuenta del problema, de las agresiones a las que será sometido su propio cuerpo, tener clara conciencia de su personal sufrimiento. Esta conciencia, cuando es posible y cuando existe, permite restablecerse mucho mejor de la experiencia de la tortura y, sobre todo, de los crueles tratamientos "científicos".

Finalmente, en tercer lugar y recordando la segura eficacia de la técnica contemporánea de la tortura, la defensa más segura para un movimiento político clandestino consistirá —en última instancia— en poseer una organización estructurada de tal manera que cualquier militante —si es capturado vivo— esté en condiciones de entregar una cantidad mínima de información: sólo aquella que sea necesaria y suficiente para desenvolverse como una simple partícula del complejo mosaico de su organización. Forman parte de esta orientación precauciones muy rígidas, como no conocer ni los verdaderos nombres ni las direcciones de las pocas personas con las que se está en conexión, o no saber el lugar de las reuniones por haber sido conducidos hasta allí vendados.

Un modelo organizativo de esta categoría no es, obviamente, practicado sino cuando el tipo de represión lo requiere (con el riesgo, por otra parte, de caer en una militarización aventurera y

abstractar, cómoda coartada para evitar el trabajo político de masas). Es, además, un modelo organizativo que no se logra posiblemente sino después de muchos errores y de mucha sangre.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FANON, F. **Los Condenados de la Tierra**, México 1963, Fondo de Cultura Económica.
- 2) El primer reporte del experimento se encuentra en: Stanley MILGRAM, "Behavioural Study of Obedience", en *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 1963, pp. 371-378.
Para una descripción detallada del experimento de Milgram y sus colegas, ver Stanley MILGRAM, **Obedience to Authority**, New York, 1974.
En su prefacio el autor cita oportunamente a los nazis, pero pasa por alto una referencia mucho más obvia, la que existe con los soldados americanos en la guerra de Viet Nam. Esa guerra puede ser comparada con un gigantesco experimento Milgram, como lo demuestra en forma semi-sarcástica Paul D. ACKERMAN, "A longitudinal Extension of Milgram's Studies of Submission to Authority Figures, in *Psycho Sources*, New York 1973, Bantam Books. Ronald LAING también comenta el experimento Milgram en *The Obvious*.
- 3) Ver el artículo de Philip G. ZIMBARDO en *Society*, abril 1972.
- 4) La prensa, por lo menos la prensa militante, ha denunciado debidamente el papel de los Estados Unidos al respecto; para una denuncia cinematográfica, ver "El Americano"; ver también las denuncias en el encuentro de 1973 de Amnesty sobre la tortura en París y la sesión del II Tribunal Russell en Roma. Sean Mac Bride, presidente de Amnesty, declaró en París que se enseñan las técnicas de la tortura a las tropas del OTAN. Agregó que en las maniobras europeas del OTAN durante el invierno 1972-73, ciertos soldados que habían tomado presos a soldados "enemigos" exageraron el celo hasta someterlos realmente a torturas. Puesto que se trataba de un simulacro de guerra, esas torturas fueron de hecho practicadas "sobre aliados y hasta sobre compatriotas". Concluye Mac Bride: "Amnesty tiene la prueba de la existencia de escuelas internacionales de tortura en las cuales los torturadores son adiestrados en las técnicas médicas y psicológicas por especialistas internacionales".
- 5) Además de los artículos publicados en la prensa y de las directivas de Mao que pueden ser consultadas en sus Escritos Escogidos, los datos más precisos sobre esa cuestión se encuentran en: Eugene KINKHEAD, in **Every War but One**, New York, 1959. El libro trata de la amplia colaboración que soldados americanos tomados presos en Corea brindaron a los chinos y de los medios políticos y psicológicos utilizados por éstos para obtenerla.
Los americanos siguen llamándolo "brain washing", lavado de cerebro: son evidentemente incapaces de comprender la razón política de aquello. Como veremos más adelante el lavado de cerebro es otra cosa.
- 6) GROSS, B. M. "Friendly Fascism. A Model for America", en: **Social Policy**, Nov.-Dic. 1970, pp. 44-52.
- 7) DECOUGLE, A. C. "Industrie de la répression dans les systèmes capitalistes avancés". Ponencia en el encuentro de Amnesty, París 1973.

- 8) Del manual destinado a la policía: INBAU F. E. y REID, J. E. *Criminal Interrogation*, citado en: *Psycho Sources*.
- 9) SHALLICE, T. "The use of sensory Deprivation in Depth Interrogation" en: *Physical and Mental Consequences of Imprisonment and Torture*, Actos del congreso de Lysebu (Oslo) 5-7 de octubre, 1973, publicados bajo los auspicios de Amnesty International, 53, Theobald's Road.
- 10) WADE, N. "Technology in Ulster", en: *Science*, 1972, 176, pp. 1102-1105.
- 11) En una carta abierta firmada por varias personalidades de la República Federal Alemana y enviada al II Tribunal Russell el 4 de abril de 1974 por el profesor Leithäuser en nombre de los comités alemanes contra la tortura por confinamientos, se mencionan varios testimonios de presos torturados. Parte de ellos han sido publicados en la revista *Kursbuch*, de agosto 1973 en un artículo colectivo titulado "Folter in der B. D. R. Zur situation der politischen Gefangenen". (Tortura en la República Federal Alemana: sobre la situación de los presos políticos). La revista francesa *Les Temps Modernes*, No. 332, marzo de 1974, tradujo algunos de los testimonios publicados en *Kursbuch*, junto con otros documentos sobre la tortura en Alemania. En noviembre de 1974 estalló en Alemania el escándalo de la tortura en las cárceles, manifestado por la huelga de las mujeres del grupo Baader-Meinhof y la muerte en la cárcel de uno de los miembros del grupo. En Italia no se ha realizado ninguna recolección sistemática de datos sobre los sistemas de presión en los interrogatorios, los maltratos sufridos por los individuos sospechosos de actos violentos y los prisioneros de las cárceles y los manicomios de detención criminal, como por ejemplo la tristemente célebre penitenciaría de Montelupo.
- 12) Sobre los métodos de tortura farmacológicos, algunos datos han sido publicados por Amnesty International en *Report on Torture*, Londres 1973, Duckworth, pp. 51-55. Contiene muchos datos sobre la tortura en América Latina. El Tribunal Russell es otra fuente de datos.
- 13) *Psycho Sources*, p. 125.
- 14) *American Journal of Psychotherapy*, 1969.
- 15) Ver "Lobotomies are back", en: *Liberation New Service*, Vol. 2, 6o. 6, edición especial de *Rough Times*. Ver también la antología del mismo nombre publicada por Ballantine Books. New York, 1973. BREGGIN, P. R. "The Return of Lobotomy and Psycho surgery", en: *The Congressional Record*, 24 febrero de 1972. CHOROVER, S. L. "Big Brother and Psychotechnology", en: *Psychology Today*, oct. 1973, sobre todo la nota 16.
- 16) RICHTER, D. ed. "Medical Aspects of Torture", en: *The Lancet*, 20 oct. 1973, una bibliografía comentada. Ver también: *Actos del Congreso de Lysebu*, op. cit. KRYSTAL, H. ed., *Massive Psychic Trauma*, New York 1968, Intern. University Press; recopilación de estudios de carácter psicopatológico y clínico, con hincapié en las condiciones de reclusión más duras. Extrañamente, no aborda la tortura como tal. Ni siquiera se menciona en el índice: un olvido sintomático, no sólo en textos americanos.

PRISION POLITICA Y SUICIDIO: MUERTES EN LAS CARCELES ARGENTINAS

Beatriz Aguad (Argentina)

Ocurre que cuando alguien muere, nos preguntamos: ¿Qué pasó? ¿Cómo fue que ocurrió? Queremos saber y preguntamos a quienes creemos que pueden respondernos. Cuando se trata de suicidios, las preguntas arrecian. Cuando se trata de "muertes-suicidios" acaecidas en las cárceles argentinas, se multiplican más. ¿A quién preguntar? ¿Qué decirnos? ¿De qué dolor, de qué terrible dolor psíquico se trata?

Nuestras preguntas recorren un camino que va del dolor físico al insoportable dolor de la vida. No se trata de una muerte natural, si es que se puede pensar en la muerte como un episodio natural. Son personas que podían haber seguido en la vida.

En las cárceles argentinas, ¿seguir en la vida es seguir viviendo? De esto se trata. Los que han muerto no pueden decir nada, pero tampoco antes podían hablar. Sus muertes son tanto más dramáticas, en tanto ponen en evidencia un muro que silencia todo: es el muro de la cárcel, el del comunicado oficial, el escueto telegrama en el que se comunica a los familiares que el preso ha muerto. Entonces entendemos estas muertes como una renuncia, el último recurso de denuncia que ha tenido el preso para revelar los terribles secretos que se esconden dentro de la cárcel.

Este preso político que se suicida es un hombre que testimonia el deseo de seguir siendo el que es sin poder ya vivirlo. Por esto, su muerte resuena como una desesperada llamada, una voz que se dirige a alguien y a todos. El suicidio del preso político es el acto por el que pierde el único tesoro que tiene: la vida, para recuperar otro perdido: su nombre, el de su organización, y con ello alcanzar un lugar en la memoria de los otros.

Domingo Guerra, Miguel Vivanco, Francisco de Benedeti, Eduardo Esquiavone, Raúl Conminato. Dentro de las cárceles, a los presos de alta peligrosidad no se les nombra; se les llama por un número. Fuera de las cárceles son también una cifra: 3 000 presos políticos en la República Argentina; 30 000 desaparecidos. Todos protagonizan esta historia de anonimato.

Los suicidios detienen la vista, gritan, revelan lo que la historia oficial quiere silenciar. Un preso escribe: "Ya se apagaron las luces y el sueño se hizo profundo. El silencio de la noche borra los rastros del mundo". Digamos con él que el silencio borra el mundo. Esta es la noche, noche que parece no acabarse nunca. Aislado de este recorte del mundo, que es su mundo, a veces ni los fragmentos de él le llegan, ni una visita, ni una carta, ni fotografías; ni rastros del mundo; ni el periódico, ni la voz de la radio.

Solo, inmensamente solo. En el lugar del mundo, el sistema carcelario crea un agujero. Las medidas arbitrarias suprimen las presencias intermitentes de los seres queridos. Así nomás, porque

el que dispone quiere. ¿Qué quiere? El aniquilamiento del preso, el asesinato de su alma.

El orden dispone que ese mundo desaparezca para que su hundimiento arrastre la idea de quién se es para los otros. Desahucados los seres queridos o transformados en sujetos pasivos de la misma decisión, el preso sufre el resquebrajamiento de su inmensidad: algo de muy adentro se seca y paraliza: falta el alimento de la intimidad en la que se reconoce como viviente, pues es en tanto amado que siente garantizada su vida.

El sistema carcelario busca que el preso de alta peligrosidad se vea aniquilado en el mundo exterior. Puesto que el mundo exterior no existe para él, él tampoco existe para el mundo.

Cuando el preso se le detiene, el procedimiento sigue casi siempre la misma rutina: amagos de fusilamiento. Desde un comienzo se le dice: "Tú estás muerto", "El próximo eres tú".

Hay una posibilidad de reencuentro con lo perdido, que son los compañeros de la prisión, pero esto no se le escapa al régimen. Cada preso está en una celda individual, separado de sus compañeros por un muro. Los momentos de reunión, lo mismo que la visita de los familiares, son suprimidos, así, porque sí, porque el carcelero lo quiere.

El único juego de entretenimiento permitido en Ramson, un penal de Argentina, era —valga la ironía— el dominó. Se jugaba en el patio, en tablas pegadas a unos postes donde llegaban los fuertes vientos de la Patagonia. A partir del 20 de agosto de 1979, este juego se prohibió. No fue lo único; el nuevo reglamento dispuso: "Abstenerse de cantar, silbar, gritar, mantener conversaciones furtivas, por señas o indecorosas; elevar la voz, practicar juegos prohibidos y, en general, todo acto u omisión que signifique una alteración del orden reinante". Ese es el dominó del régimen.

Los compañeros son, entonces, un murmullo; en los escasos recreos, una mirada que cambia de lugar rápidamente. "La luz de los ojos no encuentra otros ojos ni la palabra vida que enciende y renueva", parafraseando los versos de un preso.

El cuerpo con el que podría decir soy alguien, este es mi cuerpo, es violentado diariamente. El procedimiento de requisas es minucioso y se lleva a cabo en todas las partes del cuerpo, produciendo la consiguiente humillación. Como se lee en un testimonio: "Todo es muy científico aquí. Ya no es el dolor físico de la tortura; eso pasó. Ahora es el dolor psíquico de la humillación. El cuerpo violentado en todos sus registros; los golpes, el hambre, el frío, el silencio, el ruido rítmico, desesperante, producido por el guardia sobre la reja".

Lo que se busca con ello es la degradación del cuerpo. ¿Y por qué el cuerpo? Porque es la sede de las primeras identificaciones, el medio del que dispone el ser humano en un principio de su existencia para distinguir lo propio de lo ajeno; es el lugar de intercambio con el ambiente y lo semejante; es la carne, la prehistoria de los ideales.

El lenguaje corporal (el movimiento) es también atacado. Un preso puede recibir castigo de confinamiento de varios días por el modo en que hizo la cama o arregló la ropa. Al ser penalizada, la conducta es una aberración porque ha perdido el fundamento intersubjetivo del sistema de valores e identificaciones que le es propio.

Hasta quince horas consecutivas parado al lado del camastro. Otras veces es obligatorio echarse al suelo permanentemente, sin elevar la cabeza a más de medio metro, y esto en invierno. Testimonian los presos: Lo que el régimen quiere es un cuerpo que carezca de movimiento propio, alienado en la disposición arbitraria de un poder absoluto, de modo que el sujeto quede abolido. A veces sobreviene la psicosis. Son las fábricas ambulantes del film "Expreso de media noche".

En su intento desesperado de lucha, el preso puede sucumbir a la psicosis, con sustituciones restitutivas de lo perdido, como los delirios y las alucinaciones. Lo ausente se presenta transgrediendo ese poder absoluto con la presencia alucinada de compañeros, voces o lugares conocidos.

Es una respuesta al régimen al modo de un sueño del que el soñante no sabe que sueña. El no sabe quién es. En el esfuerzo por rechazar el mundo asesino de la cárcel, se crea otro mundo, pero sucumbe él también.

Si el preso tiene ante sí esa presencia que le dice: "Tú no eres nada", ¿cómo hacer para mantener vivo el deseo de ser alguien? En esa soledad eterna, en ese tiempo infinito, tiene que reconstruir el espacio perdido y recuperar con los recuerdos la posibilidad de hablar para adentro, con las voces del alma, y limitar de ese modo el tiempo.

Recrea el mundo amado internamente. Con lo amado revitaliza los valores, surgiendo la creación que se expresa como reconstrucción histórica que puede tomar forma poética. "Juegos de ausencia" es el título de un libro de poesías en el que los presos le han dado nombre a este proceso.

En estas poesías se habla de una muerte y de algo que tiene un matiz parecido: el aislamiento y el extrañamiento, especialmente frente a los hijos. El preso habla de la posibilidad de su agotamiento; pero —como dice un psicoanalista que describe este proceso—, al situar la crueldad de su realidad, se sustrae a ella y resiste en la unión y encuentro con lo amado y sus ideales, trascendiendo los límites de su propia desaparición.

El proceso simbólico de reconstrucción es sustituido por un acto en el suicidio. Está claro que la vida biológica del preso le pertenece al sistema. También es claro que su finalidad no se detiene ahí, sino que apunta hacia una apropiación de su ser y, con esto, a su destrucción psíquica.

El que se mata busca suprimir con su decisión ese mundo hostil y odiado. Le dice al sistema con su acto que conserva sus derechos, el derecho sobre su vida, sobre su cuerpo, sobre sus ideas. Si de este modo está muerto, lo está para el régimen al que declara

muerto con su muerte, porque, por otro lado, sabe que su muerte será retomada por los que lo esperaban y por los que esperan como un diálogo a iniciar. Es la última alternativa de unirse a los que ama, pues su cuerpo saldrá de la cárcel y será enterrado y tendrá un nombre en su tumba. Es un puro acto que no puede ser palabras. A los otros, a quienes él apela, les corresponderá crearlas.

REPRESION Y LUCHA POLITICA: CONNOTACIONES PSICOLOGICAS

Jorge Mario Flores Osorio (Guatemala) *

Señala Franz Fanon que el orden colonial está psicológicamente enfermo y que la única terapia legítima que permite al hombre colonizado liberarse, es la violencia.

En la medida en que la violencia es ejercida por los grupos en el poder, para mantenerse y conservarse, se hace necesario el estudio de dicha conducta como producto y fenómeno sociopsicológico consciente y con carácter de legítima defensa.

La agresión no es sino una capacidad reactiva natural, cuyo objetivo es la superación de la frustración. La actitud de los especialistas en las ciencias de la conducta de buscar la base de la violencia en estructuras agresivas del individuo o en el terreno de la ética corresponde a una acción metafísica y por demás reaccionaria, puesto que la violencia es una relación dialéctica que supone la acción de un sujeto que la aplica y otro al que se le aplica.

En la sociedad guatemalteca, la acción violenta es en la actualidad expresión de los grupos en el poder, quienes se conceden el derecho de su aplicación para mantenerse en el mismo, constituyendo la población mayoritaria el sujeto violentado que deberá actuar en "formación reactiva".

En la sociedad guatemalteca es particularmente delincuente todo aquel que está en contra de las opciones del sistema: delincuentes subversivos se les llama a las vanguardias revolucionarias.

* Psicólogo guatemalteco, profesor universitario en México.

Psicológicamente, sabemos que muchos problemas de identidad y de agresión se debe, precisamente, a la imposibilidad del sujeto de poder asumirse particularmente, a la imposibilidad de poder asumir un territorio particular en el que pueda estar.

El capitalismo produce una situación neurotizante, de manera que la distinción o división entre enfermedad individual y estructura social se ha demostrado arbitraria, puesto que la sintomatología de los pacientes refleja las privaciones sufridas. Así, el sentido psicológico no lo usamos nosotros en su forma tradicional, es decir, en la tipificación psicopatológica individual, puesto que caeríamos en lo que criticamos y concebimos como expresión patológica del sistema.

Con Igor Caruso compartimos la idea de que "...el desarrollo individual no puede ser abstraído del orden social", por lo que es necesario el análisis sociológico, económico, histórico, etcétera, en su convergencia con un problema determinado, en este caso la **psicología de los movimientos populares**, para buscar los fundamentos de la política en lo emocional con la adecuada interpretación psicológica.

Entre las situaciones importantes que encontramos por ejemplo en la sociedad guatemalteca está el problema del duelo. Guatemala, en el momento actual y desde hace aproximadamente veintidós años, vive y ha vivido uno de los niveles más crueles quizás de muertes políticas, las que constituían, para la mayoría de la población que las vivía, una expresión de duelo. Conforme la psicología del terror camina, sin embargo, haciendo más frecuentes y más crueles estas muertes, dicha expresión de duelo empieza a desaparecer, encontrándonos con actitudes incluso necrófilas en las que la muerte constituye el aspecto menos dañino de toda la expresión política.

En Guatemala es frecuente oír: "Qué bueno que lo mataron de una vez y no se lo llevaron" porque, si se lo llevan, seguro que implementan en él crueles torturas que van más allá del daño y la desaparición. Los retazos de cadáveres tirados en las calles guatemaltecas tienen por objeto amedrentar a la población, de manera que sienta la expresión emocional del terror y se aisle.

Esta condición del terror en Guatemala conlleva tres tipos de expresiones emocionales o de efectos psicológicos. Por un lado están los que optan por evadirse de la situación a través de las drogas, el alcohol, la televisión, etcétera; se marginan y dejan que el sistema camine como sea y que la estructura de poder haga lo que quiera. Por otro, está la actitud, tal vez un poco más consciente, pero no por ello menos inadecuada, de los que optan por no involucrarse en los movimientos de protesta para no ser eliminados. El tercer efecto, que afortunadamente es el mayoritario en la población, es el que se da cuando la situación de represión y violencia lleva a asumir una conciencia colectiva en la que puede percibirse que la única posibilidad de humanizarse está en la lucha popular que se enfrenta a la máquina capitalista del estado, a la estructura

de poder constituida por una coalición de partidos dentro de la cual está el Movimiento de Liberación Nacional (partido de la violencia organizada, como se autodefine).

La posibilidad del terror llega a ser en un momento dado rebasada; en ese momento es posible enfrentar, sin vacilaciones, al enemigo y en este momento se está en posibilidad de lograr una opción diferente en la expresión de vida. Esto es lo que está sucediendo hoy en Guatemala; es éste el efecto psicológico colectivo más importante para nosotros: **Ya no alcohol, ya no evasión, ya no auto-agresión; enfrentamos a quien hay que enfrentar, colectivamente, y vamos a conseguir lo que queremos.**

Una de las mejores pruebas para el sujeto que ha rebasado los límites del terror es quizás, precisamente, la tortura: cuando es capaz de asumirse como tal y de no darles a los elementos que lo torturan lo que quieren, pase lo que pase, puesto que en su conciencia, su muerte no es su muerte, sino que es parte de la muerte del pueblo.

La constitución emocional determina el comportamiento predominante en grandes grupos. Con Lenin, coincidimos al señalar que los sentimientos, estados de ánimo e instintos surgen de situaciones económicas y de sus intereses fundamentales; de aquí que la espontaneidad de los grupos comporte dos tipos de conductas, a saber:

1. La depresión (sumisión ante la miseria y la ausencia de derechos y su habituación a un estado de opresión) y

2. La protesta (indignación, revuelta, dirigidas únicamente a la causa de los infortunios).

Uno de los mecanismos de defensa para negar la culpabilidad en los grupos dominantes es la difusión de ideas que plantean que la irrupción de una dictadura es un fenómeno de la naturaleza, argumentos que sirven como elementos condicionantes que justifican la represión, llevando, de una manera que no deja de ser fáustica, a una desmesura del sadismo y el sentimiento fatalista, la xenofobia y el endiosamiento de la autoridad.

Cuando prestamos atención a los procesos psíquicos, se observa que tiene lugar, con innumerables matices, una irrupción de pulsiones agresivas contra objetos para ello establecidos, expresando la capitulación incondicional de ser invadidos por adversarios que se habían ridiculizado o denigrado al máximo, lo que provoca una angustia masiva de **represalia** que incrementa todavía más la agresividad ya desatada por la represión y que se dirige autopunitivamente, provocando reacciones regresivas de defensa, conformismo, temor, inseguridad, egoísmo, etcétera.

Esta angustia real, nuevo centro de conformación de la conciencia moral, provoca en el funcionamiento psíquico un ahondamiento de la ambivalencia y una intensificación de los sentimientos subterráneos de odio contra el poder, lo que nos permite afirmar que el "círculo infernal" conduce a un fortalecimiento de la idealización de los grupos en el poder y, en consecuencia, a una identificación (amor-odio) más vehemente con el mismo, ocultando tem-

poralmente de esta manera la angustia que es incapaz de resistir a esa delirante equivocación colectiva.

La acción psicológico-represiva tiende hacia el embrutecimiento latente, pero susceptible de hacerse manifiesto en la vida cotidiana, hasta en las aparentes relaciones de no violencia, provocando la "regresión selvática" de la sociedad. Brucker lo explica, en un sentido aberrante, como expresión de debilidad mental, psicopatía, alcoholismo o asocialidad, señalando a los sujetos como insensibles y brutales, incapaces de apropiarse de los valores, las normas y las actitudes de la civilización. Jamás se pregunta acerca del trasfondo social. Y es, precisamente, el lumpenproletariado el que comete muchos de estos actos, los que, para la estructura de poder, son incomprensiblemente salvajes, sin reconocer que son precisamente producto de la distribución económico-política de la formación social guatemalteca. Como lo afirma Caruso: "el delincuente niega de alguna manera la estructura de la sociedad. . . La sociedad rehusa reconocerse en el espejo que la misma le presenta, es decir, niega al delincuente como ser social. . . silencia el hecho de que un delincuente sólo es posible en y por la sociedad".

La marginalidad social constituye fundamentalmente una falla estructural del sistema y no una falla individual, que sirve de motivación psíquica para una descarga incontrolable o discontinua de rabia, odio, etcétera, expresada en delincuencia, drogadicción, prostitución, etcétera. El sistema considera que estos individuos deben ser referidos al psicólogo o especialista, quien los tomará a su cargo y ejercerá la violencia-represiva junto con la institución psiquiátrica o reeducativa, al igual que las cárceles y los tribunales, donde el vegetar y la apatía son elementos constituyentes de las condiciones sociales de la existencia.

Es así como los profesionales que tienen a su cargo la génesis de la debilidad mental, los trastornos psicológicos, la pobreza, la asocialidad, el abandono, etcétera, cumplen una función esencialmente **policíaca** en el presente. De lo contrario explicarían los elementos etiológicos ocultos en todo proceso morboso, que se hace necesario denunciar, dado el ambiente duradero de violencia y represión que se manifiesta sobre la población y que exhibe una tendencia ascendente.

En las personas cuyos ingresos son demasiado bajos, la frustración en lo referente a la participación del consumo y privilegios de la sociedad favorece la creación de individuos que tarde o temprano generarán una reacción agresivo-violenta tendiente a rebelarse, que va hoy día desde la delincuencia común hasta la más alta expresión de rebeldía revolucionaria, puesto que el deseo de destrucción se vuelve en contra de quien lo causa, rompiendo con el miedo que constituye un elemento clave de la técnica represiva.

La vuelta a la barbarie del Estado guatemalteco se expresa en una descarada manifestación política de la violencia, fundamentalmente generada por las clases dominantes, con tendencia a la destrucción del hombre.

Inferimos que la finalidad burguesa tiende a eliminar en su contrario (los explotados) todo aquello que los legitima, es decir, su calidad de seres humanos, convirtiéndolos en propietarios de una **locura** privada e institucional que los aparta del sendero de la rebelión, poniéndolos en manos del especialista: trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos, psiquiatras, etcétera, que asumen actitudes de lo más impúdicas al certificar una locura que el estado imputa.

Dentro de esta expectativa de la psicología en Guatemala, sólo quiero señalar las cuatro posiciones del psicólogo como servidor de la burguesía. Dos de ellas —y son las que adoptan la mayoría de los clínicos y psicoterapeutas— son las que le cuidan su salud mental como si fuesen niñeras. Una tercera es la del que de alguna manera se vincula a una institución queriendo limpiar su conciencia en el sentido de que hará psicología (psicoterapia) a la población que no tiene posibilidad de pagar, si bien lo que hace es únicamente cuidar a la burguesía de que estos individuos no vayan a rebelarse. Una cuarta es aquella posición que no se determina en cuanto a mi ser profesionalista: sólo circunstancialmente soy psicólogo para poner al servicio de las masas mi persona y mi conocimiento en lo que a comportamiento y a condicionantes emocionales se refiere, pero en donde, fundamental y esencialmente, mi participación es como militante político y es, por lo tanto, la praxis social la que determina en última instancia mi acción. No soy yo el que va a determinar mi quehacer como psicoterapeuta. Lo va a determinar ese vínculo y ese compromiso político que he adquirido como militante y no es teorizando sobre la revolución como voy a participar como profesionalista dentro de la revolución: **es siendo revolucionario**, y recordemos que al hombre se le define por lo que hace. El revolucionario, entonces, no es revolucionario porque piense en la revolución; es revolucionario **porque hace la revolución**.

Consideramos que la violencia actual no es más que la protagonista del fin de la estructura del poder guatemalteco. La violencia revolucionaria como fenómeno político que pretende la justicia deviene como la acción humanizante.

LA TORTURA, CAUSAS Y EFECTOS PSICOPATOLOGICOS

Reginaldo Hernández (El Salvador)

Dedico este trabajo a los compañeros Roque Dalton García, víctima del infantilismo de izquierda y de la patología psíquica de algunos pseudorrevolucionarios; a Lil Milagro Ramírez, torturada en múltiples formas y muerta por inanición y abandono, y a Armando Sibrián, que soportó las peores torturas en la última etapa del desarrollo fascista del régimen militar salvadoreño.

La manifestación más clara de injusticia e impotencia de un régimen se manifiesta en la necesidad de recurrir a la tortura para someter a sus opositores. Cuando dejan de funcionar las engañosas ofertas de igualdad social y de mejora de las condiciones socio-económicas de la población, el poder opresor necesita implementar y justificar la tortura, desencadenando primero la paranoia social con sus características de sistema delirante sistematizado (entiéndanse anticomunismo, valores patrios amenazados, soberanía nacional en peligro, etcétera).

Los torturadores son profesionales, manipulados a partir de un perfecto condicionamiento, que emplean determinados métodos que entran dentro de las prácticas sádicas; deben poseer determinadas características de personalidad y cumplir ciertas condiciones específicas, como fidelidad, confianza, dureza de carácter, ambición personal e inmutabilidad ante el dolor ajeno. En cuanto a su extracción, pertenecen fundamentalmente a las clases media y baja, aunque en el grupo de los ejecutores se encuentran individuos "lumpen", que han sido delincuentes y juegan este papel como parte del proceso de reivindicación ante sus captores. Entre los directores, supervisores y especialistas en tortura psicológica, dominan los militares jóvenes que "hacen méritos" ante sus superiores con la perspectiva de un ascenso. Además de éstos, existen también los profesionales de la conducta y de la salud, condicionados y manipulados a partir de ciertos rasgos de carácter individual.

Entre los mecanismos con los que se condiciona y manipula a los torturadores pueden señalarse:

- a) **Desidentificación con la víctima**, a la que se identifica como "guerrillero", "subversivo", "comunista" o cualquier otro epíteto punible ante el que se pueda desidentificar el torturador.
- b) **Alienación** o identificación con valores, principios y/o conductas ajenas.
- c) **Actuación automatizada y despersonalizada**. Es más fácil mostrar una conducta destructiva cuanto menor sea el contacto con la víctima.

- d) **Alimentación de los sentimientos de superioridad e inmunidad.** El torturador aprende a ejercer impunemente la violencia.
- e) **Premio y castigo.** Se premia al ejecutor inmutable que muestra incluso iniciativa y se castiga al que flaquea.
- f) **Disonancia cognoscitiva.** La contradicción entre el deber y el dolor ajeno (o la muerte) se resuelve negando la humanidad de la víctima: "Este a quien estoy torturando (o matando) no es realmente una persona humana", fenómeno que se refuerza inculcando la idea de que se trata de una lucha a muerte en la que sobrevive quien mata primero.

¿Es el torturador un enfermo mental?

Debe tenerse sumo cuidado en catalogar o diagnosticar al torturador como enfermo mental. La dialéctica torturador-torturado es producto de los sistemas de poder. El profesional de la tortura es un técnico que realiza su trabajo, habita nuestro mundo diario y no es necesario buscarlo en los hospitales psiquiátricos. El poder opresor ejerce su dominio a través de la cosificación del ser humano; el individuo como tal, simplemente no existe.

Cómo se tortura

Esquemáticamente, los métodos empleados por los profesionales de la tortura pueden dividirse en:

- a) **Biológicos.** El objetivo principal aquí es causar dolor extremo, humillación y sumisión. Son típicas las palizas con toda clase de instrumentos, el uso de corriente eléctrica ("licuadora"), la inmersión en agua, el uso de ácido en rostro y genitales, quemaduras, introducción de objetos por el recto y genitales, suspensión por los pulgares, manos o pies, etcétera.
- b) **Psicofarmacológicos.** El objetivo es llevar a la víctima a límites que sobrepasen su tolerancia. Es frecuente el uso de Pentotal, estimulantes y/o barbitúricos de acción prolongada.
- c) **Psíquicos.** Los especialistas de la conducta desempeñan aquí un importante papel. Son frecuentes los simulacros de asesinato, las amenazas a la familia, privación sensorial, abandono e inanición; desorientación espacio-temporal, presencia de torturas a otras víctimas, engaños con lenguaje y comportamiento aparentemente comprensivos, ofertas de liberación y/o dinero, etcétera.

Es difícil establecer una clara demarcación entre unas y otras formas de tortura. La violación, por ejemplo, ¿es una tortura biológica o psicológica? Probablemente mixta.

Hasta hace aproximadamente un año existía en El Salvador una tipificación de la tortura, al grado de que, a pesar de los esfuerzos para que la víctima no reconociera el lugar de su cautiverio, éste podía identificarse por el tipo de torturas infligidas. Así, la Guardia

Nacional se especializaba en las golpizas ejemplares, los métodos de sujeción prolongada, la "capucha", el amarre de los pulgares, el uso del machete; la Policía Nacional en el uso del agua y la electricidad; la Policía de Hacienda en el encierro con abandono: A últimas fechas, con la participación de asesores y verdugos internacionales, las técnicas han variado en intensidad y calidad, conduciendo a la víctima a una muerte dolorosa y lenta, con lujo de barbarie.

¿Quién resiste mejor a la tortura?

Si bien no existe regla o respuesta única a esta pregunta, puesto que las diferencias individuales son enormes en este campo, existen, sí, algunas variables importantes que influyen en la resistencia a la tortura de una víctima en particular:

- a) **Según su extracción social.** Las víctimas de clase media y representantes de la burguesía son menos capaces de resistir las torturas, si bien es difícil desligar la extracción social de la militancia. Fácilmente se desaniman, se deprimen y desarrollan ideas autodestructivas; tienden a segregarse, pareciendo incapaces de aceptar como real, al menos al principio, lo que les sucede.
- Se ha observado que las víctimas de clases bajas resisten más por su condición de sufrimiento crónico, privación y explotación.
- b) **Según el nivel político.** El militante con experiencia y buena formación teórico-práctica es más difícil de doblegar, puesto que con anterioridad ha elaborado un esquema defensivo de la situación.
- c) **Según la condición física.** Es obvio que las torturas físicas, al menos al principio, causan menos daño en alguien físicamente bien preparado. No obstante, no parece existir una relación directa entre una buena condición física y una mayor o mejor resistencia a la tortura.
- d) **Según la disposición psíquica.** El activista que conoce el riesgo de su actividad y lo acepta conscientemente parece tolerar más y/o mejor el encierro y la tortura.
- e) **Según el tipo de tortura.** Parece existir una correlación entre el efecto psicológico de un determinado tipo de tortura y la personalidad del torturado. Sin embargo, con el alto grado de tecnificación alcanzado (recordemos que "los nuevos torturadores visten bata blanca"), dicha correlación es difícil de descubrir.

Secuelas psicopatológicas de la tortura

Caparros, en "Efectos de la tortura sobre la personalidad", refiere que el estímulo tortura propende, por su propia estructuración, a provocar una situación esquizoide, depresiva o confusa. Considera esquizoide a la tortura física simple, siempre que no haga descender sensiblemente el nivel de conciencia; depresivos serían aquellos estímulos que manipulan los sustratos emocionales y la culpabilidad latente; confusionales: 1) aquellos que, por su índole física,

provocan descensos del nivel de conciencia (descargas eléctricas continuadas, privación del sueño y de referencias espacio-temporales, hambre y drogas) y 2) interrogatorios destinados a producir directamente estos estados, sea por medios físicos (ojos vendados) o por la estructura misma del interrogatorio (ritmo, conducta del o de los interrogadores, duración, etcétera).

Esta aseveración, aparentemente tan esquemática, parece, a nuestro juicio, confirmarse en la práctica. Una tortura culpógena es ideal para doblegar a un hijo de familia de clase media de débiles convicciones políticas y escasa militancia; una víctima con secuelas de traumatismo craneal previas puede ser más accesible a medios confusionales, y un experimentado y probado patriota a una situación esquizoide. Los trastornos más graves se dan en relación a una estructura neurótica subyacente. Es frecuente un síndrome de culpabilidad en el torturado, sobre todo cuando tiene la convicción de que por su culpa han sido capturados otros compañeros.

Efectos en el espectador.

La tortura producirá efectos muy diversos en los espectadores (directos o indirectos), según las posibilidades que éstos tengan de identificarse o desidentificarse con la víctima.

En el caso de la violencia represiva, el espectador, al identificarse de alguna manera con la víctima, recibe un modelo que le permite aprender. El espectáculo o conocimiento de la violencia represiva puede producirle un **miedo inhibitorio** de la respuesta castigada, pero es también probable que lo lleve a realizar una **discriminación situacional** y no conductual, es decir, que aprenda que determinados actos hay que realizarlos en secreto (clandestinamente), eludiendo a los cuerpos represivos y no que no haya que realizarlos.

Junto al miedo se puede producir de la misma manera en el espectador un aumento de la agresividad, en la medida en que ve frustradas en otro sus propias aspiraciones, aunque no sufra en sí mismo el impacto físico de la represión. Por otro lado, supuesta su identificación con la víctima, se produce en él una disonancia cognoscitiva, inversa a la que se produce en el torturador, quien resulta descalificado moral y políticamente.

La desidentificación con la víctima produce, por otro lado, el efecto de devaluación que convierte a esta última en "chivo expiatorio", lo que provoca en el espectador una sensación de bienestar, de autoaprecio comparativo: "Yo no soy así". "Yo soy bueno", etcétera.

Las consecuencias de la tortura se dan en varias fases, que van desde el choque inicial, donde la víctima debe hacer acopio de todas las fuerzas que le puedan resultar útiles y, sobre todo, no oponer resistencia, lo que evita el desencadenamiento de una agresión más intensa por parte del torturador. Franz Fanon relata consecuencias múltiples tanto en torturadores como en torturados, que

van desde trastornos psicosomáticos hasta depresiones agitadas y reacciones equizofreniformes. En El Salvador hemos encontrado más neurosis de angustia, reacciones depresivas, tendencias paranoides de difícil tratamiento, estados fóbicos y síndromes cerebrales orgánicos crónicos; en un caso encontramos reacciones agresivas indiferenciadas, desconfianza y acusaciones a los compañeros de organización por considerar que no hicieron lo suficiente por liberarlo.

Sobre el exilio como forma de tortura, Carlos Gonsalves, en el XVII Congreso Interamericano de Psicología, en Lima, refiere ocho efectos psicológicos importantes en chilenos exiliados en San José, California, que van desde depresión, sensación de ser ajenos al país, sentimiento de culpa de supervivencia, inhabilidad para gozar el presente, hasta problema mentales crónicos, efectos de black-flash y problemas en las relaciones conyugales que llegaron hasta la separación en algunos casos. Los hijos de los refugiados fueron reportados, en buena cantidad, como "niños problema" por la escuela.

Cómo prepararse para la tortura

Si bien es difícil saber de antemano si se va a resistir a la tortura, entre otros métodos para resistirla pueden mencionarse:

- a) **La preparación física.** Exámenes médicos y de laboratorio con la periodicidad que las circunstancias lo permitan; tratamiento de los padecimientos encontrados; ejercicios de resistencia y tolerancia al dolor; simulacros de tortura (encierros, privación visual, subsistencia en circunstancias adversas: falta de agua, de alimento, etcétera) y una alimentación adecuada.
- b) **La preparación psíquica.** Explicación a familiares cercanos, ausencias temporales, sugestión y autosugestión, pláticas con torturados, eliminación de prejuicios, conocimiento de la personalidad y de la relación de ésta con las formas de tortura.
- c) **Preparación política.** Elevación constante del nivel teórico, participación práctica en el proceso, conocimiento exacto de la posición en el engranaje infraestructural de la organización, observación de las reglas de compartimentación, desecho de información innecesaria, lecturas adecuadas, etcétera.
- d) **Preparación psicoprofiláctica.** Conocimiento de las técnicas de autohipnosis y/o entrenamiento autógeno.
- e) Desde el momento de la captura, proponerse ser un **inductor de resistencia y de valor.** Durante el cautiverio, desarrollar un interés genuino por todo lo que más tarde pueda ayudar a un testimonio y denuncia.

Termino con las palabras de Roland Villeneuve: "La bestia humana no cambia; su sadismo menos aun, y si han hecho falta millones de años para pasar del mono al hombre, basta muy poco para pasar del hombre al animal".

EL TIEMPO DE LOS DESAPARECIDOS

Laura Bonaparte (Argentina)

Yo diría que, en este momento, todos los que estamos aquí presentes somos desaparecidos para los que están presos; ni ellos a nosotros ni nosotros a ellos podemos ubicarlos en el tiempo y el espacio.

Antes de entrar al tema, quisiera introducir una veta polémica probablemente. Los psicoanalistas, y yo lo soy, tenemos el vicio y la necesidad de teorizar la experiencia. Este vicio teórico puede llevarnos a callejones sin salida y a distorsionar una realidad de por sí revestida de fantasías, característica cortical eminentemente humana.

El vicio de la teorización lleva a manejar la interpretación de la realidad contaminada de una ideología que no siempre es consciente, sino más bien expresión de deseos de los mismos interpretadores. Voy a poner un ejemplo.

Se ha dicho que la sobrevivencia a la tortura es gracias a una internalización como objeto bueno de objetivos políticos; el acento se pone en la fortaleza o debilidad del torturado. Es éste un dramático ejemplo de un pobre psicologismo.

El problema, según pienso, sería justamente inverso. Habría que ver la desestructuración que de buenas experiencias pudo haber hecho la ideología militar en los torturadores.

La sobrevida del torturado tiene más que ver con la brutalidad, mayor o menor, de los torturadores, con la calidad represiva, cada vez más sofisticada, de los regímenes fascistas.

Conviene recordar, para que no nos hagamos ilusiones respecto al fascismo militarista, la Escuela Secundaria Técnica en torturas del régimen somocista. Los niños de 13 años eran reclutados entre el campesinado, gente paupérrima para quienes la selección de sus hijos significaba que comieran, se vistieran y aprendieran a leer y escribir. Había también, aunque eran los menos, hijos de oficiales de la guardia somocista, otro problema sobre el que reflexionar.

Estos niños hacían el bachillerato en tortura. El comienzo del aprendizaje se daba a una edad (13 años) en la que normalmente se producen desbarajustes afectivos por la inclusión de la sexualidad y sus cambios físicos concomitantes. En ese momento de la vida de esos 135 púberes da comienzo el aprendizaje de la tortura, despedazamiento vivo del semejante, ruptura del espejo, secamiento del agua en la que el niño empieza a amar su imagen por fin entera, crimen sin calificativo que arranca de cuajo toda posibilidad de amor, perversión de la imagen ya cuarteada para siempre. Ese es el torturador, personaje siniestro, brazo armado de la ideología imperialista, boca ajena, pentagonal de pentágono, que escupe sólo muerte, discurso privilegiado del poder totalitario.

La necesidad de teorizar la experiencia es, por otro lado, un intento de poner una distancia óptima entre el hecho irremediable

y tratar de comprenderlo y compartir ese esfuerzo de conocimiento con otro semejante, comprometidos en el duro quehacer de la reflexión sobre acontecimientos desgarrantes como este tipo de dominación.

Así, teorizar sobre desapariciones es poder hacer la denuncia en todos los foros posibles. El acto de desaparecimiento, como es del dominio público, es llevado a cabo por las fuerzas militares en los países en los que ellos dominan, hayan o no alcanzado el poder. De esta manera sucedió en la Argentina antes del '76 y es hoy en Guatemala, sólo para citar dos ejemplos.

Con la instauración de la dictadura militar en Argentina y otros países, la política de presos desaparecidos llega a niveles de genocidio: 30 000 desaparecidos en aquel país y 70 000 en América Latina.

¿Qué significa la expresión **desaparecidos**? Nadie sabe cómo surgió la palabra; comentarios sobre sus orígenes hay muchos y probablemente ninguno totalmente verdadero. Lo cierto es que desaparecido remite a significaciones que tienen que ver con el espanto y el terror.

Veamos la definición del diccionario de la lengua española y luego sus declinaciones. **Desaparecer**, de **des** y **aparecer**, ocultar, quitar de delante con presteza una cosa. **Des**, del latín, preposición inseparable que denota negación o inversión del significado de simple, como por ejemplo aparecer. **Aparecer**, de **a** y **parecer**, manifestarse, dejarse ver, por lo común, causando sorpresa, admiración u otro movimiento de ánimo.

Parecer significa tener determinada apariencia o aspecto; cosa que parece y no es. **Aparición**, visión de un ser sobrenatural o fantástico, espectro, fantasma. **Aparecido**, participio pasivo de aparecer, espectro de un difunto; sinónimos: espectro, fantasma, espanto.

Quiere decir que la estrategia del terrorismo de Estado no se detiene en la brutalidad del maltrato corporal y de la muerte; su escenario nos abarca a todos, incluyendo a nosotros, que de pronto no sabemos qué significa ser desaparecido.

Como decía al comenzar, todos nosotros somos desaparecidos para los que se encuentran presos, sin conocimiento de nuestra existencia. Por lo tanto, si nosotros estamos vivos, ellos tienen que estarlo también. Lo que sucede es que el tiempo y el espacio nuestro —el que estamos viviendo aquí— es desaparecido para ellos, así como el tiempo y el espacio de ellos es desaparecido para nosotros.

Hay un deslizamiento en el lenguaje, desde aquello que parece y no es hasta la aparición como fantasma y/o espectro; un deslizamiento entre el instintivo desaparecer y el reflexivo desaparecerse empleado por las juntas militares, que alude a alguien que se desaparece a sí mismo, sujeto y objeto del acto de desaparición, juego siniestro y perverso de militares y policías que ha quedado demostrado en los hechos.

Los estudios y la campaña hecha sobre desapariciones han dado

resultados, por lo menos, a niveles de divulgación. Existe una definición presentada a Naciones Unidas sobre lo que son las desapariciones, en la que se acusa a los gobiernos totalitarios de ser los agentes de dichas desapariciones. Todo desaparecido es un preso y como tal, como preso —si es que fue detenido— tiene que aparecer.

La petición de que los desaparecidos aparezcan con vida es muy importante. Si aceptamos, junto con las juntas militares y sus voceros, que todos los desaparecidos están muertos, seremos autores de las muertes de los desaparecidos. Si nosotros estamos vivos y somos para ellos desaparecidos, no tenemos por qué darlos por muertos, así como ellos, los desaparecidos, no pueden darnos a nosotros por muertos.

En este sentido, lo que hay que reclamar, además de que aparezcan con vida, es que las juntas militares que han sido los agentes de las desapariciones nos hablen de ese tiempo desaparecido de los compañeros presos en los campos de concentración, que los regímenes militares nos expliquen qué pasó con ese tiempo que nos quitaron. El hecho de que nos digan dónde están y nos señalen fosas comunes no cambia que sigan siendo desaparecidos. No se trata de que nos entreguen una caja y que nosotros no podamos ver quién está dentro: **¡Seguirán siendo desaparecidos!**

Es esta una técnica sofisticada de alcances que no podíamos realmente sospechar y que se desarrolla en dos niveles: 1) entre el cuerpo desaparecido que es torturado sistemáticamente y 2) el de los familiares y el de nosotros mismos, sobrevivientes y no desaparecidos, que se pretende que permanezcamos con aquello que pretende ser como figuras fantasmagóricas: los 70 000 latinoamericanos desaparecidos.

Gullermo Toriello.



Las aportaciones no fueron sólo
dramáticamente tristes...
Dulce Pascual y un auditorio divertido.



VIII.—MUJERES: PARTICULARIDADES DE SU OPRESION

EL SINDROME FEMENINO Y EL PSICOTERAPEUTA

Sylvia Marcos (México)

De cómo a las mujeres nos condiciona el medio, bueno, eso es importante, yo lo sé. Los bebés son tratados diferente si son niño o niña. Ya desde que salen del seno materno. Un moñito rosa y unos aretitos que deben señalar desde el primer momento que este ser humano particular es débil, suave, pasivo, dependiente, dulce, sumiso, etcétera. Por consiguiente, si es niña se le estimula con más suavidad, porque es débil no se le aprieta tanto, ni se le envía por los aires. Hay que ser delicado, es una niña. La historia desde ese primer momento se repite sin cesar. Más tarde debe cuidar a los hermanitos porque eso le dice su "instinto maternal", instinto que es fuertemente afirmado y reforzado por las expectativas de papá y mamá y por la aprobación ilimitada que se le da cuando emite ese tipo de conductas. "¡Mi hijita es tan femenina!, le encanta jugar a la mamá o a las comiditas". El hogar y los niños son ya su futuro aceptable. Todavía no comprende muchos razonamientos, ni puede analizar nada, pero ya sabe que su futuro es hacer las comiditas y lavar pañales. Y como recibe tanto cariño cuando actúa así ¡ya sabe que esa es la forma de estar bien con los papás, hermanitos y demás familia, de ser aceptada y querida por su grupo!

Las oportunidades de elección son pues muy precarias. Desde esos años tempranos se imprimen en sus expectativas de vida —como expectativas de aceptación y aprobación— los llamados roles o estereotipos femeninos.

Esto ha sido analizado de manera sistemática y científica, de modo que las pruebas son irrefutables (1), no se nace mujer, la hacen a uno mujer (2), pero ahora me interesaría analizar aquí otro aspecto quizás más sutil de cómo los valores estereotípicos llegan a ser confirmados en nuestros momentos de crisis. Cuando



"La marginalidad es el espacio que el occidente capitalista adecua a su enorme intolerancia. En Guatemala los pueblos indígenas no manejan ahora a sus despojadores con un lenguaje "racional" sino por medio de irracionalidad y violencia. La lucha armada, en sus diferentes enfoques, se vuelve la única posibilidad de hacer viable la recuperación de un espacio propio, en el cual pueda continuar un proceso histórico específico cada pueblo indígena."

Ruth Piedrasanta.

algunas de nosotras pasamos por periodos de depresión, fatiga, abulia, hiperexcitación, insomnio o cualquiera de todos los síntomas que nos señalan que algo no anda bien. Cuando nos sentimos crónicamente fatigadas, no tenemos ganas de nada, nos da igual todo, o cuando —como me lo platicaba una cliente—, “sentía tanta desesperación que me escapaba. Me iba a tomar un camión para irme a México dispuesta a lo que fuera, no me importaba nada. Ya fuera la droga u otro señor, el caso es que mi desesperación no me permitía reflexionar”. Y aun en otro caso, “sentía de repente un vacío, no sabía qué me faltaba. Tengo todo, me decía, tengo un marido bueno, que llega en la noche cansado a que yo lo atienda para cenar, tengo hijos que son el tesoro de una madre, los atiendo, visto y doy de comer, tengo una casa y no me falta nada económicamente. . . ¿Por qué no estoy contenta?” . . . o a otra muchacha que ha fracasado en el amor, siente que no vale nada, porque no puede atrapar a un hombre. Ella se culpa: “Si no le gusto a ninguno es mi culpa, ¿qué tendré?” Estas y muchas quejas similares constituyen lo que llamaré el **síndrome femenino**.

¿Qué es el **síndrome femenino**? Aquella serie de síntomas psicopatológicos que provienen todos de una problemática que podría definirse como “femenina”. La problemática de la neurosis que se pone en acción una vez que una mujer —más o menos inteligente— se dedica a llenar su rol social. En nuestra sociedad mexicana, los roles sociales prescritos específicos de las mujeres no son muy variados, todos incluyen las mismas características estereotípicas con pequeñas variantes. Una mujer o es esposa y madre, o es solterona (la tía buena y disponible), o es prostituta. En los tres roles se espera de la mujer que sea sumisa, dulce, dependiente, hogareña, abnegada, pasiva. La mujer casada debe estar sujeta al marido, la solterona al padre o al hermano mayor, la prostituta al padrote que le roba lo que ella hace con su esfuerzo. La mamá es dulce con sus hijos, esposo y familiares, la prostituta es dulce —para el mayor placer masculino debe inventar historias de suma infelicidad y de violación como determinantes de su comienzo—. La solterona es la eterna disponible para cuidar a sus adorados sobrinitos.

Las mujeres, dicen, somos dependientes, no sabemos tomar responsabilidades, ni queremos tomarlas. Entonces la dependencia se debe mostrar en la esposa-madre que espera las decisiones del esposo, de los hijos grandes y en ocasiones de los padres —que todavía en avanzada edad— la dirigen en su vida personal. Como una señora me dijo una vez: “Yo no puedo ir a Toluca sin el consentimiento de mi marido. ¿Qué haría si me pasa algo? . . .” La prostituta depende del padrote que la “defiende”. Lo necesita, no puede cuidarse sola. . . y la solterona debe andar siempre acompañada. . . mientras sea virgen, y cuando ya no lo es, para no dar lugar a habladurías. La vida del hogar es la vida femenina. Las “pobres” que no tienen un hogar propio se lo deben inventar. “La prostituta debe incluirlo en su fantasías de ser una mujer honrada” —una mujer honrada que sepulta todo su valor social en los muros de la

casa y en las relaciones familiares—. La pobre solterona tiene un hogar alternativo en el de sus hermanos y hermanas, así puede satisfacer sus ansias “innatas” de hogar. Abnegación es decir mu- jer. Por este medio la mujer no vive más que para sus hijos y su esposo. Nada importa si está cansada, los debe servir siempre con amor. Nada importa que él ande con otra, lo debe servir sexualmente, aun más cuando anda errático. No importa que esté enferma o que el marido no le dé el gasto, ella debe aguantar, y si no alcanza, no comer ella pero darles a los suyos todo en eso sin chistar, sin repelar, con “Amor”. Y la prostituta, frecuentemente se mete a “eso”, para ayudar a sus hermanitos que no tienen que comer, o se mete con viejos asquerosos olvidándose hasta de su salud para ayudar al padre enfermo. La solterona no tiene vida propia. Aunque está sola y podría vivir para sí, el hecho es que vive para los demás. Se mete de maestra o de sirvienta sin pago de los hermanos. Esa es su legitimación social. Y de la pasividad, ni hablar. La mujer pasiva en el coito, pasiva en la vida social, pasiva para que la vida se la forjen los demás, los machos viriles que la rodean.

Todos estos roles y estereotipos conforman un síndrome psico- patológico que se llama **masoquismo**. Así que las mujeres por des- tino social tenemos la obligación de ser masoquistas. Y esto no es todo. Lo absurdo es que el “masoquismo” es una “enfermedad” analizada principalmente por Freud. Una enfermedad como sino de la feminidad. En un estudio anterior analicé la relación de equiva- lencia entre el masoquismo y la feminidad (3).

Y este masoquismo es lo que los otros esperan de nosotras. No sólo los otros, sino principalmente nuestros psicoterapeutas o psi- coanalistas. Ellos que conocen tan bien la “enfermedad maso- quística”. Este masoquismo es el rol social prescrito a las mu- jeres de nuestra cultura urbana con resabios de cultura occiden- tal. Como puede sorprendernos que cuando una mujer —más o menos inteligente— se empieza a sentir mal, a sentir que algo no funciona, es exactamente cuando entra en acción el síndrome femenino. Este síndrome es la parcial concientización de que la están fregando, explotando, ninguneando, anquilosando, que es absurdo que debe ser lo máximo de feliz cuando se dedica a cuidar a sus hijos para que estos se desarrollen más intelectualmente y que ella se va oxidando de tal manera que ya casi le parece imposi- ble comunicarse sobre nada más que el cuidado de los niños. Que no se siente satisfecha con su macho cansado al que le prepara una buena comida y con el que se acuesta para que él desahogue sus impulsos. Que tener desahogo económico o un coche no la satisface. Que el hecho de ser bello objeto todo lleno de pestañas postizas, máscara y sombras y con la última moda en el vestir, la deja vacía por adentro y que a veces llega a olvidar que tiene algo más que un cuerpo y una cara que cuidar. Entonces la angustia existencial la hace presa. ¿Para qué sirve todo esto? ¿Por qué no me siento satisfecha? . . . Si tengo todo lo que me enseñaron que tenía que esperar de la vida. . .

Este es el material humano con el que podría comenzar a romper el círculo vicioso, la determinación recíproca entre el estereotipo masculino-femenino en nuestra sociedad. Es la persona en crisis que observa netamente que de alguna manera ese masoquismo prescrito como rol social no la satisface, que la enferma. Por eso es de suma importancia analizar qué sucede cuando estas mujeres caen en las manos de los psicoterapeutas-psicoanalistas.

¿Cuál es la función del terapeuta? Según las diferentes corrientes, él se define a sí mismo abierto, propiciador del desarrollo humano; analista de la causalidad infantil de los edipos: para liberar al sujeto de su problemática actual. Se define como un sujeto que busca desenajenar y reducir la soledad del corazón del hombre. No importa el cuadro teórico de base, son casi nulos los terapeutas que han incluido en su análisis la dialéctica del mutuo condicionamiento de los roles femenino-masculinos. Todas las teorías psicológicas han nacido del contexto de nuestra sociedad occidental y patriarcal (4). Todas tienen quizás un concepto diferente de la génesis de los desequilibrios humanos pero ninguna ha hecho el análisis básico desde el punto de vista de los estereotipos masculino-femeninos. ¿Quién ha cuestionado de cómo el rol prescrito de macho polígamo puede oprimir y obligar a un hombre? Un paciente me contaba el otro día que en sus sesiones de psicoanálisis hace meses se enfrentó con la sorpresa del psicoanalista al confesar él no haber conocido sexualmente otra mujer que su esposa. "¿Cómo?" le dijo el psicoanalista, "eso no es normal en un hombre". Este hombre, que tiene tendencia a la inseguridad, introversión y afectuosidad, sintió que el resto de su seguridad se le venía abajo cuando el sumo sacerdote de la salud mental le dio su veredicto. No tardó en encontrar otra mujer. Pero él no es el tipo de hombre que usa a la mujer como objeto y se ligó emocionalmente con ella. El conflicto es ahora mayor, pues no puede convivir con las dos simultáneamente. ¿Quién nos va a decir que la opinión del docto psicoanalista era simple y sencillamente la opinión de un macho mexicano? Con más perspicacia psicológica, hubiera él advertido que el sujeto que tenía ante sí era una persona apta para el cambio y en el cual los conflictos con los roles sociales prescritos eran fuertes y causaban desequilibrios. Su función psicoanalítica, fue la de alterar aún más el precario equilibrio de la persona y no en dirección de una auténtica catarsis de cambio personal y auténtico, sino en la dirección de apoyar las expectativas sociales existentes. Expectativas sociales de las cuales el psicoanalista era un fiel producto. Su función fue la de **adaptar** a toda costa aun a precio de valores más auténticos y personales del cliente.

Y la chica que me contó cómo iba al salón de belleza unos momentos antes de la sesión psicoanalítica. La psicoanalista le decía: "muy bien, va usted progresando mucho", porque empezaba a tomar la apariencia de un bello objeto sexual. Esta mujer se resistía a eso precisamente: a ser objeto sexual. Pero la psicoanalista era simplemente, también ella, producto social de sus roles prescritos

—en México la mujer bella debe abusar de los dispositivos de belleza—. Usaba frecuentemente peluca con peinados sofisticados. La paciente era una mujer que creía en el arreglo sencillo. En otro contexto cultural, en otro país occidental, probablemente la empelucada y enmascarada psicoanalista hubiera sido quizá la víctima de una presión terapéutica psicoanalítica que podría, por ejemplo, interpretarle su arreglo excesivo como el ansia de ocultarse bajo una máscara de maquillaje.

"¿Y qué leía usted cuando tenía 13 o 14 años?" le preguntaba otro psicoanalista a su analizada. La chica le contestó: "Dostoievski, Tolstoi. . .". "¿A esa edad?" le contestó con reproche en la voz. ¿Cómo? a la edad de la pubertad, cuando se despierta el instinto sexual. ¿Qué hace una jovencita leyendo libros serios? Debería intensificar, a esa edad, su carrera de disponibilidad hacia el sexo opuesto y leer novelas rosas. Esa es la literatura para las jovencitas, para que se traguen el anzuelo del "romanticismo" y se olviden de todo lo que viene después del "y se casaron y fueron felices". Eso que las novelas no osan describir so peligro de destruir el romanticismo previo. Hay que hacer que las jóvenes mujeres se traguen el anzuelo. Hay que hacerlas creer que todo es color de rosa, en el "amor" y que sólo de "amor" se vive. ¿Tolstoi y Dostoievski? . . . ¿Para qué? . . . ¿Para que aprendan a analizar y pensar por sí mismas? ¡Horror! Esa no es la meta en la sociedad machista y tampoco es la que el psicoanalista tiene para sus pacientes mujeres. Este le decía a la misma persona "A usted la educaron para ser hombre". Y eso era lo que él quería cambiar a toda costa. "Lo importante es su vida afectiva, hábleme de eso. . ." Y si ella escribía y publicaba: "Bueno, eso no es importante". Dichos estereotipos o roles pudieron ser muy adecuados en un tiempo histórico, pero en la realidad actual, aquella que constatamos los terapeutas, esos roles y expectativas sociales crean más conflictos que bienestar.

Al analizar los casos anteriores, tenemos que llegar a la conclusión de que los primeros humanos que son meros accidentes de las expectativas de su grupo social son los terapeutas. Es poco frecuente que se les ocurra ni siquiera dudar de la absoluta validez de los estereotipos y así se vuelven perpetuadores de la mitología de la feminidad y de la masculinidad. En muchos casos ellos ni siquiera son conscientes, piensan que el mito es la realidad. Y si el mito está causando conflictos y desequilibrios a un número cada vez mayor de sujetos, eso es prueba de que la mayoría está neurótica y por lo tanto necesita su ayuda. Esto crea una sensación de bienestar en el interior de los dichos terapeutas. El trabajo abunda, se les necesita. Como dato añadido, diré que en la apabullante mayoría de los casos, el terapeuta es un sujeto que escoge su carrera por un complejo de redentor. Quiere "ayudar a los demás". Ellos no se detienen a cuestionar las expectativas, roles prescritos y estereotipos como una causa principal de los desequilibrios.

¿Cómo se relaciona el terapeuta con la ideología y con los estereotipos determinados? Podemos proceder en dos direcciones:

Primero, el terapeuta las ha vuelto suyas, se han encarnado en él. El es el producto de las tradiciones. Creció en un grupo familiar dado, en un país, en un tiempo histórico. Su legado cultural prescribe ciertos roles específicos para el hombre y para la mujer, para el rico y para el pobre. Se puede decir que los heredó o los mamó. Los estudios experimentales cuentan cómo se va ejerciendo este control en cada individuo de un grupo social. Es quizá cuando el individuo ha sido rechazado por su grupo o marginado en cierto grado, que el ser humano se atreve a ver estas normas sociales desde una distancia, se atreve a cuestionarlas.

Desde el punto de vista psicosocial, no hay un mundo real orgánico en sí mismo, sino datos estructurados, ordenados subjetivamente en función de ciertos cuadros cognoscitivos y afectivos anteriores. Esos cuadros son los estereotipos y varían con cada cultura y en el interior de ellas, con cada agrupación. Estos operan sobre los datos ofrecidos a los sentidos por medio de cortes parciales o de distorsiones que tienen por efecto conformar los hechos a las creencias y actividades previas. El individuo está condicionado por estas presiones culturales hacia su modo de ser y estar en el mundo. Posteriormente intervienen las prescripciones de sus diferentes roles en la vida: ser hija, ser humano, ser estudiante, ser psicóloga, ser padre y esposa, etcétera. Estos roles son prescritos por su grupo. El no los escoge y generalmente no los cuestiona. Ma. Luisa Rodríguez dice que los estereotipos casi se heredan como la herencia genética (5).

Entre más conformado esté a ellos el psicoterapeuta, será considerado un sujeto más apto para llenar su profesión.

Una segunda manera de relacionar al psicoterapeuta con las tradiciones estereotípicas de su cultura es en su trabajo con los clientes. Simplemente porque él es un producto social de su medio y porque él es frecuentemente una imagen ante su paciente, ya ejerce un poder de convicción y adaptación de ese paciente a la "norma". El psicoterapeuta, dependiendo de su situación de clase, encarnará con menor o mayor flexibilidad esa norma. Sin embargo, aun en su mayor flexibilidad se queda dentro de las expectativas de su grupo para todos sus miembros y de las expectativas específicas a su ser de psicoterapeuta.

La manera que quisiera analizar aquí con más detalle es aquella en que el terapeuta ejerce un control, que se vuelve político, de la salud y la normalidad de sus pacientes. Desafortunadamente, él no es consciente de su trabajo represor (o por lo menos es mejor tomar esta premisa como cierta). El está inserto en las instituciones de su sociedad, él es un producto y reproductor de ellas. El poder del Estado, el poder político llega hasta la vida personal y privada de cada individuo a través de las instituciones de la sociedad. La psicoterapia es una institución. El psicoterapeuta encarna la institución. Lo que se usa como arma represora, adaptadora, normalizadora y legitimadora son, por una parte: los estereotipos determinados que se han vuelto el Super-yo del paciente y que le dicen que está mal

que se salga de la norma. Que le hacen sentirse culpable si no llena los requisitos que el sistema y los grupos en el poder han denominado como conducta aceptable y buena. Por otra parte, el mecanismo represor está encarnado en el terapeuta fiel producto de sus roles prescritos. El está encargado de velar para que esas tradiciones normativas no degeneren, que sigan siendo el "ideal" de sujeto sano que se ha aceptado generalmente. Llega algunas veces a tal absurdo que nadie puede ser sano. Porque el ser sano en la buena mayoría de las teorías psicológicas implica una serie de requisitos imposibles de llenar y entonces, todos estamos enfermos. La realidad detrás de esto es muy distinta. Los teóricos de la psicología han sido un poco ingenuos dejándose usar para fines de control político. La realidad que esconde esa mayoría desviada (6), es que eso permite al profesionista que encarna la represión institucional, entrar a dirigir aún los aspectos más íntimos de nuestras vidas personales y así moldearnos para seguir perpetuando el orden actual, lo ya conocido y aceptado que beneficia a los detentores de poder. Este es el aspecto puramente político del trabajo represor del terapeuta.

Con la psicología pasa un poco lo que pasa con la Iglesia. Hay que crear culpabilidad para tener a todos los sujetos dependientes de la buena fe del sacerdote, para perdonarlos, para "curarlos". Si todos sentimos que no podemos llenar los requisitos del arte de amar o del carácter genital, entonces siempre tenemos que depender de los guías que nos enseñarán el camino, de aquellos que nos ayudarán a ser más sanos al "I am OK, you are OK". Cabe preguntarse aquí cuál es la función de esas categorizaciones de supuesta salud mental o de su equivalente la "normalidad", cuando estas características son tan difíciles, por no decir imposibles, de lograr. No sería más factible asegurar que la "normalidad" es la neurosis y que por mucho que se quiera no se puede llegar a ese máximo de equilibrio y salud mental que presuponen los sujetos idealmente "sanos" de las teorías. Pero hay un problema. Primero, el terapeuta-sacerdote pierde su valor de absolver, no se lo necesita ya. Segundo, el "paciente" que es el casi total de la población, adquiere seguridad en sí mismo, se independiza, se vuelve autosuficiente. Esto es contrario a las expectativas de una institución creada para el control. La relación analista-analizado, tiene que reproducir la situación opresor-oprimido, reproducir las relaciones de poder del sistema (capitalista). Tiene que señalarle a todo el mundo que cae en sus manos "Cómo se es un hombre sano y feliz", "cómo se es una mujer satisfecha de sí misma" "cómo se es el ejecutivo ideal que deja que sus empleados se 'comuniquen' y 'tomen decisiones,'" para que le trabajen más y se hagan las ilusiones de poder de veras cambiar algo en la empresa.

No es por casualidad que estadísticamente, no se ha podido constatar que el tratamiento psicoterapéutico logre resultados (7). Si la meta disfrazada es imposible, y si la meta auténtica es el control ejercido sobre la vida particular y personal de cada quien, con

eso cumplimos nuestra misión, no necesitamos "curar" o volver sanos a los neuróticos. Lo único que sí es esencial es que les señalemos el "cómo" de todo: de ser esposos, madres, padres, hijos, trabajadores, burócratas, etcétera. Una vez que canalizamos la presión social de los estereotipos determinados, nuestra función está cumplida. Ya paralizamos la posibilidad de acción autónoma, el sistema no es puesto en duda, los sujetos tienen ahora una liga más fuerte que romper para liberarse, las cosas seguirán siendo igual.

La mayoría absoluta de gente que acude a la psicoterapia son mujeres. Una de las razones puede ser que ella socialmente es considerada débil, dependiente y por lo tanto la sociedad legítima su necesidad de buscar ayuda. No así con el hombre que debe ser siempre fuerte y ser él, el que da apoyo. El peligro de que las personas cuestionantes, sobre todo femeninas, lleguen a un psicoanalista que cree en la mitología de la feminidad o virilidad, es que la posibilidad de un cambio se impida. El sujeto pasa por una crisis, quiere cambiar, es el momento oportuno, busca ayuda... y ¿qué encuentra? ... una figura represiva socialmente como las que fue encontrando desde que era un niño hasta la actualidad. Represivo, volviéndola al orden establecido de los estereotipos de roles sexuales. Recordándoles que ser mujer implica dependencia emocional, sumisión, dulzura, pasividad, etcétera. Ser hombre significa ser siempre fuerte, macho, polígamo. Todas las otras conductas no son "normales". Hay que seguir la norma. Perpetuar el estado actual de la sociedad, seguir los patrones establecidos. Eso es ser "sano" y es ser "equilibrado" aunque la prescripción de la "salud" femenina sea el masoquismo más abyecto y destructor de un ser humano.

En este sentido, los terapeutas somos una de las instituciones más amenazantes, reaccionarias y estabilizadoras del sistema actual. Comenzamos impidiendo el cambio en el fuero interno y personal y llegamos a ser así la institución represora que media la opresión del sistema político haciéndola llegar a las áreas más recónditas y personales de cada ser humano. Nuestra función es la de más poder. Somos los sumos sacerdotes de la salud mental. Nuestros juicios son absolutos y es la misma gente que nos busca que pone en nuestras manos ese poder, porque la sociedad pone en las manos de los profesionistas todo el poder.

¿Qué debemos hacer con ese poder? Si lo tomamos, la única salida honesta es utilizarlo para propiciar en cada ser humano la búsqueda auténtica de lo que él quiere hacer con sí mismo, la búsqueda auténtica del ser en sí y para los otros.

Paradójicamente, cuando una mujer siente que no está bien, que está desequilibrada, es el momento en que puede comenzar su regeneración. Es cuando comienza el largo y doloroso proceso de su búsqueda de identidad y autonomía dejando la máscara de su rol prescrito: el masoquismo-feminidad (8).

1) *The development of Sexual Differences*, E. Macoby, Uni of Stanford Press, 1972.

2) *Le Deuxième Sexe*, Simona de Beauvoir Idées, Gallimard, 1949.

3) *El masoquismo como feminidad*, Sylvia Marcos, en publicación.

4) *Sexual Politics*, Kate Millet, Sphere Books, 1971.

5) *El estereotipo del mexicano*, Ma. Luisa Rodríguez, Biblioteca de Ensayos Sociológicos, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, 19.

6) *La Maggioranza Deviante*, Franca y Franco Basaglia, Nuovo Politecnico No. 43, Einaudi Editore, Torino, Italia.

7) *Modern Psychopathology*, T. Millon, W. B. Saunders Co., 1969, Studio Eyaseck, 1952.

8) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, D. Cooper, Paidós.



"Mi experiencia en el hospital era además un reflejo de mi experiencia como mujer, pues yo también como mujer he sido maltratada, a pesar de ser médica, por mis propios colegas".

Luz Helena Sanchez

TERAPIA FEMINISTA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA

Luz Helena Sánchez (Colombia) *

"El polo revolucionario del fantasma de grupo aparece, al contrario, en el poder vivir las propias instituciones como mortales, en el poder destruirlas o cambiarlas según las articulaciones del deseo y del campo social, al convertir la pulsión de muerte en una verdadera creatividad institucional".
(Deleuze-Guattari: "El Antiedipo, Capitalismo y Esquizofrenia").

A manera de introducción

Nunca me convenció el padre Antonio y su poder sin límites para censurar aquellas actitudes y comportamientos que no se adecuaban a su concepción de la religión, excomulgando desde el "púlpito" a quienes pusieran en entredicho sus órdenes o absolviendo detrás del confesionario los pecados del pueblo entero.

Para su mala suerte, mis dudas se verían confirmadas más tarde al verlo borracho y en compañía de una mujer en situación comprometedor para ambos, en negación práctica de sus pastorales enseñanzas.

Cuando mi vecina, adolescente como yo, fue besada y "tocada" por un curita viejo que cada semana venía a recoger dinero para los "pobres indiecitos", el director espiritual de su madre salvó el enojoso impase con la asustada muchacha, recordando al grupo de los doce, entre quienes se hallaba "un traidor".

Desde que tuve algún grado de conciencia sobre el papel de la psiquiatría y las ciencias del comportamiento humano, las miré con algún recelo en su confesada y defendida neutralidad. Un solo episodio de los muchos a los cuales he estado cercana lo constituye una joven madre a quien referí a uno de los más prestigiosos entre mis profesores de psiquiatría. Atravesaba la mujer una crisis en la crianza de uno de sus hijos. Para resumir el diagnóstico del reconocido profesional: "si tan sólo la madre dejara de rebelarse sin causa contra todos y contra todo, la situación sería más manejable para el niño". Esto, acompañado de la predicción de que al final de su carrera esta mujer descubriría la importancia de lo que perdía al "abandonar" su casa y sus dos hijos, después de comprobar, claro está, lo inútil de su rebeldía.

Los aportes

Parto del presupuesto de que, ante este auditorio, no es necesario

* Médica colombiana, editora de "El Correo de la Mujer" de Colombia.

hacer un discurso para convencerlos de la desastrosa situación de la mujer en nuestra sociedad, del hecho común de la psiquiatrización de los conflictos de la mujer en buena parte derivados de su condición y de la necesidad de superación de esta situación, tanto a nivel individual como colectivo.

Me concretaré a hacer algunos aportes, resultado de mi militancia feminista, así como de mi práctica médica y psicoterapéutica: más que referirme a un proceso terapéutico o de curación, el contenido se referirá a un proceso de re-educación, crecimiento y fortalecimiento como metas del mismo.

Considero importante mencionar las cuestiones fundamentales que aporta el feminismo en la puesta al descubierto de las áreas-conflicto con la sociedad patriarcal, mismas que se reivindican como banderas fundamentales por los sectores más avanzados del movimiento.

1. La franqueza sobre el propio cuerpo, proponiendo y practicando un conocimiento del mismo que desmitifica y pone al descubierto el control social ejercido por algunas disciplinas tales como la medicina, la psiquiatría y la psicología.

2. La franqueza sexual, demandando un conocimiento abierto y directo sobre la sexualidad y redefiniéndola desde la propia experiencia de deseo y placer vivida por la mujer, rechazando la tradición de aplicarle a ella la "norma" de comportamiento del macho. La franqueza sobre el cuerpo y sobre el sexo han implicado un importante replanteamiento del "destino" femenino en base a su potencial reproductor así como una importante denuncia de las instituciones de control social dirigidas a imponer a la mujer los intereses de reproducción de la fuerza de trabajo del estado burgués-patriarcal.

3. Franqueza emocional, reivindicando la expresión abierta de los sentimientos, en particular de vulnerabilidad, debilidad, expresión que los valores dominantes no permiten más que como atributo de "lo femenino" y que el feminismo recupera como atributos de la esencia humana y parte importante de la salud mental.

4. Desarrollo humano. La responsabilidad por el cuidado y atención del desarrollo humano se ha referido tradicionalmente a quién debería tener el cuidado de los niños. Las mujeres plantean una pregunta más amplia: ¿Cómo es que la gente, nosotro(s), debemos disponer del cuidado de todos: adultos y niños?

5. Cuestionamiento de las funciones de servicio. Las mujeres han planteado la urgencia de la redistribución de las tareas de servicio; se refieren a veces a meras actividades motoras como servir el café o lavar los platos, pero se extiende en forma más amplia al servicio a los demás en formas psicológicas y básicas esenciales.

6. La protesta contra la percepción de la mujer como "objeto". Esta constituye una protesta básica del feminismo contra el ser consideradas objetos sexuales, objetos de consumo y consumidores sin límite.

7. La humanización de la sociedad, emocionalizando, subjetivizando y, por tanto, contribuyendo a la humanización de nuestra forma de vida. Esto significa ver y expresar las calidades personales y emocionales inherentes a toda experiencia humana, planteando en ello una crítica al sistema "racional" del pensamiento occidental, por demás reservado al mundo de lo masculino.

8. La ruptura entre lo público y lo privado, demandando una forma de vida igualitaria y cooperativa que reemplace el dominio de lo público sobre lo privado.

9. Creatividad personal; el derecho irrenunciable a participar en la creación de "una misma" como parte inalienable del proceso de creación de un diferente espacio social.

Considero que, al delinear estos como los elementos fundamentales de aporte del movimiento feminista, es preciso reconocer la necesidad de la revolución de lo cotidiano, ajena a condicionamientos de supeditación a la toma de poder estatal.

La dicotomía infraestructura/superestructura es una imagen en espejo de la dicotomía cuerpo/alma (o psiquis para el caso). El feminismo en su praxis rompe con esta falsa dualidad y proclama la transformación de las relaciones diarias como parte de un proceso continuo de des-estructuración y re-estructuración de las relaciones de poder.

Lo personal es político, constituye el planteamiento subversivo por excelencia que pone al descubierto el ejercicio del poder-dominación en la contradicción dominador-dominada en su mayor concreción; más acá o más allá del poder del Estado, en cada acto de la vida diaria, en cada encuentro con el otro, de diferente generación, sexo, raza, nacionalidad.

Considero que los grupos feministas autónomos constituyen un excelente modelo de autogestión: el proceso de toma de conciencia ha estado en manos del grupo dominado; bajo su control toma lugar la dinámica de re-educación, crecimiento y fortalecimiento.

Por las razones anteriores propongo una "terapia" que toma como modelo el proceso desarrollado por el feminismo. Las tres áreas fundamentales a ser trabajadas en los clasificados procesos "psicopatológicos" de la mujer, son a saber:

- 1 Proceso de centramiento.
- 2 Proceso de vinculación.
- 3 Proceso de efectividad.

El **centramiento** lo defino como el sentido de una persona de estar conectada consigo misma, además de valorar su identidad y sus propios procesos como punto importante de referencia para la acción. Ello requiere estimular en forma importante la re-definición de la propia estructura cuerpo-psiquis y el acceso a los propios sentimientos, intuición y razón.

El proceso de **vinculación** se refiere a la conexión enraizada profundamente con el resto del mundo y la compleja red de apoyo que se debería construir, fundamentalmente en primera instancia,

con otras mujeres, y destinado a: 1) aumentar el centramiento y recuperación de la identidad (el contacto consigo misma y la autovaloración). Los grupos de mujeres han logrado estimular este proceso mediante grupos de toma de conciencia, de autogestión, de autoayuda; 2) proveer cuidado, amor, cariño, comprensión, sin que medie la reciprocidad de los favores sexuales y el chantaje emocional; 3) estimular el crecimiento personal: las relaciones que se estimulen deben proveer el apoyo y el estímulo así como el reto y la expectativa de crecimiento.

En la tradición de nuestra sociedad las mujeres hacen parte de estos procesos, pero dirigidos a estimularlos en los demás y para los demás del género masculino, puesto que, como madre, en las hijas, reproduce socialmente "lo femenino".

El proceso de **efectividad** significa un uso activo de nuestro poder para producir impacto en el mundo para transformarlo para sí misma y para y con los demás. Estimular la pérdida del miedo a actuar, desestructurar las formas de respuesta pasivo-agresivas tan comunes en la mujer. Este proceso va en contra de lo que tradicionalmente se piensa de la mujer; propone una acción directa y abierta, contradiciendo el valor asignado a la discreción y al papel de "sombra" del otro que debe jugar la mujer.

Un aspecto de suma importancia es la necesidad de la des-estructuración de la relación terapeuta-paciente en términos de la desigual propuesta de poder que cada uno representa, de los arreglos físicos y financieros y por encima de todo en el reconocimiento de la imposibilidad de la llamada "neutralidad" terapéutica, a favor de una opción de liberación del deseo ajena a las ilusiones de neutralidad o de manejo de procesos de transferencia-contratransferencia inmunes al campo social dentro del cual se encontrarían inmersos.

La desestructuración del modelo de relación terapeuta-paciente permitirá servir como modelo de desestructuración de la relación hombre-mujer con su correspondiente mitología de "machismo" y "femineidad".

La relectura de la llamada psicopatología de la mujer, de la pareja, del adolescente y del grupo social exige un gran esfuerzo.

No es casual que el mayor volumen de consultas a los profesionales de la conducta humana se den en el momento en que un(a) niño(a) van a la escuela por vez primera, cuando llegan a la pubertad, cuando escogen pareja, cuando rompen con ella y/o siempre se producen cambios en la vida (jubilación, independencia de los hijos).

Podríamos aproximarnos, mirándolas como situaciones emergentes, aparentemente no estructuradas coherentemente de acuerdo a lo prescrito socialmente, susceptibles de plantear un cambio de rumbo, de desestructurar formas aprendidas y, probablemente, de expresar más abiertamente las contradicciones familiares, conyugales, sociales. Mirarlas y aproximarnos a ellas, como la posibilidad de búsqueda de una nueva identidad.

Solamente en la medida en que nuestra acción como "terapeutas" conduzca a "desreprimir", a "descontraer" el deseo y a vivir la muerte de la institución a nivel individual de quien se nos acerca como "paciente", participaremos en el proceso libertario del grupo social, alejándonos de la función superegoica y de control-represión asignada a la institución psiquiátrica: este es para mí el gran reto que tenemos por delante los profesionales de la conducta en América Latina.

Finalmente, los principios que he anotado y que recupero del feminismo los considero aplicables no sólo a la terapia con mujeres, sino a la terapia con cualquier grupo de situación de opresión.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- BAKER-MILLER J. "Toward a New Psychology of Women", Beacon Press, 1977.
- BASAGLIA et al. "Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial". Recopilación a cargo de Ramón García, Barral Editores, 1975.
- BASAGLIA, F. y BASAGLIA F. "La mayoría marginada". Editorial Laia, 1977.
- BASAGLIA et al. "Los crímenes de la Paz", edición preparada por Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro, Siglo XXI Editores, 1977.
- CASTILLA, del P. C. "La Culpa", Alianza Editorial, 1973.
- CASTILLA, del P. C. "Patografías, Neurosis de Angustia, Impotencia Sexual", Siglo XXI Editores, 1973.
- COOPER, D. "The death of the family", Vintage Book Editions, 1971.
- FRIEDMAN STANFORD, S. "A woman's Guide to Therapy", Prentice Hall Inc, 1979.
- DELEUZE-GUATTARI. "El Antiedipo, Capitalismo y Esquizofrenia", Barral Editores, 1974.
- LAING et al. "La otra locura", recopilación de Laura Forti, Tusquits Editor, 1976.
- RIGNE HILL, B. "Madness and sexual Politics in the Feminist Novel", The University of Wisconsin Press, 1978.
- TUDOR, J. et al. "Mujer, Locura y Feminismo", edición a cargo de Carmen Saez, Ediciones Dedalo, 1979.
- BARRET, S. "Making Empowerment Useful", Mimeo de Karuna Counseling for Women an their Friends.
- MARCOS, S. "El Síndrome Femenino y el Psicoterapeuta", Reimpreso.
- FOUCAULT, M. "Historia de la Sexualidad" I. La voluntad de saber. Siglo XXI Editores, 1978.
- FOUCAULT, M. "Historia de la Locura en la Epoca Clásica". Tomos I y II. Breviarios Fondo de Cultura Económica, 1967.
- CANGUILHEM, G. "Lo Normal y lo Patológico", Siglo XXI Editores, 1978.
- MITCHELL, J. "A Woman's state", Vintage Books Editions, 1973.
- MITCHELL, J. "Psychoanalysis and Feminism", Penguin Books 1974.
- MILLER, H. "Las Brujas de Salem", obra de teatro.



Robert Schwebel, Ana Pitta Hoisel, Roberto Faustino, Edith Silva con Rocío Suárez y Salvador Hernández.

Ma. Eugenia Rojas ● Martha Elena Rivero (Colombia)

Es para nosotras importante dar a conocer la experiencia en el hospital psiquiátrico de Boyacá, al que acuden en mayor proporción mujeres generalmente pertenecientes al sector campesino, experiencia que ha sido fruto de escuchar a muchas mujeres, de oír a quien también las ha escuchado y de compartir con ellas algunas horas en el transcurrir de nuestro diario trabajo. Es entonces, a partir de un mutuo intercambio, que antes de diagnosticar, cosificar y psiquiatrizar los problemas cotidianos de la mujer, se analizan y discuten críticamente a través de encuentros individuales y grupales como son: las charlas de consulta externa donde, en conjunto, se intercambian opiniones acerca de los aspectos relacionados con la locura y la institución psiquiátrica como centro de reclusión y control, las reuniones comunitarias de libre asistencia en las que se discuten temas relacionados con la problemática de cada quien y con otros encuentros donde, por medio de dramas, filminas, leyendas, títeres, testimonios grabados, se trata la cotidianidad de la familia campesina boyacense.

Partiendo de esta práctica extrahospitalaria, mediatizada por continuas reuniones de estudio en el equipo, podemos señalar que, si bien es cierto que las causas de la locura son primordialmente de orden socioeconómico y cultural y compartidas igualmente por ambos sexos, son las mujeres las más golpeadas ya que sobre éstas recaen con más fuerza el mito de la sexualidad, el absorbente instinto posesivo de la familia y el escaso acceso a la educación, convirtiéndolas en el eslabón débil de la cadena en el que cualquier acto suyo que rompa la normalidad establecida se señala y condena, fruto esto de una sociedad como la nuestra, donde se educa a la mujer para desempeñar una posición "femenina", que las clases dominantes manejan para hacer de éstas un elemento de consumo y un gran sector pasivo de fácil manipulación y control.

Recordamos que la organización social en el altiplano cundi-boyacense gira en torno a la religión, siendo ésta el control y ordenador de su comportamiento en general y aun especialmente para la mujer constituye la válvula de escape a un complicado proceso ideológico en el que toman parte frustraciones, inhibiciones, complejos de inferioridad y sensaciones de impotencia, sumando a esto la penetración de sectas religiosas que crean más conflicto y confusión.

Las connotaciones morales son manejadas con recelo y evasión, llevando a que se presenten relaciones incestuosas y de prostitución que se soportan con resignación socialmente, pero creando a nivel individual sentimientos de culpa y angustia permanente. En cuanto al aspecto laboral, anotamos que la mujer es excluida de la educación por considerarse que su papel es el desempeño de las labores

domésticas, lo que hace que el único trabajo al que pueden aspirar sea el de servidoras domésticas.

Hemos podido apreciar la importancia de estos factores gracias a nuestro trabajo en el hospital, donde todos los tópicos relacionados con la locura son mirados a través de una óptica real, con el objetivo de despsiquiatrizar problemas generados en un medio opresor, marginador y alienante, ya que de lo contrario, pasarían desapercibidos continuando con la tradicional idea de considerar aisladamente al individuo, diagnosticándolo y tratándolo, utilizando técnicas encaminadas a la adaptación y normalización de éste, sin cuestionar y trabajar con la familia y el medio social en el que se desenvuelve, los problemas que sintomatiza, y es cuando acude a consulta psiquiátrica en busca de una solución que, para las mujeres, es una droga que calma los nervios.

Estos problemas van cobrando más fuerza, convirtiéndose en intolerables, encontrándonos entonces con mujeres que en sus crisis dan rienda suelta a sus deseos sexuales, desde la exhibición de sus desnudos cuerpos hasta la búsqueda ansiosa de una relación sexual. Es además el momento en que sus calladas voces se hacen sentir, gritando y llorando con agresividad y en forma de denuncia abierta. Su estadía en el hospital se vuelve tormentosa por tener que abandonar lo que para ellas es un deber: esposo, hijos, hogar, además de temer que al salir se las señale como locas y pese por el resto de su existencia el estigma de la locura.

Es importante resaltar cómo todas estas experiencias de otras mujeres tocaron a la vez nuestra propia condición, desatando contradicciones que no habían sido motivo de reflexión. Empezamos por tener encuentros vivenciales, encontrando así la razón social de actitudes que de pronto eran asumidas como naturales por el mismo bombardeo y reforzamiento de cierto tipo de comportamiento femenino del que se ha sido objeto desde el hogar y la escuela, pasando por facultades netamente femeninas como la de enfermería y la terapia ocupacional.

Emprendimos un proceso transformador en dos aspectos; el replanteamiento de nuestra profesión y el de nuestro papel de mujeres. Proseguimos nuestros encuentros con otras mujeres trabajadoras del hospital, con quienes era apremiante un trabajo de este tipo por su condición social y además por su mismo trabajo como auxiliares de enfermería y terapia ocupacional.

Siendo conscientes de que nuestra práctica debe ir más allá de la institución, se empezaron a desarrollar encuentros más específicos con mujeres, madres de los niños que asistían a las guarderías y trabajadoras de otros hospitales. Señalaremos algunas propuestas prácticas que de esta exposición se desprenden:

1) Empezar con las mujeres campesinas encuentros de mutuo intercambio, de discusión y análisis sobre diferentes tópicos de la vida cotidiana, que permitan brindar herramientas con las que puedan emprender autónomamente y de manera solidaria alternativas de cambio.

2) Partiendo de una previa toma de conciencia de su realidad, desenmascarar instituciones sociales de alienación como la religión, la familia, la escuela y otros valores convencionales, fuentes castradoras de adormecimiento y estancamiento que afectan principalmente a la mujer.

3) Denunciar como una de las formas de opresión más violentas que soporta la mujer la psiquiatrización y encasillamiento como anómalas por comportamientos que obedecen a contradicciones de su rol social o a cualquier alejamiento del patrón dominante de mujer y que deben convertirse, por tanto, en lucha política.

4) Hacer un llamado a todas las mujeres, especialmente a las trabajadoras en salud, para que, considerando lo anterior, denuncien y desenmascaren dicha situación.

TRABAJO DOMESTICO: ENAJENACION, EXPLOTACION Y LUCHA

Emilia Pérez Hernández

Cuernavaca por su clima es muy buscado como zona residencial, es una ciudad en la que muchas personas tienen sus residencias para descansar y una parte considerable de la población estable se mantiene de prestar servicios domésticos: son cuidadores de quintas, mozos, jardineros, cocineras, en fin, sirvientas.

El número de estas personas son en su mayoría, mujeres jóvenes, campesinas de Guerrero y otros estados de la cercanía, muy lejos de sus familiares; vienen a esta ciudad a trabajar como sirvientas ganando una miseria, sin derecho a salario mínimo o seguro social, normalmente sin vacaciones pagadas o día libre con la única ventaja de tener techo y pan. Y además la mayoría tiene poca formación escolar, muchas son analfabetas y la mayoría son madres

solteras; a todas estas mujeres el futuro les brinda pocas oportunidades, lo más seguro es que tendrán que pasar toda su vida como sirvientas, ya que su salario no les permite ahorrar.

La magnitud del problema de las sirvientas y por el gran número de ellas, situación de marginación, hizo urgente la formación del Hogar de Servidores Domésticos. El proyecto nació del trabajo de promoción de la mujer que realiza el periódico "María Liberación del Pueblo".

En el equipo del periódico se encontraba una compañera que siendo trabajadora doméstica descubrió su realidad de explotación y sintió la inquietud, y así empezamos a platicar y buscar la forma de organizar y hacer algo por la mujer trabajadora doméstica. Fue así como otras tres mujeres nos unimos a ella. Nos dimos a la tarea de visitar a más compañeras conocidas para contactar a más mujeres que se dedicaran al trabajo doméstico; no fue nada fácil, pero platicábamos con ellas cuando salían a la tienda o a tirar la basura, o bien en el camión. Todo esto con el fin de hacernos sus amigas y ganar su confianza, fue así como nos reunimos por primera vez. Nuestro Primer Encuentro fue el día 22 de diciembre de 1977, en esta convivencia asistieron 15 mujeres de las cuales 9 eran sirvientas, después de platicar sobre cuáles eran sus problemas, nos citamos para el siguiente mes, y poco a poco fuimos viendo cuáles eran las necesidades más urgentes.

Y fue así como vimos la necesidad de formar el Hogar de la Trabajadora Doméstica; nos dimos primero a la tarea de buscar una casa, cuando la encontramos pensamos que lo más urgente era la guardería para que las mujeres pudieran salir a trabajar y dejar a sus hijos, con la seguridad que ahí los cuidarían y les darían de comer, ya que cuando los dejan solos, aparte de que están expuestos a los peligros, tampoco comen, porque lo hacen cuando la mamá regresa del trabajo.

En la actualidad la casa hogar tiene los siguientes servicios:

1. Guardería infantil donde dejar a sus pequeños hijos.
2. Hospedaje temporal para sus días libres o durante su trabajo.
3. Bolsa de trabajo con el respaldo de la Asociación y pidiendo para ella trato justo, mejor salario y 8 horas de trabajo.
4. Talleres de capacitación general y adiestramiento para el mejor desempeño del trabajo mismo.

A fin de darnos a conocer a la población doméstica y ganar su confianza y saber que actuamos dentro de la ley, nos hemos constituido en una asociación civil que se llama "Hogar de Servidores Domésticos, A. C.", nuestra constitución se llevó a cabo el día 24 de enero de 1979. Y en la actualidad se ha logrado que tengan mejor salario las mujeres y que no se les llame sirvienta o gata, sino que tomen en cuenta las patronas que ellas desempeñan un trabajo, por lo tanto ahora les llaman trabajadoras domésticas, también ya se logró que trabajen 8 horas y que se les dé un día a la semana de descanso y que muchas ya no trabajen de planta.

TRABAJANDO DENTRO DEL SISTEMA

Wade Hudson (EE.UU.) *

Los encargados de la salud mental, trátense de psiquiatras o terapeutas, tienen, en principio, la intención de ayudar a aquellos que necesitan comprensión, apoyo y, quizás, asesoramiento. Esta actitud, válida y humana aunque paternal, encuentra escollos con demasiada frecuencia. De pronto, nos damos cuenta de que lo que pudiera hacerse a favor de un paciente se opone a un poderoso "sistema" que genera precisamente los problemas que se tratan de solucionar, un "sistema" que engendra "enfermos mentales" de la misma manera que las prisiones engendran la delincuencia y el crimen.

Hay hechos que no pueden ser ignorados: el estigma y la discriminación que pesan sobre el que ha sido catalogado como "enfermo mental", la debilidad provocada por los fármacos que se administran, la falta de apoyo en la sociedad, el poco deseo de buscar ayuda profesional, la controversia constante a propósito de la efectividad de la psicoterapia, la actitud negativa con respecto a los derechos del paciente, etcétera, etcétera. Estudios recientes no sólo demuestran la negligencia con la que se suministran los fármacos; indican que un verdadero apoyo humano resulta mucho más efectivo que cualquier droga o cualquier institución ortodoxa.

Esto plantea un dilema para aquellos que, trabajando en el campo de la salud mental, hemos tomado conciencia de nuestra responsabilidad con el paciente: o seguimos la corriente, garantizamos el empleo, o corremos el riesgo de aportar los propios esfuerzos a grupos ajenos al sistema, cooperando así en la lucha por

* Expaciente psiquiátrico, militante de los derechos humanos de los psiquiatrizados.

Cayetano Llovet
José Ma. Calderón.

un cambio de las estructuras sociales a las que el campo de la salud mental está ligado.

Tomar una decisión tan importante es asunto personal y difícil, pues existen muchas contradicciones y complejidades en la función que desempeña el trabajador de la salud mental, a causa de un sistema que siempre lo limita.

La implantación de un sistema democrático que incluya a terapeutas y pacientes es una idea que se recomienda con entusiasmo.

Una de las razones por las que existen factores tales como debilidad, dependencia y/o reincidencia entre los pacientes, es el hecho de que se les trata como a infantes privados del más elemental derecho de autodeterminación. Si se les estimulara a participar, los terapeutas, en lugar de amos, se transformarían en empleados de aquellos a quienes se supone deben asistir. En algunos programas de tratamiento a largo plazo, por ejemplo, asistencia por día o en casas-hogar, los pacientes deberían tener ingerencia en la contratación o despido de personal o, cuando menos, tener derecho a vetar algunas proposiciones. En las instituciones particulares, los puestos directivos deberían estar ocupados en un 50% por pacientes o ex-pacientes elegidos, a su vez, por pacientes y ex-pacientes en asambleas que se celebraran regularmente. En las instituciones oficiales debía delegarse también alguna responsabilidad a una mesa directiva constituida de la manera arriba mencionada. Es necesario compartir las responsabilidades.

Cierto es que un sistema democrático no va a implantarse en las instituciones de salud mental de la noche a la mañana, pero puede hablarse del asunto, sobre todo cuando se piensa en nuevos programas, señalando las injusticias y daños que propicia el autoritarismo actual. A este respecto conviene conocer la Asociación de Pacientes de Vancouver o leer "En lo nuestro: Control de Alternativas por los Pacientes para los Programas de Salud Mental", de Judi Chamberlain.

Los terapeutas pueden organizarse, no sólo para lograr una mayor participación de parte de los pacientes, sino también para ayudarse mutuamente, capacitándose a fin de lograr un desempeño óptimo en su tarea. La comunicación con los que trabajan en otros programas y la expresión abierta de frustraciones y resentimientos con relación al trabajo o al sistema pueden ser útiles. Debe, además, fomentarse el conocimiento de los derechos de los pacientes y el interés en la antipsiquiatría y en la formación de grupos de liberación entre pacientes; dolerse del sufrimiento de un individuo y soslayar las deficiencias sociales que lo provocan.

El conocimiento que se adquiere en este trabajo puede llevar a realizaciones políticas importantes. Es necesario conocer las leyes a fin de poder emplearlas y actuar conscientemente.

Se recomienda referirse a los pacientes y al personal como un todo, cambiando así la imagen estereotipada (y por desgracia tan real) del personal de los hospitales psiquiátricos.

El factor económico juega un papel importante cuando se trata de exponer la realidad a los que han sido calificados de "enfermos mentales". Cuando se es indiferente a la pobreza, no sólo no hay comprensión hacia la gente que vive en tales niveles económicos, sino hasta hay la tendencia a culparlos de su propia situación como "irresponsables y holgazanes".

Para los pacientes de escasos recursos económicos, los problemas que se plantean son más graves y se agudizan todavía más cuando son dados de alta, ya que van a encontrarse con un medio más hostil y discriminatorio, negándoseles oportunidades de trabajo, convirtiéndose así en "enfermos crónicos" de clínicas psiquiátricas.

Los trabajadores de la salud mental podrían recibir asesoramiento legal con respecto a los derechos humanos y, en especial, respecto a los derechos de los pacientes a los que se les niega, entre otras muchas cosas, información. Muy pocas veces se les dice qué tipo de ideas o de comportamiento pueden arrastrarlos a un tratamiento psiquiátrico contra su voluntad o por qué, si en alguna ocasión hablan de suicidio, pueden llegar a aislarlos y hasta administrarles drogas peligrosas. Estos pacientes deberían saber que la efectividad de ciertos fármacos sigue en entredicho y que existe desacuerdo entre los psiquiatras con respecto a otros tratamientos.

Se dice con insistencia que, gracias a los psicotrópicos, más pacientes son dados de alta en los hospitales del Estado. Esto no pasa de ser un mito. El estudio de Anthony Scull, "¿Un arreglo tecnológico? El tratamiento con psicofármacos y la comunidad" *, revisión de John Cunderson, profesor adjunto de psiquiatría de la Escuela de Medicina de Harvard, delatan el enfoque publicitario a favor del uso de drogas en los tratamientos psiquiátricos.

A menudo se minimiza la importancia de sujetarse a las leyes. Habría que plantear los límites legales y discutirlos para aclarar cuanto antes el derecho que cada quien tiene de rehusar cualquier forma de tratamiento psiquiátrico.

Es tarea también importante desenterrar la idea creada por los médicos sobre las "enfermedades mentales" y alentar actividades políticas al respecto. Decirle a alguien que su problema es una "enfermedad mental" es decirle que se trata de un problema personal que requiere una solución individual, bioquímica o psicológica, que debe ser tratado por un profesional. Este enfoque refuerza el aislamiento y la fragmentación que las sociedades actuales prohíben. La convicción de ser individualmente culpable de los problemas que le agobian impide que la persona pueda identificarse con otros que comparten los mismos problemas; la angustia y el enojo que siente hacia el exterior las vuelca sobre sí misma.

La capacidad de ayudarse mutuamente y de afrontar juntos problemas comunes ha venido minándose. Para apoyar la plena

* "Drogas y el Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia".

liberación de las víctimas de la psiquiatría hace, pues, falta adoptar un punto de vista totalmente nuevo y diferente. Los abusos que hoy se cometen no podrán ser eliminados mientras siga vigente el esquema que ha implantado la medicina: manipulación, segregación, clasificación, minusvalía, todo esto a cargo de una burocracia deshumanizada.

Contrariamente a este esquema, se ofrecen otras opciones, valores y experiencias. Las sensaciones que se experimentan cuando actuamos en grupo nos permiten compartir una energía que emana de la comunidad, y la comunidad debe estar abierta a todos y no reducida al círculo de amigos de costumbre o a los miembros de la familia o a la pareja y nada más.

La experiencia de participar en una lucha por causas justas puede resultar liberadora y satisfactoria. La realidad del contacto humano puede ayudarnos a superar desesperaciones y frustraciones que se nos presentan en momentos críticos. Necesitamos organizarnos, educarnos, agitar para exigir cambios políticos que garanticen justicia para los que sufren. Así, los que trabajamos en el campo de la salud mental, no debemos pasar por alto las manifestaciones de rebeldía que entre los pacientes o entre nosotros broten; antes, debemos alentarlas, definir las causas del descontento y cambiar lo que deba cambiarse.

Se puede buscar apoyo de otras organizaciones que estén interesadas en mejorar las condiciones de trabajo, abriendo nuevos campos de acción siempre que sea posible. Cuando lo que se quiere lograr es justicia, no se puede ser apolítico.

En los programas de salud mental debería reflejarse, al menos un poco, el ambiente social; debe expresarse el deseo de cooperar y de luchar; conversar con los pacientes sobre cosas que suceden realmente, facilitarles información y comentarla con ellos.

El plan básico de la psiquiatría ha sido la despolitización del individuo en aras de la adaptación. El nuestro, por el contrario, es el de politizar a la gente para que pueda desarrollar sus capacidades y, así, lograr una sociedad más humanizada. Son estos nuestros principios y nuestros fines.

CRITICAS AL SISTEMA DE SALUD MENTAL: LA NECESIDAD DE LOS EX-PACIENTES DE ORGANIZARSE

Fred Masten (EE. UU.) *

Al final de los años 50, uno de cada trescientos norteamericanos era internado involuntariamente en alguna institución de salud mental. En aquella época había más pacientes en hospitales mentales que criminales en cárceles. Yo era uno de esos "pacientes mentales".

Durante mi hospitalización, recibí terapia de shocks insulínicos y eléctricos. Fui también forzado a tomar drogas antipsicóticas. Como resultado de los tratamientos insulínicos y eléctricos, sufrí ahora de amnesia retrógrada. Soy incapaz de recordar los eventos ocurridos durante el período que abarca el año anterior a mi internamiento. En la actualidad, sufrí todavía efectos secundarios del Thorazine.

Los "tratamientos" que recibí fueron brutales y antiéticos a lo que necesitaba: comida nutritiva, calor humano y espacio para crecer y desarrollarme. En cambio, los efectos secundarios fueron anodinos en mi expediente clínico e, irónicamente, se utilizaron como justificación para mi internamiento.

Cientos de miles de personas han experimentado tratamientos similares y aún peores. La desinstitutionalización prometía un tratamiento más humano; sin embargo, el etiquetamiento psiquiátrico y el recetar al por mayor drogas psicotrópicas y tratamientos coercitivos continúan detrás de las paredes de los centros de salud mental de la comunidad.

Muchos internos psiquiátricos no desean que sus vidas sean controladas a través de internamientos psiquiátricos o medicamentos que pueden servir como prisión sin paredes. Con el fin de denunciar y combatir estos "tratamientos" abusivos, expacientes activistas de todo Estados Unidos se han organizado en favor de nosotros mismos bajo la bandera de "Movimiento de liberación de pacientes mentales". A nivel local, expacientes activistas se han organizado para ayudar a pasados, presentes y posibles pacientes mentales en el futuro.

El proyecto **Liberación** de la ciudad de Nueva York es una de tales organizaciones. Se inició hace seis años en un departamento compartido por expacientes, que intentaron desarrollar una atmósfera de apoyo que realizara los distintos talentos de cada uno. Con apoyo gubernamental, en 1976, se organizó una oficina; gran parte del proyecto se enfocó en hoteles baratos con cuartos sencillos en el lado oeste de la ciudad, los que se convirtieron en hogar de muchos expacientes. Lamentablemente, las condiciones de vida en estos hoteles son deplorables, además de que los residentes son

* Representante oficial de las asociaciones de expacientes psiquiátricos de EE.UU. en el Encuentro.

Beatriz Herrera y Paulina Salgado (México)

¿Qué es la Red de Apoyo en Crisis? Nos referiremos a la formación, el año pasado en Cuernavaca, del grupo Procesos de Acción Comunitaria. Uno de los proyectos de este grupo era llevar a la práctica una alternativa totalmente diferente a la de las instituciones psiquiátricas de México. Es decir que en el momento en que una persona iba a ser internada en un hospital, asumíamos su caso con todas sus implicaciones.

Desde nuestro inicio hasta hoy hemos sido un grupo independiente que ha trabajado la mayoría de las veces autofinanciado por sus propios miembros. Nuestras reuniones de trabajo nos llevaron a sentar las bases organizativas y fue así como se estableció un horario en el que cada uno de nosotros colaboraba (dentro de sus posibilidades) con la persona que en ese momento estaba con nosotros.

Tuvimos la oportunidad de participar en algunos casos y de comprobar que en este trabajo no se requiere sólo de profesionales de la salud, ya que encontramos en cada compañero la comprensión necesaria para llevar adelante nuestro compromiso.

Contamos también con la coordinación de la terapia individual por parte de una compañera que ha trabajado durante varios años con la Red Internacional de Alternativas a la Psiquiatría y que aportó lo indispensable para posibilitar este trabajo. Nos dimos cuenta que no era necesario consultar ninguna bibliografía para atender a la persona, y así entramos a la desmitificación de la idea de que la recuperación de la salud mental es sólo obra de quienes tienen un título. Creemos que más que problema de salud mental, es un problema originado por la degeneración de lo que la sociedad llama "salud mental" y para esto tendremos que analizarlo en un sentido más profundo desde el punto de vista social, económico y político.

Los integrantes de Procesos de Acción Comunitaria son militantes políticos, psicológicos, campesinos, y trabajadores que han asumido el compromiso de dar alternativas diferentes a los reclusorios psiquiátricos. Tenemos también que decir, que estamos en contra de la terminología que clasifica y etiqueta a los que llama "enfermos" y creemos necesario el respeto a quien necesita de nuestra ayuda.

Como ejemplo relataremos la experiencia de un compañero que estuvo próximo al suicidio. El caso es bastante impresionante, como todos los que hemos tratado y por ello creemos conveniente no mencionar los nombres de las personas que recurrieron a nosotros. Dos compañeras entraron en la vida de ese muchacho... y lo alojaron en sus propias vidas: trabajo, diversión, mitines, etcétera; no un lugar segregado para vivir la locura sino en el tejido social de la ciudad y de sus propias familias.

con frecuencia víctimas de asaltos y robos. Entre las actividades del proyecto se incluye un programa de radio, la publicación de un folleto sobre los efectos colaterales de los medicamentos y, en 1979, se llevó a cabo un foro público titulado "Política de la locura". Se han entablado también juicios en contra de los procedimientos de hospitalización involuntaria en Nueva York.

A pesar de que estos movimientos de liberación han proliferado, siguen estando constituidos por una minoría del total de los expacientes psiquiátricos. Una de las razones de esto es la indiferencia pública. Cuando expacientes intentan presentar públicamente sus argumentos, con frecuencia reciben comentarios como: "Olvidalo. ¿Para qué molestarse?" Esta actitud refleja la mentalidad del público en general, mentalidad que invalida como seres humanos a aquellos que han sido etiquetados como "enfermos mentales".

Al igual que los negros, las mujeres, los homosexuales, los ancianos, los incapacitados y otros grupos minoritarios han luchado por sus derechos, nosotros, como pacientes o expacientes psiquiátricos, debemos organizarnos para hacer valer los nuestros. A través de nuestros esfuerzos y sensibilidad, debemos superar la actitud de indiferencia mostrada hacia nuestros movimientos de liberación durante los 70s. Los 80s, deberán ser la década de madurez social que permita ejercer nuestros derechos como seres humanos y no como pacientes mentales.

Fred Masten, Leslie Pascoe, Leonard Roy.



Otras personas que recurrieron a nosotros fueron personas que los especialistas etiquetarían como "maniaco-depresivos" y aquí recordamos al compañero que manejaba su automóvil tres mil kilómetros de ida y tres mil kilómetros de vuelta sin parar. Vivía aquí en nuestra Red, con la familia extendida de un compañero albañil que toleraba pacientemente el que tuviera la luz y el estéreo toda la noche prendidos. Su crisis era transitoria y su reinserción en el trabajo duro de albañilería —no en una ergoterapia hospitalaria futil y estúpida como recortar florecitas de papel— fungieron como elementos neutralizadores de su energía desbordada.

En Barranca Honda, comunidad campesina del Estado de Morelos trabajamos con una mujer producto del hambre consuetudinaria: "daño orgánico progresivo". La comunidad absorbía un poco esa locura. Los vecinos daban de comer a sus hijos y se repartían la tarea de sobrellevar su conducta atípica. Sólo la promesa de un hospital psiquiátrico cercano había roto ese equilibrio. Analizamos con los campesinos las causas de esa "enfermedad mental", estudiamos las características laborales y de ingresos del poblado, su estratificación de clases intra comunidad, los efectos de la desnutrición crónica, etcétera. Propusimos alternativas a su internamiento y marginación y se encontraron otras soluciones no segregacionistas: absorción de esa "locura" en su comunidad.

Visitábamos con frecuencia el poblado, la familia, los vecinos y una de nuestras compañeras de PAC era una campesina del lugar.

En otras ocasiones fuimos en grupo a sacar del Hospital Bernardino Alvarez a un arquitecto de Pemex. Su diagnóstico "esquizofrénico-paranoide", "delirios de persecución", nos dijeron, "de daño, de suicidio". Masivamente dosificado con Melleril y Haldol. "Peligroso" si lo sabíamos, "... y no me vayan a venir conque nos lo devuelven peor de como está ahora", internado en el piso que Pemex tiene para los empleados que hace enloquecer. . .

El compañero nos confía "... amenazas de muerte a su familia si denuncia su negativa a participar en un grueso negocio de manejo de fondos para proyectos nunca construidos". El delirio del "paranoico" —aunque simbólicamente exagerado— se fundamentaba en amenazas reales. . . pero, ¿quién le cree a un loco? . . . Nosotros les creíamos, empleando, en ocasiones, una interpretación simbólica que siempre se comprobó.

Hemos escogido sólo unas cuantas experiencias. Lo importante es saber que ahora, abril 1983, después de 2 ó 3 años, estas personas continúan insertas en sus comunidades con sólo los problemas que nos aquejan a todos los "normales" y que en su trayectoria personal existe ahora, también, la dimensión macrosocial que les permite comprobar que su "enfermedad" es producida en gran medida por sus condiciones laborales, por la enajenación cotidiana, por la explotación injusta de su mano de obra y de los recursos que nos pertenecen a todos, por la desnutrición crónica, y no sólo —como pretenden los profesionales psi tradicionales— por problemas intrasubjetivos e individuales.

Rehusamos encerrar dentro del marco de la terminología psiquiátrica o psicológica los problemas de enajenación y de marginación alimentados por el sistema sociopolítico.

Estimamos que las luchas para la salud mental deben insertarse en el conjunto de las luchas de los trabajadores en defensa de su salud y en coordinación con todas aquellas luchas de fuerzas sociales y políticas para la transformación de la sociedad.

No se trata, por lo tanto, de obtener tolerancia para la locura, sino de hacer entender que la locura es la expresión de contradicciones sociales que debemos enfrentar como tales.

Rehusamos seguir siendo agentes pasivos de un sistema de represión de los marginados que está disfrazado de atención médica y readaptación.

Queremos proveer de alternativas a todas aquellas personas que recurren a los servicios de psicología clínica, psicoanálisis y/o psicoterapia y que frecuentemente son "ayudadas" para aceptar pasivamente el papel social y político impuesto a las mujeres y a los hombres en nuestra sociedad patriarcal, capitalista y enajenada.

Realizamos una "Práctica de Red" que implica un análisis y una intervención que nacen del establecimiento de nexos entre lo económico, lo intrapsíquico, lo familiar, lo social y lo político. Nuestro método está en plena elaboración para rebasar los marcos de referencia reduccionistas.

Esta búsqueda de alternativas se concretizan en tres proyectos básicos: Red de Apoyo en Crisis (Alternativa a la Comunidad Terapéutica); Centro de Psicoterapia Feminista y Procesos de Revalorización de la Cultura Indomexicana (Medicina Tradicional).

- La Red de Apoyo en Crisis (Alternativa a la Comunidad Terapéutica) es un ensayo de revitalizar y utilizar los mecanismos mexicanos de toma en cargo comunitarios de una persona en crisis.

Los miembros de esta Red son ex-maltratados psiquiátricos, militantes políticos, campesinos, curanderos, profesionales y no profesionales de la salud mental. Ellos ofrecen hospedaje, compañía, apoyo, presencia y entrenamiento en oficios, trabajo remunerado, asesoría legal, a todo aquel que en la estructura asistencialista de la sociedad capitalista sería referido a un hospital psiquiátrico.

- El Centro de Psicoterapia Feminista propone una alternativa a la psicoterapia sexista.

Rechaza el uso de los métodos y técnicas psicológicos para imponer a las mujeres la aceptación de un papel desigual y desfavorable en las relaciones de pareja, familiares y sociales.

Este proyecto se lleva a cabo a través de la formación de grupos de autoayuda, la desestructuración de la relación terapeuta-paciente tradicional en una psicoterapia feminista individual, de grupo y de pareja.

- Revalorización de la cultura indomexicana (Medicina Tra-

dicional). El curanderismo ha sido considerado en nuestra sociedad como un fósil histórico y/o como una expresión de la "superstición" de nuestras clases populares.

Rechazamos esta categorización para proponer la medicina tradicional como alternativa a los métodos represivos, violentos y clasistas impuestos por la psiquiatría y el psicoanálisis.

El proyecto incluye el trabajo en equipo interdisciplinario con curanderos, yerberos y médicos espiritualistas.

Esta colaboración ofrece una solución a la situación injusta de marginación, desprestigio y discriminación en que se encuentran los mecanismos culturales de las mayorías populares en México.

Propone, también, al mexicano escindido —por contextos culturales disímiles— una solución sintética y dialéctica entre estos polos de su identidad cultural.

Ana Alicia Solís, Ma. Elena de Luca y un miembro del COCEI.



Patricia Wynne (EE.UU.)

La Red de Apoyo y Movilización nace como una alternativa a las crecientes injusticias de la administración Reagan.

Es hora de renovar la actividad política contra el sistema represivo. Las "técnicas de movilización", como las hemos llamado, implican un nuevo enfoque, orientado hacia la consecución de metas en las que el proceso cooperativo sea no un fin en sí mismo, sino un medio para capacitar a la organización y a la cohesión políticas.

Cuatro personas formamos parte del núcleo administrativo de la Red; los cuatro somos padres de familia y venimos de la clase trabajadora. Yo tengo maestría en Consejería de Salud Femenina y una licenciatura en música; trabajo enseñando canto principalmente a actores. La otra compañera tiene una licenciatura en Filosofía y Letras y realiza trabajos varios para complementar su beca. Uno de los compañeros es psiquiatra radical que lleva a cabo terapia corporal reichiana; en este momento está terminando Enfermería. El último de los cuatro posee una larga experiencia como trabajador de Salud Mental sin contar con una educación formal avanzada; en gran medida, es un autodidacta en varias áreas del conocimiento. Los cuatro contamos con entrenamiento y experiencia en Psiquiatría Radical.

En abril de 1979 creamos el Centro Cooperativo de la Comunidad, que funcionó como una alternativa concreta a la psiquiatría hasta septiembre de 1980, cuando nos incorporamos al Comité de Alternativas a la Psiquiatría de la Bahía de San Francisco (BACAP).

Hoy estamos tratando de formar una coalición de cooperativas, grupos informales de individuos con conocimientos en técnicas de Psiquiatría Radical, crítica-autocrítica, procesos cooperativos, mediación y técnicas de comunicación con perspectiva política de izquierda.

Puntos de unidad

La sociedad estadounidense está estructurada de manera que justifica la opresión, permite y anima las desigualdades e impide que la gente una fuerzas recíprocas para enfrentar al enemigo común. El racismo, el clasismo, el sexismo, la discriminación de edad, etcétera, son todas estrategias inculcadas que nos han impedido unirnos con el fin de analizar las raíces de nuestros problemas.

Las técnicas de movilización que ofrecemos a grupos activistas comprenden:

- a) Desmistificación de las igualdades de poder.
- b) Organización de prioridades.
- c) Trabajo colectivo eficiente.
- d) Apreciación de trabajo colectivo.

Algunos de los servicios que ofrecemos son consultas y talleres en:

- a) Técnicas de comunicación colectiva.
- b) Crítica-autocrítica.
- c) Análisis de clase.
- d) Dinámica de estructuras y organizaciones.
- e) Mediaciones para resolución de crisis.
- f) Facilidades para reuniones.
- g) Racismo.
- h) Sexismo.
- i) Formación de Bases de Unidad.
- j) Políticos corruptos y facciones dentro de su grupo.

Hemos desarrollado nuestras propias estructuras de reunión, membrecía, objetivos y metas a alcanzar.

La RMA es una alternativa para unificar terapia y política como una herramienta de ayuda concreta a activistas; es una alternativa para crear una coalición de proveedores de técnicas y un frente unido.

Es, asimismo, una alternativa para aprender a usar dichas técnicas en nuestros propios grupos y servir de modelo para equilibrar el poder y la toma de decisiones por consenso. Mediante el empleo de un proceso para dar y recibir resentimientos y paranoias, no descontamos nuestras necesidades emocionales en nuestras organizaciones políticas. Llevamos también a cabo crítica-autocrítica en forma tal que permite una evaluación de nuestros progresos.

Si usted está interesado en comenzar una red similar, déjenos saberlo a: Patricia Wynne, 680 South Van Ness, San Francisco, Ca. 94110, Estados Unidos.

Sobre lo personal y lo político

En San Francisco, muchos de los que estamos involucrados en Psiquiatría Radical, cuya teoría se debe a Claude Steiner y su grupo en Berkley, Ca., hemos usado esta herramienta para ayudar a desmistificar nuestra opresión, sea interna o externa, y fortalecernos a nosotros mismos, a fin de poder continuar luchando por cambios en la sociedad.

La Psiquiatría Radical también nos ha enseñado a establecer contratos cooperativos entre nosotros, a compartir el poder, a fortalecernos con palabras de aliento, a criticarnos mutuamente en forma positiva y a autocriticarnos, además de haber aprendido a expresar nuestro enojo en forma constructiva.

Al aprender a departir y a participar en un grupo de terapia radical, hemos aprendido a cooperar mutuamente en nuestras reuniones políticas.

Lo triste de la historia de los grupos activistas que carecen de estas técnicas es que a menudo, en el seno del grupo, el poder está desequilibrado y los sentimientos de los integrantes se hacen de lado. Se produce un microcosmo del sistema capitalista, paterna-

lista y jerárquico, y la disolución del grupo se vuelve inevitable.

¿Cómo separar lo personal de lo político en nuestra lucha revolucionaria? ¿Justifican los fines verdaderamente los medios? ¿Queremos realmente continuar usando las viejas formas, simplemente porque estamos muy ocupados o tememos tomarnos el tiempo necesario para aprender a analizarnos a nosotros mismos y a nuestros procesos?

Como mujer, como artista, como ser humano sensitivo que posee sentimientos y creatividad, así como intelecto, he de decir que no deseo la revolución, si otra vez he de ser oprimida por hombres o mujeres insensibles que desconocen mi creatividad y sentimientos. Quiero igualdad de poder y un proceso de cooperación colectiva para todos, así como las ganancias materiales que todos buscamos. Quiero que este mundo sea un lugar en el que haya para todos comida, ropa, abrigo, cuidados médicos, etcétera, y podamos desarrollar nuestros potenciales individuales y colectivos. Quiero una revolución humana en la que haya una relación entre lo personal y lo político, no sólo de palabra sino también de hecho.

(Nota: para mayor información sobre psiquiatría radical, ver a Robert Schwebel, incluido en este volumen).

X.—TECNICAS ALTERNATIVAS: SOLUCIONES EN TRANSITO

SITUACION DE LAS ALTERNATIVAS EN EUROPA

Robert Castel (Francia)

No es fácil dar un panorama de las experiencias alternativas en Europa. En primer lugar, porque se trata de una situación muy diversificada y móvil, tanto en relación a los países como a los momentos. En segundo lugar, es tanto más difícil hacer que se comprenda aquí esta situación europea cuanto que las dificultades que enfrentan en Europa las experiencias alternativas son, generalmente, opuestas a las dificultades que existen en América Latina.

Aquí, todos los testimonios de los compañeros brasileños, colombianos, guatemaltecos, mexicanos, etcétera, lo confirman: el principal problema es una situación psiquiátrica, por lo general muy arcaica y abiertamente represiva. En Europa y particularmente en Francia, la situación es bastante diferente y más compleja. Cuando se constituyó la **Red de Alternativas a la Psiquiatría** hace algunos años, fue alrededor de tres ideas centrales:

Una voluntad de lucha contra la violencia psiquiátrica, las instituciones represivas, las legislaciones especiales que excluyen a los enfermos mentales.

Un cuestionamiento de la organización burocrática de los servicios de atención que despojan a la población de la posibilidad de intervenir en los procesos de "hacerse cargo".

Una crítica al abuso de las técnicas y del profesionalismo que desplaza los problemas imponiendo soluciones técnicas y médicas a dificultades que frecuentemente son de otra índole y exigirían otras maneras de "hacerse cargo".

La idea que teníamos algunos, y que constituye la meta de la **Red**, era invitar a la gente que estaba involucrada en esas prácticas a reforzar sus lazos, a potencializar sus esfuerzos, a compartir sus experiencias, en lugar de permanecer —como sucede con frecuencia en el caso de las situaciones combativas— dispersas y, por lo

mismo, debilitadas. En pocas palabras, se partía de la idea de que, a pesar de la diversidad de dichas tentativas, tienen mucho en común entre sí y nosotros, aun los pertenecientes a diferentes países, tenemos más cosas en común entre nosotros mismos que con el sistema psiquiátrico en nuestro propio país. Esta posición me sigue pareciendo justa y aplicable también aquí en América Latina. Pero, ¿qué ha sucedido a este respecto en Europa?

Indudablemente, es en Italia donde esta situación ha avanzado más. Es en Italia donde las prácticas, que habían comenzado como alternativas marginales, han logrado transformaciones institucionales globales del sistema psiquiátrico. Los compañeros italianos aquí presentes podrán hablar más detalladamente de esto, y no quiero quitarles la palabra. Sin embargo, nos interesa reflexionar sobre las condiciones de estos logros, que, por otra parte, plantean otros problemas. En mi opinión, una condición esencial del éxito de las prácticas italianas ha sido el hecho de que han podido constituir alianzas con importantes fuerzas sociales y políticas **externas** al campo de la psiquiatría. Así, han conseguido salir de la particularidad de experiencias más o menos marginales.

En otras partes de Europa no se han encontrado estas alianzas de gran alcance, ya sea porque no se hayan buscado bien o porque la situación política no se prestaba; habría que discutir país por país, y no tenemos tiempo para hacerlo. Pero la consecuencia es el hecho de que, a excepción de Italia, estas prácticas alternativas han permanecido relativamente marginales; es decir, a pesar de que algunos grupos han trabajado y han tenido lugar experiencias interesantes (sobre todo al **margen** del sistema oficial), su actividad, la mayoría de las veces, ha permanecido dispersa y sus efectos han sido principalmente subterráneos.

No digo esto con la intención de menospreciar estas tentativas. Es una idea cara a Félix Guattari (y él seguramente les hablará de ello) la de que hay "revoluciones moleculares" que logran mover las cosas profundamente y pueden desembocar en cambios sociales. Estoy de acuerdo en que, en ese nivel, ocurren fenómenos importantes; pero debo añadir que, por lo menos en la psiquiatría, no han encontrado una inserción institucional legislativa y política muy amplia.

Por ejemplo, existe en el sudoeste de Francia toda una red de pequeñas comunidades que buscan nuevas maneras de hacerse cargo de las dificultades psiquiátricas. Esto es importante e incluso puede decirse que hay ahí una especie de laboratorio de prácticas nuevas. Pero, al mismo tiempo, esas experiencias sólo alcanzan a algunos cientos de personas y el sistema psiquiátrico francés sigue dominado por el hospital psiquiátrico (más de 100 000 hospitalizados) y por la organización burocrática de la "política de sector" en la comunidad. Con algunas variantes, esta afirmación podría ser válida, creo, para la mayoría de los países europeos.

Esto puede ayudarnos a comprender la principal dificultad que enfrentan las prácticas alternativas en Europa y particularmente en

Francia. Se ha llevado a cabo un movimiento de modernización técnica e institucional después de la segunda guerra mundial, que ha transformado ampliamente el mismo sistema oficial. Así, las prácticas alternativas no sólo tienen que enfrentarse a sectores abiertamente represivos, sino sobre todo a sectores que han efectuado su modernización bajo el control de los profesionales y de las administraciones burocráticas. Sería necesario tener el tiempo suficiente para hablar del papel desempeñado por el psicoanálisis, por ejemplo, que en Francia ha movilizó a la mayoría de las aspiraciones progresistas al cambio. Existe, así, una fascinación por las técnicas científicas que otorgan el monopolio sobre los problemas de la salud mental a los profesionales.

Esto explica que los resultados menos discutibles del movimiento alternativo hayan sido obtenidos contra las formas más tradicionales y represivas del sistema oficial. Por ejemplo, se han llevado a cabo acciones en Francia contra la arbitrariedad de ciertos internamientos psiquiátricos apoyados en la ley de 1838. Se han realizado campañas contra el secreto psiquiátrico, el poder casi absoluto que permitía a los profesionales decidir el destino de un enfermo. Estas iniciativas han logrado algunos efectos. Actualmente, un psiquiatra lo pensará dos veces antes de internar a alguien. Mas generalmente, podría decirse que las prácticas y los debates críticos que han tenido lugar desde hace unos doce años han impedido el avance de esta especie de **racismo anti-loco** que aún se encuentra tan extendido. La popularización de las cuestiones psiquiátricas ha contribuido a hacer de ellas no sólo un asunto médico sino social.

Esto es digno de tomarse en cuenta. Pero aún queda mucho trabajo por hacer, sobre todo contra las nuevas formas más técnicas, más refinadas, de intervención médico-psicológica que se desarrollan actualmente en las sociedades europeas. Esquemáticamente, podría decirse que las prácticas y las reflexiones alternativas han tenido en Europa su máxima eficacia contra las intervenciones psiquiátricas que expresaban la voluntad directa del aparato de Estado. En cambio, han estado más indefensas ante intervenciones más sutiles, más mediatizadas, que corresponden sin duda a las nuevas formas de injerencia de los estados industriales avanzados.

Antonio Slavich (Italia) *

Nosotros tenemos que hablar de política y de terapia. Tengo la certeza de que todos aquí somos terapeutas revolucionarios y, si bien se ha hablado bastante de revolución, me parece que podemos hacer un breve discurso sobre la técnica.

Debo decir que no estoy de acuerdo en que el terapeuta sea funcionario de una política de opresión; sin embargo, es necesario preguntarse quiénes son los terapeutas, quiénes son los sujetos sociales capaces de estar en la posibilidad de ayudar a otra u otras personas. Es esta la misma pregunta que nos formulamos en el trabajo político, cuando queremos saber quiénes son los sujetos y/o las clases sociales que serán capaces y tienen las posibilidades de llevar adelante un proceso de transformación social, de elevar el nivel de vida, de conquistar la libertad de todos, lejos de alimentar la riqueza y el predominio de la oligarquía.

Primeramente, como técnicos, antes de proponernos utopías revolucionarias, debemos mirar con claridad y lucidez la relación que existe entre la política y la terapia en el mundo como es actualmente. Encontraremos que se trata de una relación unívoca y en el peor de los sentidos. Cuanto más se declara neutral una intervención técnica, tanto más se revela la dependencia a un mandato político. Tenemos que ser conscientes de que llevamos sobre la espalda este mandato social y depende de nosotros aceptarlo o no.

El Estado debe dar al técnico algunas funciones, como: el control de su normalidad (y cada estado tiene de ella su propia concepción), la opresión y la exclusión institucional de los individuos, la reaseguración de las capas sociales privilegiadas de la población a través de intervenciones terapéuticas y, algunas veces, una delegación para intervenciones psíquicas específicas de represión como la tortura.

Esto, sabemos, es un fenómeno mundial y no existen islas privilegiadas al respecto, y probablemente estos fenómenos son más evidentes en el campo que en la ciudad, lo que da concesiones a los técnicos. En un primer lugar, se les concede una asimetría en la relación de poder con el que tienen que "curar"; se asegura un mercado obligado, fundado en la condición de "salud" y se circunscriben los lugares en los que tienen que llevar a cabo la terapia (instituciones, consultorios, etcétera). En cuarto, se asegura una validez científica a los instrumentos de intervención, por más arbitrarios que sean; esto asegura la existencia del manicomio y de los consultorios privados, da existencia a los hospicios para marginados y a las academias universitarias, en un círculo de validez concensual. De esta manera, por lo tanto, a la pregunta: ¿Quién puede

* Director del Hospital Psiquiátrico de Génova y miembro de Psicología Democrática.

ayudar a otra persona? nosotros, como técnicos revolucionarios, sólo podemos responder que únicamente puede hacerlo quien rompe y rechaza estas delegaciones.

En Italia todo comenzó probablemente cuando Basaglia y compañeros, traicionaron la función social delegada por parte del poder, que tenían que cumplir dentro del manicomio, en el que se ha centrado la lucha debido ciertamente, como decía Rotelli esta mañana, al enorme poder que tenía su existencia sobre la conciencia de la gente.

El manicomio viene a ser el basurero al que van a dar todos los fallos que las otras técnicas terapéuticas producen; su abolición es por lo tanto necesaria para que fuera de él los profesionales y técnicos puedan ver sus propias fallas.

En un plano más conceptual, es necesario fundamentar nuestra militancia técnica sobre la renuncia de una certeza terapéutica. La certeza de poder conocer las necesidades ajenas con esquemas conceptuales de referencia que se autovalidan mantiene la relación asimétrica entre el que cura y el que es curado, en lugares circunscritos, no importa que sean reformados. Esto no significa una renuncia al conocimiento ni a la teoría, sino todo lo contrario. Es una toma de conciencia de que el conocimiento, cuando se convierte en sistema técnico que se autoconfirma, entra dentro del sistema de poder al que venimos refiriéndonos.

En este sentido, a la pregunta de si es posible jugar un rol terapéutico, nuestra respuesta es que no queremos que exista una técnica terapéutica, sino sólo la posibilidad de usar aquello que se sabe y puede en favor del hombre y no en contra de él. De esta manera, para aplicar nuestro conocimiento en nuestra actividad profesional es necesaria la ruptura de los cuatro puntos ya mencionados: 1) Reconocer la asimetría de la relación con el otro, aceptando la incertidumbre, la angustia y los problemas que esto crea; 2) Rechazar el mercado y trabajar como técnicos públicos, como técnicos estatales pero no del Estado, probablemente en una situación de pobreza; 3) Rechazar la circunscripción de la intervención a un lugar (los sitios en los que estamos y operamos se difunden de acuerdo con la gente y no necesariamente desarrollamos un rol profesional técnico); y 4) Tratar de valorizar los instrumentos de intervención que sean afines a la gente del pueblo, usando un lenguaje accesible que esté ligado a sus tradiciones. En este sentido, por ejemplo, es difícilmente entendible que tenga que exportarse de Estados Unidos la terapia familiar de Palo Alto y no se dé el justo lugar a la medicina tradicional, a la medicina del curandero, que sostiene la esperanza y la identidad de la persona, cosa que no hacen las técnicas biológicas importadas del extranjero.

Conociendo la realidad sudamericana, es mucho más importante que un psiquiatra sepa hacer bien de médico y no de refinado psiquiatra para ayudar a un campesino enfermo o a un compañero herido. Creo que esta renuncia al privilegio como técnicos abre el espacio a la participación activa y a la autoconcienciación del indi-

viduo como parte de un grupo, v.gr.: de mujeres, de marginados, de lucha, etcétera.

En esta dimensión, como técnicos, tal vez nos sea posible ayudar en la toma y desarrollo de una conciencia política que conduzca a la toma de posiciones con la posibilidad de cambios a través de una práctica específica, sin disociar de ella el discurso revolucionario. Esto es necesario inclusive en Italia, que no es una isla feliz. Nosotros no representamos la psiquiatría italiana y mucho menos el Estado italiano. Los compañeros cubanos hablaban a Basaglia de un "antes" y un "después" de la revolución, haciendo siempre la comparación. Basaglia les aclaró bien que en Italia estaban (y estamos) aún antes de la revolución, lo mismo que Francia.

Es necesario también para aquellos países en los que la revolución se realizó hace ya tantos años que el pueblo ha perdido el derecho de recordarla, y lo es también en aquéllos en los que la revolución se está preparando, incluso a través del ejemplo concreto de esta profesionalidad militante que se lleva a cabo en el seno del pueblo y políticamente consciente.

Profundamente receptivos.



LA PRACTICA DE LA PSICOTERAPIA RADICAL

Robert Schwebel (EE. UU.)

Mientras que, por un lado, no queremos que de ninguna manera se nos asocie con el establishment psiquiátrico, por el otro, tenemos que responder a la angustia psicológica de nuestro tiempo. No podemos cruzarnos de brazos y decir: "Lo siento, no podemos hacer nada. La terapia es opresiva. Regrese cuando la sociedad haya cambiado".

Introducción

A finales de los 60s y principios de los 70s, el movimiento de Terapia Radical se convirtió en una fuerza tangible en los Estados Unidos. Gran parte del esfuerzo de este movimiento se dirigió a denunciar la forma como el campo de la Salud Mental defiende el **status quo**, a expensas del bienestar individual.

La manera como el **status quo** se defiende, es negando la existencia de los problemas sociales; v. gr.: la desintegración de la familia y de la comunidad en los Estados Unidos. Millones de personas están aisladas, solas, decepcionadas. El punto de vista psiquiátrico ignora la fragmentación de las relaciones sociales y diagnostica al individuo infeliz como "depresivo", que sufre un desajuste de su estado de ánimo. Este tipo de etiquetamiento promueve la autoculpabilidad y disminuye la autoestima, mientras que se deja de lado la problemática social.

Los problemas sociales también se mistifican cuando la gente con opiniones impopulares o con disentimiento político se identifica como patológica. Por ejemplo: cuando cientos de miles de personas en los Estados Unidos estaban manifestándose contra la guerra de Vietnam, Bruno Bettelheim, un conocido psicoanalista, dijo que los líderes estudiantiles estaban "emocionalmente fijados a la edad de los berrinches" (1).

El movimiento de Terapia Radical también reconoce que el **status quo** es defendido por practicantes de Salud Mental que dirigen sus intervenciones hacia la adaptación en lugar del cambio. Esto es, se alienta a los clientes a modificarse a sí mismos, a ajustarse a las condiciones sociales prevaecientes, en lugar de analizarlas y posiblemente cambiarlas. Con esto en mente, se dirigió un ataque contra las formas más bárbaras de tratamiento: la psicocirugía (que todavía se practica a niveles alarmantes de 220 a 660 intervenciones por año) y los "tratamientos" de electroshocks (que se aplican a más de 250 000 personas al año) (2).

Otra manera de modificar el comportamiento del cliente es a través de las drogas de control mental. Cada año los médicos expi-

den más de 250 millones de recetas de drogas psiquiátricas para individuos que se encuentran fuera de las instituciones mentales. Más de 35 millones de personas usan estas drogas regularmente.(3)

"Tranquilizantes" y "medicamentos" son los nombres populares para drogas psiquiátricas como el Thorazine y el Valium. Estas drogas supuestamente curan estados "enfermos" de la mente, pero son, de hecho, depresores que no curan nada. Destruyen la energía humana y la capacidad para actuar. Matan la emoción y la conciencia.(4)

En algunas situaciones, la droga es forzada y los llamados "medicamentos" no son más que camisas de fuerza químicas. En otras, la gente las acepta hasta con entusiasmo, convencida de encontrarse enferma; los ingiere como elementos socialmente aceptados para tratar tensiones.

El alivio químico ofrecido por psiquiatras y compañías farmacéuticas hace que las condiciones que provocan tensión permanezcan intactas, mientras que alteran la respuesta emocional hacia ellas. Es más, los efectos colaterales de estas drogas pueden ser extremadamente peligrosos.(5)

Además de encontrarse en la oposición, el movimiento de Terapia Radical también promueve el diálogo sobre cómo las personas pueden ayudarse unas a otras a resolver problemas personales-sociales.

Había muchos en el movimiento que creían que todas las formas de terapia eran inherentemente opresivas y que el involucrarse en acciones sociales era el único canal apropiado para una transformación personal. Otros, entre los cuales me incluyo yo, creíamos que era más importante crear formas alternativas de terapia: si la gente progresista no respondía a las necesidades psicológicas de los individuos, entonces, la gente en el poder mantendría el control con sus técnicas represivas. Es más, la gente progresista que tiene una visión distinta del mundo, una idea basada en la igualdad y la cooperación, en lugar de la dominación y la explotación, tiene una alternativa viable que ofrecer. Al menos, existe la posibilidad de relaciones respetuosas que disminuyen la alienación.

Por once años fui miembro de un colectivo que conducía grupos de personas que deseaban confrontar su angustia mental y cambiar sus condiciones de vida. Denominamos nuestro trabajo "Solución Cooperativa de Problemas".

Perspectiva básica

Rechazamos la noción de enfermedad mental. Ciertamente, esto no niega que algunas personas sufran terribles dolores psíquicos; no quiere decir que algunas veces la gente no se comporte en forma poco usual y aun ofensiva. Sin embargo, insistimos en que **comportamiento diferente** no es "enfermedad". Además, definimos la angustia mental como alienación y creemos que es el resultado de opre-

sión y mistificación de la misma.(6) La opresión se refiere no sólo a abusos institucionales, sino a formas diarias de juego de poder, a la política sutil de la vida diaria. Esto incluye, por ejemplo, las formas en que un individuo puede dominar a una mujer por su tono de voz, interrupciones, amenazas o rechazos.

Es importante reconocer también que la opresión es sólo un componente de la alienación. Si la gente está oprimida y lo sabe, su respuesta es de enojo. Cuando está mistificada y no se da cuenta de que está oprimida, es alienación. Por ejemplo: usted esperaría que un hombre que trabaja muchas horas en un empleo aburrido y mal remunerado estuviera enojado sobre la situación; no obstante, si está mistificado, estará alienado. Si se le ha dicho que debe estar feliz en su trabajo, que todo el mundo es feliz en ese empleo, entonces puede él creer que su insatisfacción es anormal. Similarmente, si está convencido de que él y sólo él es culpable de su fracaso, puede atribuir su terrible situación a estupidez personal y a falta de ambición: se vuelve contra sí mismo.

En la Solución Cooperativa de Problemas decimos que el remedio para la alienación puede encontrarse en el contacto y la conciencia. El contacto con otra gente disminuye la alienación y la conciencia disminuye la mistificación. Cuando la gente adquiere conciencia de su opresión y se une a otros, entonces, puede luchar por una vida mejor. Esta fórmula tan sencilla proporciona un fundamento a nuestro trabajo:

opresión + mistificación = alienación
contacto + conciencia = lucha por el cambio

En la Solución Cooperativa de Problemas trabajamos siempre con un **contrato**, es decir, con un acuerdo sobre las metas de las actividades en las que nos involucramos. La persona que recibe asistencia es la que establece la meta. Esto asegura que el que asiste no está imponiendo su voluntad. Proporciona también una base sobre la cual la persona que recibe la ayuda (en nuestro caso un miembro del grupo) puede evaluar si está o no logrando los objetivos deseados.

Cuando una persona llega al grupo le preguntamos:

¿Cuál es su problema?
¿Qué le gustaría cambiar de su vida?
¿De qué maneras específicas y concretas?

Las personas que se unen a un grupo tienen siempre el derecho de decidir qué quieren cambiar, cuándo y cómo quieren hacerlo. Esto es algo difícil para la gente que no está acostumbrada a pensar qué es lo que quiere. Puede venir como un shock a aquéllos que esperan que sus vidas cambiarán por medio de alguna manipulación misteriosa de parte del terapeuta.

Lenguaje sencillo y sentido común

Para ganar el monopolio de salvadora de almas, la profesión psiquiátrica aparenta que los problemas humanos no pueden ser comprendidos por la gente común, sino sólo por expertos que hablan el lenguaje de la psiquiatría. Todo tiene que ser diferente de lo que parece para que se refiera al experto psiquiátrico, quien entenderá su complejidad.

En la Solución Cooperativa de Problemas creemos firmemente en el sentido común. En contraste, la psiquiatría descarta la llamada "presentación de quejas", conforme busca el problema real; da la espalda a la realidad diaria y dirige su atención a factores biológicos y a la historia pasada. En un momento determinado, secretamente anota las conclusiones del diagnóstico de "sus pacientes". En nuestro Colectivo decimos que para cada año de estudios de psiquiatría o de psicología, deberá de tomarse un año extra de entrenamiento en sentido común para compensar el daño cometido.

La solución de problemas con sentido común quita el velo de confusión establecido por la psiquiatría; permite a la gente ver las formas en que es oprimida y la manera en que ha internalizado la opresión; le permite determinar si se siente mal por un problema particular o como respuesta a una de las vicisitudes normales de la vida; le permite entender qué condiciones en su vida pueden alterarse inmediatamente y cuáles no; pueden determinar hasta qué punto, como individuos, pueden mejorar sus propias vidas; también, pueden identificar los límites de su bienestar, bajo las condiciones sociales existentes. Esta última discriminación es importante; apunta hacia soluciones de largo alcance (cambio social) y permite cierta dignidad en el sufrimiento.

Si alguien llega a uno de nuestros grupos y dice que está deprimido, seguramente le preguntaremos por qué se siente infeliz. La psiquiatría consideraría su estado de ánimo como un desajuste. Una víctima de la mistificación psiquiátrica podría concluir: "Debo estar enfermo. Algo anda mal conmigo". Se trata de una batalla ideológica importante. El establishment psiquiátrico quiere que la gente que se siente mal se pregunte a sí misma: "¿Qué está mal conmigo?"

En la Solución Cooperativa de Problemas alentamos a la gente a mirar las condiciones objetivas de sus vidas. Creemos que la gente se siente mal no porque esté enferma o loca, sino por su realidad material y la manera como ésta es internalizada. Dada la oportunidad de pensarlo, pueden explicarlo.

Validación

La psiquiatría convencional invalida a la gente de muchas maneras. Por ejemplo, a aquel que se desvía de la norma esperada, generalmente se le califica de neurótico o de psicótico. En la Solución Cooperativa de Problemas tratamos siempre de validar a la gente;

vemos los problemas personales como una reacción normal a problemas sociales más amplios. En esta forma, si alguien llega y nos dice que está muy solo, le decimos que está en buena compañía y platicamos sobre la desintegración de la familia y de la comunidad en los Estados Unidos.

Nuestra opinión es que la gente estaría mejor en ausencia de opresión; la ayudamos a estudiar y confrontar las formas en que son oprimidos en su vida diaria y la manera como su propio desarrollo interno ha sido limitado por sus experiencias.

La paranoia es el único término o expresión psiquiátrica que usamos en el Colectivo. No obstante, hemos invertido su significado. Decimos que la paranoia es un estado superior de conciencia (7). Las intuiciones paranoicas siempre tienen validez, tienen siempre —por lo menos— un grado de verdad. Sólo cuando se desprecian se convierten en distorsiones extremas.

En nuestro Colectivo hemos desarrollado un formato para "sacar" paranoias y darles validez.

Laing, el antipsiquiatra británico, ha hecho una aguda observación sobre este término. El explica que en el idioma inglés la palabra paranoia se utiliza para describir situaciones en las que incorrectamente la gente supone que "es perseguida". Sin embargo, no existe una palabra para describir la situación, más común, en la que la gente sí es perseguida, pero no se da cuenta.

Opresión internalizada

Una teoría que conecte alienación con influencias opresivas externas debe considerar la internalización de esta opresión: "El enemigo está dentro de nosotros". En la Solución Cooperativa de Problemas hemos encontrado que la gente puede identificar las palabras exactas del enemigo dentro de su cabeza. Por ejemplo, en una conferencia, una persona puede tener un enemigo internalizado que le diga:

"Eres estúpido. No tienes nada inteligente que decir. Realmente no entiendes lo que está ocurriendo aquí. Tienes miedo. Probablemente eres la única persona que tiene miedo. A nadie le caes bien".

Entre tanto, otra persona puede tener un enemigo que le diga:

"Aquí todo el mundo es estúpido. Deberías mostrarles lo inteligente que eres. Controla la situación, los impresionarás a todos".

En nuestro Colectivo apoyamos a la gente a confrontar varias formas de opresión internalizada. Es importante reconocer que el enemigo no es el "inconsciente". Nosotros no le decimos a la gente lo que realmente está pensando; en lugar de eso, la ayudamos a identificar a su propio enemigo. De esta manera adquieren poder

sobre él, desafiándolo verbalmente o en acción. v. gr.: La persona que se siente "estúpida" en una conferencia puede pelear a su enemigo con los siguientes pensamientos:

"Tú (el enemigo) eres sólo un farsante. Haces creer que eres objetivo, pero realmente estás predispuesto. Sólo quieres rebajarme. Siempre me haces dudar de mí mismo. No voy a escucharte. Tú me mantienes solo y aislado. Voy a encontrar apoyo para mí y voy a participar".

Apoyo

Cuando nos damos cuenta de que la ansiedad o la angustia no es una enfermedad sino una respuesta a condiciones opresivas o a condicionamientos opresivos, podemos ver que la gente necesita apoyo. Han existido fuerzas para crear el problema; debe haber fuerzas que se le opongan.

Consideremos el ejemplo de una mujer que quiere aprender a ser firme. Ella recuerda los castigos por su firmeza cuando era niña; todavía puede escuchar el eco de las palabras de sus padres: "Las niñas son dulces, no crean problemas, no se quejan. Deberías ignorar tus propias necesidades y poner por delante las de otros". Ocurre que esta mujer está casada con un hombre que también cree que ella debe ignorar sus propias necesidades; es más, ella sabe que hay mucha gente a su alrededor que cree que las mujeres deben ser pasivas. . . vistas pero no oídas. Esta mujer necesitará una gran cantidad de apoyo emocional y material para lograr los cambios que desea: gente que apoye su creencia de que es bueno ser una mujer fuerte, que la ayude a encontrar estrategias para tratar con su marido, que la ayude a encontrar lugares seguros donde empezar a probar su fuerza: que estén a su lado cuando se encuentre asustada después de haber dado un paso importante.

Cuando la gente va en contra de admoniciones eternas o hace cosas que nunca pensó posibles, o va contra comportamientos socialmente aceptados, tiene una gran necesidad de apoyo. Uno de los propósitos por los que la Solución Cooperativa de Problemas generalmente se practica en grupos es el de proporcionar apoyo.

Compartiendo el poder

Deseo insistir en el ejemplo de alguien que se siente extremadamente infeliz e impotente. Lo considero importante porque muchos de nosotros, en diferentes ocasiones, nos sentimos más fuertes o más débiles que otros. Hemos visto cómo el psiquiatra abusa de su poder en estas situaciones y controla la vida de sus pacientes.

Para dar una mejor idea de cómo trabaja un grupo describiré la posible escena de este individuo cuando llega a él por primera vez. Alguien pregunta: "¿Por qué está usted aquí? ¿Cuál es el problema?"

El diálogo comienza.

—**(Cabizbajo)**. No sé por qué estoy aquí. Simplemente, me siento mal.

—¿Por qué se siente mal?

—No lo sé.

—Debe tener alguna buena razón. ¿Qué está ocurriendo en su vida que le hace sentirse mal?

—No sé.

—**(Afectuoso)**. Nosotros no podemos ayudarle, a menos que nos diga qué es lo que está mal y qué es lo que quiere. Usted es la única persona que tiene la respuesta a estas preguntas. No queremos imponer nuestra voluntad sobre la suya.

—**(Abatido)**. Supongo que estoy solo. Quiero sentirme bien.

—Sin embargo, no parece que pensara que las cosas podrían cambiar.

—Realmente, no.

—Entonces, ¿para qué vino?

—Esperaba que pudieran arreglar las cosas.

—**(Afectuoso)**. Usted sabe que nunca ocurre así. No podemos arreglar su vida. Tiene que pelear y si pelea, la gente de este grupo le apoyará. Las cosas pueden cambiar.

—**(Mirándolos)**. Suena bien (**baja la cabeza**). Pero me siento tan débil.

—Creo que se siente débil. Existen muchas formas en las que nos enseñan a sentirnos impotentes; sin embargo, no creo que sea débil. En mi opinión, tiene más fuerza de la que le han hecho creer que tiene. Creo que tiene suficiente fuerza para cambiar ciertos aspectos importantes en su vida. No será fácil, pero tiene nuestro apoyo.

—**(Se levanta)**. Bien. Quiero empezar por hacer amigos.

Creemos que es apropiado encontrarse con la gente a la mitad del camino e igualar poderes. Hacer más de la mitad del trabajo es un sutil abuso de poder. La persona que se siente desamparada (sin estarlo) tiene un enemigo en su cabeza que le dice: "Soy muy débil. Otros lo harán por mí". Y el que viene al rescate está de acuerdo, diciendo: "Sí, eres muy débil. Yo te salvaré". Esta conclusión genera la idea de que las cosas pueden mejorar sin hacer un verdadero esfuerzo; promueve la pasividad, es condescendiente, será inefectivo y, en último término, habrá resentimiento.

Por otro lado, es importante no reprimir a la persona que se siente débil, no darle la espalda. La meta es que todo el mundo dé el máximo de sí mismo y se sienta fuerte.

Resumen

He presentado brevemente varios de los principios fundamentales de la Solución Cooperativa de Problemas. Rechazamos el término

de enfermedad mental y consideramos a la alienación como el resultado de opresión más mistificación. Rechazamos que una persona diga a otra qué hacer, escudándose en la psicoterapia. En lugar de ello, creemos que la gente comprometida en la actualidad a resolver problemas debe elegir por sí misma lo que quiere hacer y la clase de cambios que está dispuesta a apoyar.

Rechazamos la idea de que los problemas humanos sólo pueden ser comprendidos por expertos. Cuando se libere del lenguaje psiquiátrico mistificante, creemos que la gente podrá ver por sí misma las causas de su miseria. La pregunta, en este sentido, cambia de: "¿Qué está mal conmigo?" a "¿Cómo estoy siendo oprimido?" Cuando este cambio ocurre, la gente no se considera loca, se siente validada. En ese momento se es libre para ser autocrítico y confrontar la internalización de los problemas. Con el apoyo de otros, pueden cambiar las condiciones de vida.

Finalmente, creemos que es importante que el que "asiste" no debilite a quien es asistido. Es importante que todos los que deseamos "ayudar" aprendamos a tener poder con otros sin abusar de él.

BIBLIOGRAFIA

- 1) New York Times, enero 11, 1970.
- 2) "Electroconvulsive Therapy in Psychiatry", Leonard Roy Frank, **Medical News**, abril 28, 1980 p. 20.
- 3) "The Coming of a Junkie Society", Mickey Duxbury, Wade Hudson y Reggie Mayor, **On The Edge**, Vol. 1, No. 1, mayo de 1979, p. 5.
- 4) **Ibid.**
- 5) **Psychiatric Drugs** por el "Dr. Caligari", publicación de Network Against Psychiatric Assault, San Francisco, 1978.
- 6) "Psychiatric's Drug Addiction", Peter Sterling, **The New Republic**, diciembre 8, 1979.
- 7) **Reading in Radical Psychiatry**, Claude Steiner (Editor), Grove Press, 1975.

Raquel Barón de Neiburg en colaboración con
Graciela Attina, Diana Cruces, Solange Matarasso

Mi experiencia personal comenzó hace seis años y medio cuando fui detenida por fuerzas policiales de la ciudad de Salta, República Argentina, acusada de colaborar con organizaciones guerrilleras que en ese momento actuaban en mi país.

Fue allí donde comenzó la sensación intensa de que mi persona se comenzaba a transformar, que todo mi yo estaba cuestionado, ya que me era cada día más difícil reconocer que mi yo era el "Yo soy yo" de mi propio reconocimiento como unidad y que me fue acompañando durante toda mi vida y hasta ese momento.

Puedo señalar que interrogatorios, incomunicación y luego encerramiento en calidad de preso, son condiciones traumáticas cuyo objetivo es provocar un estado cada vez más alienante cuyas consecuencias son el aislamiento que deriva de la intensa agresión externa y que actúa como forma defensiva de preservación del yo, o de las partes que de él van quedando; la desaparición de toda posibilidad de comunicación con el exterior, con sentimientos depresivos de duelo por la pérdida del vínculo afectivo hacia lo exterior y hacia lo interior; sentimiento de vaciedad debido a que la relación traumática es muy dolorosa y no permite ser llenada más que con angustia en la que sólo se reconocen partes separadas de uno mismo, en una infatigable lucha por vivir, sin saber y sin poder actuar todo lo rápido que sería necesario para volver a estructurar el yo en forma inmediata.

Es en ese momento que uno se da cuenta que perdió la referencia de sí mismo, que además nunca más recuperará el estado anterior, que su exilio de la sociedad, de su patria ha comenzado, que su identidad se ha perdido. . .

Este exilio comienza sin ninguna participación voluntaria, ya que la persona que está presa se siente como el niño desvalido que depende de la decisión de los mayores, del odio, en este caso, del odio amenazante, del odio sin ambivalencia, del odio que provoca estados esquizoides donde el yo se dispersa a pedazos, donde el exiliado empieza a sentir su propia ambivalencia entre un odio intenso al que lo odia y un amor intenso a lo que pierde: amor hacia sí mismo (regresión narcisística) y hacia todos los objetos que le sirvieron durante su vida como objetos de introyección y proyección, con los que configuró su identidad que ahora siente destruida.

El exilio político e involuntario, es el que comienza en el momento de ser aprehendido por fuerzas policiales, militares o paramilitares y es el exponente más dramático, debido a la pérdida casi total y brusca de los componentes básicos de la personalidad: estructura del yo e identidad. Es comparable a toda neurosis traumática que Freud define como "la neurosis en la que yo del individuo se defiende contra el peligro que lo amenaza desde afuera, donde

el individuo experimenta la posibilidad de ser dañado por la violencia exterior", en el que con más fuerza aparecen los síntomas de depresión, duelo y culpa.

La depresión surge a raíz de que partes del yo fueron desapareciendo junto con los objeto externos que configuraban la cotidianidad de la persona, generando esto una angustia nostálgica muy acentuada ante la sensación de irrecuperabilidad. Surge así un permanente extrañamiento que se alimenta de dos fuentes importantes:

a) El duelo por todo lo perdido que no se recupera más, acompañado ambivalentemente por sentimientos de culpa generados en la necesidad de recuperar el derecho a vivir, el derecho a integrar una identidad distinta.

b) El lugar del exilio, país extranjero, con cultura e idiosincrasia diferentes que dificultan seriamente la integración.

Una vez instaurado el exilio, el exiliado comienza a fijarse a un mecanismo que apunta a querer reconstruir sus partes perdidas, utilizando el recuerdo de cada uno de los detalles de su vida anterior, como si el pensamiento hacia atrás le permitiese mágicamente sentir que la pérdida no existió o que por lo menos es menos dolorosa. El problema fundamental de esto es que, a medida que pasa el tiempo, el recuerdo, cargado de angustia y de nostalgia crea una realidad muy distinta, totalmente subjetiva, que no encuentra ningún elemento objetivo de confirmación. La fantasía llena todo el espacio, obtaculiza la objetivación real del proceso de pérdida y por lo tanto impide toda nueva posible integración.

Este mecanismo es vivido con intensa angustia cargada de culpa cuyo contenido real es: "perdí todo, no puedo recuperarlo ni en la vida anterior, ni en la realidad actual" o "lo anterior está perdido, lo actual no me interesa". La enajenación que esta situación crea alcanza grados intensos de desintegración del yo, en la que el exiliado fija su amor en el pasado y su odio en el presente sin poder unir en un mismo objeto ni en una misma realidad sus dos partes ya no ambivalentes sino antagónicas.

Vasconi define al exiliado como toda persona que se ha visto obligada a expatriarse por decisión o acción del régimen político que impera en su país y que por consecuencia está imposibilitado a retornar al mismo, pues ello podría significar su muerte o encarcelamiento, pudiendo ser que estas consecuencias se hagan extensibles a su familia.

Es justamente esta característica que conlleva el exilio político: la imposibilidad de volver a la patria por imposición de un régimen político, la que marca la dinámica interna, profunda y muchas veces irreparable de la estructura emocional y psíquica del exiliado.

Es importante observar que a medida que transcurre el tiempo de duración del exilio, podemos distinguir o comenzar a distinguir diferencias entre el comportamiento de las distintas gentes exiliadas, constituyendo el grupo de mayor patología los que continúan

totalmente aislados de la realidad, viviendo un retorno permanente, retorno que además se carga de contenidos del pasado, ya que aparece como constante un rechazo explícito y radical al presente, tanto de su país de origen como del país en el que radican. Esto dificulta todo nuevo aprendizaje, ya que la misma incapacidad para ver, genera frustración, y las pérdidas no elaboradas sino negadas, cargan de desvalorizaciones intensas, pérdidas de autoestima agudas que configuran núcleos persecutorios algunas veces muy graves que se descargan sobre el país de exilio, en su gente y en su cultura, cerrando así toda posibilidad de adaptación y viviendo con fuerte dolor y duelo insuperable, el "paraíso perdido..."

Esto imposibilita totalmente la estructuración de un nuevo proyecto de vida que necesariamente debe incorporar introyectivamente elementos de la realidad actual, acompañados de una sana elaboración del duelo.

Otras gentes caen en el extremo opuesto, por mecanismo de negación, efectuando un proceso de total integración al país de exilio, adoptando idioma, cultura e idiosincrasia del lugar, mostrando indiferencia por toda su realidad pasada, negando su origen y su identidad anterior, en la que depositan su agresión, su resentimiento, disfrazado muchas veces de indiferencia hacia todo lo de antes y pasión a lo de ahora. Son personas en las que prevalece la división esquizoide en grados importantes.

La tercera variable, que a mi criterio es la única que indica la posibilidad de integración madura y positiva, es la que permitiéndose la aceptación de la depresión como parte saludable de todo proceso de pérdida, contiene la posibilidad de elaborar los duelos buscando activamente la disminución de la culpa, evitando así los umbrales exagerados de recuerdos creados por la fantasía, llegando a liberar buena energía que permita nuevas introyecciones y una reestructuración saludable de la identidad. La integración de las experiencias positivas y negativas, tanto del pasado como del presente, amplían la visión internacionalista tanto de la vida individual como del quehacer revolucionario. La hermandad de pérdidas, de logros, de intereses que brinda el exilio, no solamente enriquece a la persona individual sino también al grupo.

Galeano dice: "El exilio, que siempre nace de una derrota, no solamente proporciona experiencias dolorosas. Cierra una puerta pero abre otras. Es una penitencia, y a la vez, una libertad y una responsabilidad. Tiene una cara negra y otra roja".

Recuperar para los exiliados este sentido íntegro del proceso, es la preocupación más importante para mí en este momento, ya que es la única manera de aprehender la dimensión real, difícil y muy compleja del fenómeno, trascendiendo la propia individualidad egocéntrica y cumpliendo un rol histórico cargado de experiencias que permitan umbrales de madurez imprescindibles en todo quehacer humano trascendente.

Desearía mencionar algunas otras variables del exilio: el exilio

político voluntario y el exilio por razones económicas, pudiendo agregar, por último, el exilio por causas personales.

Me interesa distinguir el exilio político involuntario del exilio político voluntario. Al hablar del primero, dije que es el exilio que comienza en una situación traumática, en el que la víctima pierde su entorno en forma brusca, siendo provocada esta situación por fuerzas policiales, militares o para-militares, destinadas a la destrucción física o psicológica de las personas comprometidas en el quehacer revolucionario.

El exilio político voluntario es el que se produce a partir de la toma de conciencia, por parte de los militantes revolucionarios, de la derrota infringida por el enemigo, acompañada por la fuerza sanguinaria de la represión y ante la evaluación de que es necesario salvar la vida de los compañeros y la propia.

El exilio político voluntario está constituido por el grupo de compañeros que pudieron salvarse de la cárcel y de la tortura recibiendo igual intensidad de traumatismos provocados por el miedo a ser aprehendidos en cualquier momento, por los intensos sentimientos persecutorios y por el desasosiego que significa sostener hasta último momento ciertas formas de luchas, hasta abandonar el país.

El exilio político voluntario se diferencia del exilio político involuntario en cuanto a poder elegir el momento de traslado y el lugar hacia donde se efectuará la emigración.

Debido a que este tipo de exilio comienza en etapas previas a las pérdidas de sí mismo y de los miembros familiares más cercanos: hijos o pareja, los núcleos en general pueden mantenerse íntegros, salvo en separaciones de corto plazo, hasta tanto se encuentre trabajo y residencia, para trasladar, con ciertos márgenes de seguridad, al resto del núcleo familiar.

Aunque el traslado en estas condiciones es más tranquilo en cuanto a las posibilidades de planificación, la angustia de pérdida que rodea la situación (compañeros, familiares, trabajo, etcétera), provoca sentimientos de depresión, duelo y culpa tan intensos como en el exilio político involuntario, con el agravante de que muchas veces, la culpa es mayor aún, ya que se mezcla con sentimientos de cobardía por no haberse quedado, lo que disminuye mucho más la autoestima tanto frente a los compañeros que sufrieron el exilio político involuntario, como frente a los que se quedaron en el país, con intentos de continuar la lucha.

En este grupo de exiliados se pueden observar ambivalencias acentuadas entre la mayor posibilidad de regresar al territorio y el proceso de asimilación al país de exilio, necesitando, a veces, justificar su estancia en el país de adopción, con intentos de tranquilizar su culpa, magnificando, a través de la fantasía, las causas por las que se encuentra en el exilio, mecanismo que dificulta seriamente el ajuste a la realidad.

Esto puede llegar a provocar interferencias en el proceso de compromiso para el momento presente y distorsionar fantasiosa-

mente la realidad que dejaron en el momento de iniciar el exilio, manejándose con mecanismos de compensación, que producen actitudes de rechazo muchas veces muy acentuadas, hacia el propio país de exilio, hacia sus costumbres y su cultura, ocultando una disconformidad consigo mismo y un resentimiento que se manifiesta junto a agresiones hacia el lugar de origen.

La situación, llevada a extremos puede producir una parálisis total, con pérdida de la capacidad de dar respuestas positivas o de ajuste, surgiendo solamente la agresión hacia el pasado y hacia el presente como única manifestación de dicha parálisis. Este estado no los lleva a tranquilizar la culpa y tampoco a alcanzar formas que permitan, a través de un correcto análisis de la experiencia, encontrar maneras positivas de integración al proceso presente.

El deterioro va generalmente acompañado de estados de depresión muy agudos con fuerte pérdida de identidad que no les permite ningún desarrollo productivo tanto a niveles afectivos y políticos, como laborales, y que los margina a encerrarse en su propia angustia, debilitándolos y desarraigándolos peligrosamente, hasta el punto de resentir su militancia política anterior y acusando a las organizaciones revolucionarias de su situación actual.

La patología descrita puede llegar al extremo en que la agresión se desplaza hacia la militancia revolucionaria, justificando el sistema político imperante y acentuando las críticas destructivas hacia los compañeros en los que pueden depositar el origen de su daño actual.

Las personas que llegan a extremos de enfermedad tales, generalmente adolecen de todo nivel de tolerancia a la frustración. Es posible que en estos casos y con una cuidadosa revisión de su actitud durante la participación militante en el país, encontremos en ellos conductas muy rígidas con una ideología en extremo dogmática y una clara forma de sometimiento a la autoridad, con incapacidad de ejercer mínimamente la crítica y menos aún la autocrítica. Son personas con estructuras yoicas muy débiles, infantiles y escasas defensas, que se destrazan ante la pérdida de encuadre que les brinda la organización que los protege y que solos, no tienen la capacidad mínima de reestructuración.

Otros, con una estructura más saludable y mejor formación política, logran superar sus culpas, conservando su integridad, consolidando su realidad presente con mayor facilidad, lo que les permite una actitud más objetiva. Reforzando su identidad de origen, comienzan un proceso productivo positivo sin subjetivar demasiado ni el pasado ni el presente, realizando un análisis maduro y sirviendo de apoyo saludable y solidario a las personas que lo necesiten en el exilio. En relación al país de origen, pueden llegar a producir trabajos que permitan aclarar y analizar la experiencia con un sentido y una actitud superadora.

Estas personas pueden constituirse en la base más sólida del exilio, debido justamente a la preservación de los núcleos más sanos de identidad que los mantiene fortalecidos tanto en la expe-

riencia histórica anterior como en su proyección futura, siendo los puntos de apoyo más consolidados del proceso difícil de recuperación del exilio, a partir del cual, y funcionando como motivadores saludables, promueven la incorporación fortalecida al desarrollo militante en un marco positivo de identidad revolucionaria para el resto de compañeros más dañados por la represión y las pérdidas.

Si comprendemos que la lucha revolucionaria conlleva una progresiva radicalización de la lucha de clases, donde la burguesía siente realmente el temor fóbico de perder los beneficios que el sistema que defiende le proporciona, entenderemos que las formas de defensa del mismo por parte de la clase dominante van siendo cada vez más crueles en todas las manifestaciones de represión, sometimiento y destrucción de la clase que se atreve a luchar por sus derechos más legítimos.

La destrucción física y psicológica perpetrada por la clase dominante adquiere dimensiones realmente trascendentes a toda imaginación humana y va dirigida especialmente a los activistas militantes de organizaciones revolucionarias (campesinos, obreros, estudiantes, intelectuales, etc.), sea cual fuere su nivel de participación en la lucha, desde el cuadro militante hasta el simpatizante, cuyo objetivo es eliminar de raíz la ideología que pone en peligro la explotación que del pueblo debe hacer el capitalismo como base fundamental para su desarrollo.

Acrescentada la lucha, el capital siente un peligro muy real, y necesita compulsivamente asegurarse, tanto en lo ideológico como en lo económico recurriendo a formas extremas de destrucción de personas, matando; torturando y explotando cruelmente. La acumulación económica es compulsiva y criminal, como es criminal cada uno de sus actos, cualesquiera sean los niveles en que se manifieste la represión.

Destruyen los valores, reducen al hombre a un ente, que sometido a niveles económicos cada vez más infrahumanos, lo controlan como elemento productivo que vende su fuerza de trabajo sin otro objetivo que la supervivencia.

Al disminuir el nivel económico, disminuyen los niveles culturales y de salud, junto con un proceso de concentración salvaje de capital, que termina generando desocupación en índices muy elevados.

El terror, la pérdida de valores, la desaparición de marcos de referencia en cuanto a nivel de vida, nivel cultural, nivel de salud, estabilidad laboral, produce el exilio por razones económicas de mucha gente que no puede adaptarse a los índices decrecientes del nivel de vida provocado por el sistema después del triunfo militar y político sobre las organizaciones revolucionarias.

Estas personas comienzan un éxodo en busca de otros lugares, con la fantasía de encontrar allí lo que perdieron en su país.

Siendo portadores de una escasa claridad ideológica del contenido de la lucha, se sienten víctimas, sin entender las causas,

“víctimas de dos grupos que, enloquecidos por odios incomprensibles, destruyen la estabilidad social y económica del país”.

Estas gentes emigran con el único objetivo de recuperar la tranquilidad que perdieron y su única intención es entrar en competencia con el campo laboral del lugar que eligieron como país de exilio, no importándoles la estructura social ni cultural del mismo.

Los niveles de resentimiento que portan son muchas veces muy altos, y en su calidad de víctimas sienten fuertes agresiones hacia el país de origen y hacia los exiliados políticos con lo que pueden encontrarse en los nuevos lugares donde radican.

Al no aceptar la ayuda solidaria que los grupos de exiliados ya radicados allí podrían brindarles, se marginan y a corto plazo comienzan a sentir el rechazo que las mayorías sienten hacia ellos, tanto por considerarlos oportunistas, que se aprovechan del sacrificio de los revolucionarios para justificar su exilio, como por la percepción del peligro que implica compartir ámbitos de trabajo, sobre todo cuando estos no sobran ni siquiera para sus legítimos dueños.

Las frustraciones no tardan en aparecer, generando sentimientos muy fuertes de marginación tanto en relación a su país de origen, como con los compañeros exiliados políticos y respecto al país que eligieron y que no los acepta.

Al derrumbarse violentamente todas las fantasías con las que salieron de su territorio, se convierten en individuos sin referencia, que al plantearse el regreso a su patria sintiéndose derrotados, irán hacia un sometimiento incondicional como forma de expiar la culpa que les ocasiona la imposibilidad de asumir un compromiso militante con la lucha revolucionaria.

El individualismo egocéntrico es la motivación yoica de estas personas que tienen dificultades para un compromiso trascendente de sí mismos, aunque tampoco por el camino elegido puedan encontrar su mismidad.

Sin embargo, es posible hallar otros exiliados económicos que, aunque salen del país de origen con condicionamientos similares a los analizados anteriormente, se integran al grupo de exiliados políticos que ya radican en ese lugar, adquiriendo una visión más completa del contenido de la lucha, pudiendo llegar a niveles de maduración ideológica importantes, convirtiéndose así en apoyo muy valioso de la actividad del exilio.

Su condición de legalidad les favorece el contacto con el país de origen, lo que les permite la obtención de elementos objetivos de análisis del proceso que vive el país, facilitándole así al exilio político, el contacto más fluido con los acontecimientos de la patria y retroalimentando la corriente de identidad entre el exilio y el lugar de origen.

Considero importante referirme, antes de terminar este trabajo, al exilio por razones personales.

En general, este tipo de exilio está constituido por gente que no tuvo participación política ni problemas económicos, ni tampoco

decide abandonar el país por causa alguna objetiva que se produzca en el entorno. La causa real está en la propia estructura interna y su manifestación básica es el disconformismo, que provoca desarraigo total.

La base estructural es altamente neurótica, ya que son personas invadidas por temores y por angustias. Coincido con Fenichel, para aproximarme al problema, considerando que la angustia de estas personas se encuentra en los niveles en que el dolor es inevitable y está relacionado con estados traumáticos muy primarios, aún indiferenciados. Este tipo de angustia no es creada mediante mecanismos del yo; es una respuesta indiferenciada a los estímulos internos y externos, sin control, experimentada como una sensación dolorosa, consciente, adoptando conductas pasivas, resignadas, como algo que le ocurre al yo y que se debe soportar.

Sobre esta base, el individuo que se encuentra con tan débil estructura, no tiene capacidad de adaptación a la realidad, a la que siente desagradable, presionante y amenazadora, y al no poder fortalecer sus defensas, se retrae en actitudes fuertemente regresivas, transitando de lugar en lugar, buscando la protección materna en un mundo complejo y hostil.

Junto con su deambular permanente, adolece de toda capacidad de identidad, no reconoce su propio yo y tampoco tiene capacidad para efectuar un proceso de socialización. Es individualista y retraído, diría: esquizoide, sin capacidad para elaborar un mínimo proyecto de vida, y tampoco para comprometerse con el mundo exterior.

A veces su defensa es el escepticismo o la crítica destructiva, ya que además de ser angustiado, es depresivo, pudiendo esto llegar a tomar formas de agresión al medio externo, boicoteando toda actividad que hagan los demás.

Cada lugar que elige para vivir es un espacio de tránsito que dura poco tiempo, y cada grupo humano que encuentra, tiene defectos tan graves, que son los otros los que no le permiten su arraigo. Es primitivo en sus formas de pensamiento y en sus acciones y difícilmente logra madurar.

Son personas solitarias y negativas ante todo intento de inserción social que se pretenda hacer con ellos, ya que la enfermedad que padecen tiene origen en estadios muy primarios del desarrollo, donde se encuentran fijados.

En definitiva, es la parte más negativa e irrecuperable del exilio.

Conclusiones

En el desarrollo de este trabajo he expuesto mis puntos de vista sobre el exilio, la identidad y las diferencias más importantes entre los distintos tipos de exilio.

Soy consciente de que el trabajo posee serias carencias científicas y políticas. Corro el riesgo, inclusive, de que su valor sea muy escaso o quizás nulo, mas mi intención no es presentar a este En-

cuentro nada terminado, sería una falsa vanidad. Sólo intento plantear inquietudes que con humildad revolucionaria pongo a discusión.

Al ir avanzando en la estructuración del trabajo, sentí la necesidad de discutirlo con compañeros militantes, con psicólogos y con toda persona que esté comprometida con los compañeros que duramente están procurando recobrar su estructura, para poder reintegrarse a la lucha con la integridad que el momento histórico exige.

Este trabajo lo presento con todo el respeto que las personas que padecen el exilio merecen, y deseo, a través de él, demostrar mi profunda admiración por todos ellos, ya que mi sola experiencia personal no me serviría para plantearme este problema en la dimensión que el mismo posee.

Con todo, falta mucho. . . Mi esperanza es encontrar la mejor manera de ayudar para que el exilio doloroso pase a ser un exilio productivo, y en el que los daños padecidos puedan revertirse hasta convertirse en la mayor y mejor fuerza que impulse a los niveles adecuados la lucha revolucionaria de los pueblos del mundo.

BIBLIOGRAFIA

- BLEGER. "Psicoanálisis y Dialéctica Materialista".
CALDERON. "De Este Lado y del Otro". Revista Ko-éyú Latinoamericana, No 7. Nov.-Dic. 1979.
CAVEING: "La Forma de la Existencia Histórica de la Individualidad" del libro "Psicología y Marxismo". Zazzo, Piage, Ricoeur, y otros.
COLAT-CELADEC: "Así Buscamos Rehacernos", Represión, Exilio, Trabajo psicosocial.
FENICHEL: "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis".
FREUD: "Contribuciones al Simposio sobre el Suicidio".
FREUD: "Consideraciones de Actualidad Sobre la Guerra y la Muerte".
FREUD: "Totem y Tabú".
FREUD: "Varios Tipos de Carácter Descubiertos en la Labor Analítica".
FREUD: "Lo Sinistro".
FREUD: "Introducción al Simposio Sobre las Neurosis de Guerra".
FREUD: "Psicología de las Masas y Análisis del Yo".
FREUD: "El Porqué de la Guerra".
FREUD: "Un Comentario Sobre el Antisemitismo".
GALEANO: "El Exilio entre la Nostalgia y la Creación", Revista Ko-éyú Latinoamericana. No. 7. Nov.- Dic. 1979.
GRIMBERG: "El Individuo Frente a su Identidad", Revista de Psicoanálisis. Tomo XVIII. No. 4. Buenos Aires, 1961.
ROZITCHNER "Freud y los Límites del Individualismo Burgués".
TERRAGNO: "El Exilio Crea una Deuda" (Controversia, abril 1981).
VASCONI: "Reflexiones Sobre el Exilio Actual", Revista Ko-éyú Latinoamericana. No. 7. Nov.-Dic. 1979.

GRUPO TERAPIA COLAT: LATINOAMERICANOS EN EUROPA

Jorge Barudy (Chile)
Carmen Vieytes (Uruguay) *

Contarles a ustedes lo que es la evidencia de ser exiliado en Europa nos parece fundamental, como personalmente me lo parece también el expresar mi alegría de estar aquí.

De alguna manera, venir a este encuentro de Alternativas a la Psiquiatría significa para mí, cuando menos a nivel de mi ilusión, a nivel de mi fantasía, una especie de ensayo de retorno a América Latina, de recontactarme con este continente que de alguna manera vive la dialéctica de la existencia.

Me parece fundamental subrayar que la problemática de la represión, la problemática de la tortura, la problemática del exilio nos plantean la dialéctica de la existencia, que no son situaciones excepcionales, sino situaciones que vivimos cada día en nuestra cotidianidad: el creer en la vida o el creer en la muerte, el creer en la esperanza o caer en la desesperanza, el luchar o no luchar, el aceptar la opresión u organizarse para quebrarla.

No voy a insistir sobre los factores que podrían servir como elementos explicativos de nuestros problemas psicosociales como exiliados latinoamericanos en Europa. Deseo solamente hablarles algo sobre nuestras reflexiones y nuestro trabajo colectivo, práctica que tiene como intención no dejarse aniquilar, rehacerse para poder continuar aquí y allá el combate, la lucha por la construcción de una sociedad más justa, más humana, razón por la que formamos el colectivo y rechazamos la psiquiatrización y la psicologización de los problemas provocados por la tortura y por el exilio.

Preferimos hablar de sufrimiento. Preferimos hablar del sufrimiento psicológico. No nos interesa si se expresa por una reacción esquizoide, por una depresión o por una reacción paranoia. Nos interesa el sufrimiento que hay detrás de cada uno de nosotros, detrás de cada uno de los compañeros que han vivido la experiencia brutal del pasaje por esa maquinaria infernal de represión que es la tortura y posteriormente el exilio, el envío a un país, a una realidad, a una patria, a una tierra que no es la suya.

Me interesa hablar de sufrimiento porque ahí podemos entendernos los que somos psi y los que no. Cuando hablamos de sufrimiento, ahí podemos dialogar. Yo, como psiquiatra que conoció la tortura, puedo entenderme con cada uno de ustedes que quizás no la han conocido, pero que sí han conocido la opresión en el interior de su familia, la opresión de haber sido golpeado siendo niño por un adulto o de haber sido pisoteado por un maestro siendo estudiante, o de haber sido pisoteado y humillado siendo trabajador. A este nivel podemos entendernos.

* Psicóloga uruguaya.

A partir de nuestra experiencia y nuestro trabajo, pensamos que la represión hoy en día en América Latina no es más que la magnificación de una situación que ha estado siempre presente en una sociedad de clases; es el recurso extremo del que las clases dominantes echan mano cuando las clases populares se ponen de pie y comienzan a cuestionar la normalidad, que es la de ellas, la locura, la alienación, la marginalización de los grandes sectores de nuestra América Latina. Por esto evitamos nosotros la psiquiatrización y nuestro programa es fundamentalmente comunitario, democrático, grupal.

Para poder entender nuestro sufrimiento psicológico no nos bastó con buscar, como elemento explicatorio, solamente la tortura, la represión o el desarraigo o la crisis de identidad que significa el exilio. Tuvimos que ir más lejos. Tuvimos que hacer un análisis de las contradicciones que ya traíamos antes de ser reprimidos, torturados y enviados al exilio. Me parece que es una reflexión importante para la izquierda latinoamericana, para los progresistas. Creo que durante mucho tiempo los militantes latinoamericanos nos hemos estado ocupando de lo que podríamos llamar la macropolítica y así hemos buscado una táctica, una estrategia para cambiar la estructura de la sociedad. No hemos tenido tiempo, quizás, de preocuparnos de lo que nosotros llamamos la micropolítica, es decir, de qué manera la ideología dominante se proyecta en la vida cotidiana, en las relaciones interpersonales, en las relaciones entre los adultos y los niños, entre los adultos y los adolescentes, entre los hombres y las mujeres; de qué manera la ideología dominante se proyecta en el interior de las organizaciones políticas de izquierda, haciendo que se levanten discursos mistificadores de la militancia que elevan al militante a una condición irreal, de superhombre.

Cuando uno vive la catástrofe represiva, en ese momento se da un cuenta de que la militancia política no puede ser separada de la existencia, de la vida, del amor. Nosotros hemos aprendido en los periodos de reflujo, de derrota política, lo que nos parece fundamental.

Nosotros, en Europa, no sabemos coyunturalmente cuál es la táctica o la estrategia más importante para derrocar la dictadura en América Latina. Nuestros problemas, que vivimos en la cotidianidad, los problemas que viven nuestros niños, los que viven nuestros adolescentes, los que vivimos nosotros, los que viven las mujeres, son problemas concretos, problemas de la vida cotidiana. Eso nos parece importante y para eso tenemos respuesta, para eso el esquematismo no nos servía.

Tuvimos que ponernos en cuestión, buscar nuevas formas de enfrentar este tipo de problemas. El exilio tiene un elemento de sufrimiento, un elemento positivo. Nos ha ayudado a entender que no puede haber lucha política, que no puede haber coherencia en la lucha política si no hacemos una politización de la vida cotidiana, politización que pasa por cuestionar los roles de los médicos, de los psiquiatras, de los psicólogos, de los machos, de la mujer, de los niños, de los profesores, etcétera, etcétera.

Tenemos que llegar a eso y es lo que venimos aprendiendo en un intento de utilizar el exilio como un periodo de crecimiento personal y como un periodo de crecimiento político.

Quisiera terminar mi intervención recordando a un compañero italiano con el que tuvimos la oportunidad de dialogar muchas veces en Bélgica y en Europa y que nos enseñó muchas cosas en relación a que la política no solamente es la organización política, la revolución en abstracto, que la política también es la vida cotidiana. "Agradezco a los compañeros de América Latina —nos dijo Franco Basaglia en Bélgica, en el año 77— por el honor que me hicieron de invitarme a que hablara de problemas tan tristes como son nuestros problemas y vuestros problemas; tan tristes porque ustedes saben del infierno sudamericano y tan tristes porque yo vivo cada día en el infierno manicomial". Y agregó: "Pienso que la relación entre la vida sudamericana, chilena en particular, y la vida del manicomio, de los manicomios de todo el mundo, es la misma cosa. Por esta razón es que me han invitado a hablar sobre la represión".

A partir de este diálogo logramos lo que nosotros llamamos la integración crítica, es decir, que no se trata de vivir nuestro exilio en un ghetto, aislados de la realidad de los países en los que nos toca vivir el exilio; se trata de entender la realidad histórica en la que nos toca vivir el exilio, se trata de insertarnos en la lucha de los pueblos en los que nos toca vivir nuestro exilio, se trata de darle continuidad al proyecto histórico que teníamos, se trata de cuestionar nuestro "nacionalismo", que no es más que el producto de la influencia de la ideología dominante, en el cual se basa nuestra obediencia a determinadas patrias que nunca han sido nuestras patrias, que han sido las patrias de las clases dominantes, de los poderosos.

En Bélgica, hemos tenido que aprender que nosotros y los belgas no somos diferentes porque tenemos culturas diferentes, que somos diferentes a algunos belgas, quizás a la mayoría, pero no a los que están al lado de los oprimidos. La vida en el exilio pasa por insertarnos en la lucha de los compañeros que tratan de romper la opresión insertándose en frentes de lucha concretos, que son diferentes a los nuestros, pero que son frentes de lucha encaminados a realizar el sueño de la revolución mundial.

Quiero, para terminar, dar las gracias a los compañeros que nos invitaron e insistir sobre la necesidad de una reflexión sobre todo lo que se refiere a la mistificación de la militancia política, en lo que se refiere a la necesidad de humanizarla, a la necesidad de politizar la vida cotidiana, al cuestionamiento de la institución, del manicomio, de la escuela, de la universidad, de los roles.

La compañera Carmen podrá explicarles la forma práctica en que llevamos adelante este esfuerzo por no dejarnos anular, sino por reconstruirnos colectivamente para seguir la lucha que un día comenzamos en América Latina.



Carmen Vieytes,
Jesús Peredo y
Luz María Robles.

Carmen Vieytes

El desafío que se nos planteó fue el de desarrollar una práctica psicosocial que no sólo enfrentara el daño, sino que, además, se insertara dentro de un proceso de crecimiento personal y grupal.

Lo que fuimos descubriendo de nuestras experiencias personales y de nuestra práctica en el seno de la comunidad fue que una de las tareas importantes, como dijo Jorge, además de reparar el daño, era utilizar la crisis del exilio en un intento de enfrentar y superar las contradicciones de la vida cotidiana.

Yo daré algunas de las ideas básicas del programa.

En primer lugar, pretende ser intracomunitario, es decir, tener como sujetos centrales a la comunidad de exiliados que, encontrándose objetivamente en situación de opresión, se saben o empiezan a conocerse críticamente como oprimidos. Otro pilar del programa es su carácter democrático, que se expresa, por una parte, en las relaciones horizontales y no jerarquizadas que existen entre los miembros del colectivo mismo y, por otra, en el diálogo y discusión abierta con el conjunto de la comunidad.

Pretendemos lograr una síntesis dialéctica entre la capacidad creativa y el poder de la comunidad de exiliados, por una parte, y la socialización de los conocimientos técnicos y científicos de los trabajadores de la salud mental.

Para que esta síntesis se concrete hemos apoyado y creado espacios de encuentro donde los técnicos y la comunidad se juntan en torno a la reflexión y a la acción.

Como tercera idea básica, se reconoce y se lucha por el derecho a la diferencia y a la contestación. Nuestra pertenencia sociocultural y nuestra visión alternativa del hombre y de la estructura social debe tener posibilidades de manifestarse y desarrollarse dialécticamente. La integración crítica, que ya mencionó Jorge, es otra de nuestras ideas básicas. A través de ésta es que el exilio puede adquirir un sentido vital, a pesar del sufrimiento y de las dificultades.

Nuestro programa se desarrolla a partir de dos prácticas fundamentales: la prevención primaria y la que llamamos prevención secundaria. La primera es el conjunto de actividades tendientes, por una parte, a detectar y a combatir los factores psicosociales que juegan un rol desencadenante y a veces etiológico en los trastornos psíquicos de los exiliados y, por otra parte, también a detectar aquellos factores psicosociales que de alguna manera puedan jugar un rol positivo en la prevención y tratamiento de estos problemas. Esto ha significado combatir y denunciar el uso sistemático de la tortura en algunos países latinoamericanos, así como la violación de los derechos humanos, el uso de la represión y del terror.

Como prevención primaria hemos intentado modificar favorablemente la difícil realidad psicosocial del exiliado político en Europa, a través de la información, organización, concientización y aprovechamiento de la creatividad y los recursos humanos y materiales de la propia comunidad.

En nuestra experiencia hemos constatado que un trabajo de acogida con una información completa, realista y precoz sobre el nuevo ambiente disminuye el riesgo de descompensaciones psíquicas. Hemos creado y apoyado la creación de grupos de reflexión y acción: grupos de mujeres latinoamericanas, grupos de jóvenes, talleres infantiles, campamentos de vacaciones, etcétera. Hemos realizado jornadas de información, animación y reencuentro, alrededor de temas psicosociales del exilio, como un antídoto importante contra la dispersión y atomización de la comunidad de exiliados.

Los tres grupos de trabajo del colectivo: el de terapia o intervención psicosocial, el de animación infantil y el grupo de comunicaciones francas, así como el equipo de administración, se encuentran integrados profesionalmente por exiliados y operadores voluntarios de la comunidad. Cada uno constituye una especie de micro-colectividad que funciona alrededor de una práctica y reflexión común.

Por último destacaremos el funcionamiento de una casa latinoamericana en Bruselas. En cuanto a la prevención secundaria, daré una breve síntesis. Corresponde al conjunto de actividades tendientes al despistaje precoz de los síntomas de descompensación psíquica, responder a la demanda de atención de un exiliado en crisis con el fin de disminuir su sufrimiento y evitar el proceso de marginalización.

En resumen, tratamos de que se pase de una terapia individual a una terapia de grupo (pareja, familia) y luego a grupos de encuentro y desarrollo, donde personas con problemas similares se encuentran; facilitación a la integración en formas de realización existentes y actividades socioculturales y, por último, participación en acciones colectivas de lucha política.

Como conclusión, quisiera insistir en el hecho de que consideramos que las crisis individuales extremas que conocemos son parte y están integradas a un proceso social. En la medida en que, como profesionales de la salud hemos estado insertos en la realidad de opresión, hemos formado este colectivo de trabajo. De nuestra experiencia como exiliados hemos comprendido que nuestro trabajo no sólo pasa por anular el daño producido por la represión y el exilio. Tan importante como eso es la reconstrucción y reorganización del tejido grupal de los exiliados.

Cuanto más la comunidad de exiliados tome conciencia de la realidad objetiva que causa sus problemas psicosociales, comprometiéndose en la lucha colectiva por cambiarla, tanto más se inserta en su realidad de exilio críticamente. El trabajo psiquiátrico, psicológico y de asistencia social sólo es útil si se prolonga en una actividad sociocultural que modifique, al menos parcialmente, las causas psicosociales de las crisis. Es por eso que la superación de ellas es una tarea en la que juegan un rol todos los miembros de la comunidad de exiliados y no sólo los especialistas.

MEDICINAS PARALELAS: POTENCIAL POPULAR PARA LA SALUD MENTAL

Sylvia Marcos

Todo acto médico es, a la vez, un acto técnico y un acto simbólico, íntimamente ligado a las conceptualizaciones y a la cosmovisión de una sociedad dada.

El curanderismo es una de las expresiones vitales de las culturas indígenas y mestizas de todo el continente. Es amenazado a la vez por los esfuerzos de nacionalización, por la influencia aculturadora de la ciencia y por la etiqueta de "ignorancia" y "superstición" que se adjudica a cualquier expresión cultural ajena a la sociedad occidental.

Los pueblos de América han sido sometidos sistemáticamente a la humillación, a la explotación y a la opresión. Afortunadamente, la explotación de clase ha sido ampliamente analizada y denunciada. Los intelectuales, investigadores e incluso activistas políticos que militan en pro de un orden social más justo han sido insensibles al etnocidio. No entiendo por etnocidio la destrucción física de las personas —esto es el genocidio— sino la destrucción de su mundo cultural, social y simbólico.

La cosmovisión, la concepción del tiempo y del espacio, los métodos de curación, las interrelaciones personales y familiares han sido objeto de escarnio, de burla y desprecio, auspiciados por la "cientificidad" de los postulados. **Creo que llega el momento de denunciar y analizar, como otro tipo de opresión, la desposesión de su mundo simbólico que sufren las inmensas mayorías de América Latina.**

La crítica a las técnicas psicológicas, psiquiátricas y psicoanalíticas ha girado en torno a algunos puntos claves de cuestionamiento: la normalización, el control social, el individualismo y el subjetivismo de esas técnicas, las relaciones de poder entre el analista y el analizado, etcétera.

Al aplicar esa crítica al medio mexicano, encuentro un estilo curativo o terapéutico al que esa crítica obviamente no se aplica. Me refiero al curanderismo. Su marco de referencia es ajeno a las técnicas de control que criticamos.

Mi propósito no es hacer un panegírico del curanderismo, ni presentarlo como **la alternativa** por excelencia ni la única para todo el mundo. Mencionaré sólo tres razones por las cuales nos interesa

1. Control autónomo de la comunidad sobre su mundo simbólico. Porque es la expresión de una realidad social donde la "diferencia", "lo diferente", sirve para dar sentido y es la esencia de su estructura y, por lo tanto, no se la maneja con segregación y aislamiento.

2. Porque es la expresión de un sincretismo (cultural) evolutivo a través del cual grupos colonizados logran sobrevivir en medio hostil.



Daniel Herrera, Laura Benaparte, Salvador Hernández,
Bernardo Baytelman.

3. Porque la relación que se establece entre el "terapeuta" y el "paciente" puede inspirar algunas alternativas para América Latina.

¿Pretendemos que el curanderismo esté exento de control social?

Hay aquí una aparente aporía. ¿Estamos cuestionando las técnicas de control social o todo control social per se? y ¿no hay también una forma de "control social" propia del curanderismo?

El curanderismo no está desvinculado de la estructura social en la que ha nacido. Como decía Toynbee (1), hay tres maneras que las minorías se relacionan con el grupo dominante: a) La minoría acepta indiscriminadamente los valores de la mayoría; v. gr.: un migrante que absorbe las normas de la sociedad dominante de una manera incluso más estricta que los mismos que pertenecen a la cultura. La minoría, en este caso, está condenada a la destrucción y a la muerte. b) La minoría rechaza radicalmente los presupuestos del grupo dominante, no establece ninguna relación de intercambio y está también condenada a su aniquilamiento. c) La minoría hace un intercambio con los valores de las clases dominantes, logrando una nueva síntesis entre lo suyo y lo del otro, creando un nuevo sistema.

Es de esto que voy a hablar. No pretendo tratar de un curanderismo prehispánico. Con lo único que podemos tratar es con "culturas indoamericanas en proceso" (2). Por lo tanto, el fenómeno que intentaré desglosar lo concibo como proceso, como cambio continuo, como sincretismo cultural evolutivo del cual el curandero urbano es uno de tantos exponentes.

Raymond Klibansky ha definido la cultura como un conjunto de límites transgresibles (3). Este concepto nos permitirá esclarecer cómo las prácticas del curandero difieren del servicio y del control social ejercidos por psicólogos y psiquiatras. Visto a través de nuestros conceptos sociales, el curanderismo aparece también como un servicio y un control social. Sin embargo, podemos añadir que como "servicio" no es individualista y como "control social" no somete al paciente a la arbitrariedad del terapeuta.

El curandero, además, ve en la enfermedad la transgresión de un límite peculiar de su cultura. Por ejemplo, la medicina de "lo caliente y lo frío" se emplea para corregir transgresiones a errores alimenticios; sustancias "frescas" son remedios de enfermedades calientes y viceversa. Pero no siempre se trata de sancionar o corregir las transgresiones. Algunas son irremediables, como por ejemplo el ser visitados por sueños premonitorios o ser tocados por un rayo y sobrevivir.* En esos casos, el curandero reubica la desviación de tal forma que ilumine el límite transgredido, desde afuera. He aquí cómo ciertas desviaciones "a la norma" son reconocidas

* Estos son llamados granizeros, y este hecho les confiere el derecho y la obligación de ser intermediarios entre la comunidad y las fuerzas telúricas.



como talentos y dones. Dones que, a su vez, obligan al que los recibió y lo ponen como personaje "fuera de lo común" al servicio de la comunidad. La misma distinción lo compromete a ser accesible a los demás. La transgresión aquí puede instituir al desviante en nuevo guardián de (nuevos) límites. Eso explica, desde una perspectiva que completa la de Toynbee, el carácter evolutivo del sincretismo al cual pertenece el curandero urbano y, en menor medida, también el curandero rural.

El terapeuta moderno, por lo contrario, es incapaz de dar sentido a la desviación. La locura —como lo es la criminalidad y hasta cierto punto la santidad (3)— es una categoría que segrega al desviante de tal forma que sólo experimenta impotencia.

Ese *apartheid*, más bien que el control social, caracteriza la sociedad industrial moderna, y los terapeutas psi no son más que un engranaje en esa maquinaria social de la exclusión. Vivimos en una sociedad aparentemente tolerante; pero tras el relajamiento de las normas éticas existe una amenaza: cualquier talento, el genio de cada uno puede ser diagnosticado como desviación y, por ende, impedido de ser fuente de creatividad.

La locura no es más que una de esas envolturas higiénicas "protegiendo" —aquí está el "servicio" social— al resto de la sociedad del contagio.

A pesar de su tan pregonada "tolerancia moral", el terapeuta está prevenido, por sus categorías nosológicas, de reconocer en su paciente un talento o "poder" análogo al suyo. En los Estados Unidos, el 30% de la población toma regularmente drogas psiquiátricas, prescritas por los médicos; casi todos esos intoxicados son desviantes potenciales.

En nuestros países latinoamericanos, a pesar de la represión política abierta, existe, en la vida cotidiana, más tolerancia a la diferencia. Conozco por ejemplo un joven en Cuernavaca que se coloca en los cruceros y pita, como si fuera policía de tránsito. A nadie se le ocurre molestarlo y tampoco hombres de batas blancas lo llevarán al manicomio. Toleramos mucho mejor que los europeos y los norteamericanos conductas atípicas.

A mayor desarrollo industrial de un país, mayor centralización del poder, menor la tolerancia, mayor el apartheid que castiga a las conductas atípicas.

Desgraciadamente, aun en nuestro medio, las técnicas de etiquetación y diagnóstico, se amplifican. Por ejemplo hace diez años, en México, no existía la categoría "problemas de aprendizaje" infantil (categoría que se aplica hoy a casi cualquier niño inquieto). Ni la necesidad de tantos psicólogos para atender tantas otras "descomposturas" del ser humano. Eso señala claramente que estamos inmersos en un proceso en el cual la crítica antinstitucional se hace siempre más vigente.

Al impulsar esa crítica en América Latina, deberíamos tomar en cuenta nuestra riqueza cultural. Con la crítica del hospital psiquiátrico y de todas las maniobras descentralizadoras que intentan importar a nuestras tierras los equivalentes del *secteur* o del **Community Mental Health**, deberíamos reservar un espacio a la defensa del curanderismo. No para integrar a nuestro botiquín psicoterapéutico quimeras "in" que alían las elucubraciones de Timothy Leary y los hongos de María Sabina, sino para protegerlo donde sigue existiendo. Porque el curanderismo, sea como tipo ideal o como realidad sincrética es una toma de posesión del mundo simbólico y/o terapéutico por las comunidades y los grupos minoritarios.*

El curandero es tradicionalmente el que "restablece el equilibrio" sabiendo la **medida** justa, que escapa a los ojos de los profanos. En el México azteca, este sentido de la medida podía estar en contradicción con la desmedida de los dioses, un poco de la misma manera que, en la Grecia antigua, existía una noción de medida independiente de furor, de la envidia (Nemesis) o de la codicia de los dioses. Más que al médico moderno, quiero comparar el curan-

* Si podemos seguir denominando minoría a alrededor de 30 millones de mexicanos del campo y de la ciudad que recurren a medicinas paralelas.

dero americano al antiguo *medicus* o **med-dicus**; el que pronuncia, **dice**, la **medida** justa. Benveniste (4) nos dice que, en la antigüedad itálica, dos variaciones dialectales de la misma palabra (**med-dicus** y **med-dix**) designaban, en pueblos vecinos, personajes para nosotros tan distintos como el médico y el juez. En Grecia **medon**, otra palabra derivada de la misma raíz, significaba el jefe militar. Benveniste supo encontrar el concepto común entre esas funciones aparentemente dispares. El "med-dicus" (o med-dix, o medon) es aquel capaz de aplicar con **autoridad** (raíz **dic**, el que habla, compare con la raíz azteca **tlat**) una medida escogida en un repertorio tradicional y adecuada a la situación presente. Si para definir al curandero, tuviera que escoger entre la máscara del médico moderno y el amplio vestido del med-dicus antiguo, tal como lo define Benveniste, escogería la segunda definición, bien consciente de todo lo que diferencia la antigüedad europea de nuestra América. En ambos mundos existen personajes capaces de conjurar el caos aplicando con autoridad medidas inspiradas por una tradición compartida por la comunidad.

El curandero es tal personaje, reúne autoridad "natural", ciencia de la medida apta a restablecer el equilibrio en su comunidad y conocimiento de la tradición (5).

Otro aspecto en el cual el curanderismo dista radicalmente de las terapias modernas es el de la relación entre el curandero y el mundo simbólico de la comunidad. El "ritual" que sirve de armazón a la cura no es absurdo ni ajeno a la comunidad. El curandero —a diferencia del médico o del terapeuta psi— pertenece al mismo grupo y a la misma clase social que el que pide su ayuda. Se ha comprobado que entre los "espiritualistas" —adeptos de una forma muy popular al sincretismo religioso— de la capital mexicana, 30-40% de las personas que reciben "curaciones" o "limpias" pertenecen a la familia extendida del curandero. En esos grupos, la proporción de personas con dones de curar es de una por cada cuatro adultos.

El "experto" curandero difiere también de su homólogo psiquiatra o psicoanalista en que él ha sido elegido por los miembros de su comunidad. Ellos le han dado el poder de curarlos. La aparente jerarquía en la relación se invierte y se reinterpreta. Quien se hace curandero no es un estudiante que, en la búsqueda de un modo de subsistir, escogió una profesión, ni siquiera aun una profesión de "ayuda a los demás", como son las ciencias psi. El no puede decidirlo arbitrariamente y decir "yo curaré". La función le llega en un juego intermitente, múltiple y complejo en donde la variable principal es la confianza en sus poderes curativos depositada por el grupo. Si esta no existe, imposible autoerigirse terapeuta. Esto es privativo de las sociedades occidentales en donde el lucro es, además, el afán principal de los profesionistas.

En cuanto al curandero —llámese shamán, granizero, sagurín, huesero— su función terapéutica no implica ganancias. Es privilegio, y a veces deber oneroso, pero nunca instrumento de poder

económico; con todos los matices de un tono básico que se distribuye de forma dispareja y desigual a través del campo y la ciudad, a veces recibe granos, animales domésticos, a veces un poco de dinero. El cliente establece generalmente el pago. El, el elegido para curar, trabaja la tierra, cuida ganado, teje telas y las borda para su sobrevivencia.

En los márgenes urbanos el curandero empieza a cobrar. Su función y personalidad sincrética incluye a veces en sus tratamientos, medicina de patente y cobra de honorarios. Estos serán estadísticamente tan eficaces como los del médico o psicólogo y nunca alcanzarán las cuotas estratosféricas de los servicios "científicos". El servicio a la comunidad es la nota predominante en su acción.

El curandero además conoce sus límites. Sabe que no le es dado ejercer su poder curativo en cada solicitante que se le presenta. Sabe medir sus fuerzas, no tiene "estrategias manipulativas terapéuticas" para sujetar a su "paciente", para hacerlo entrar en el juego terapéutico analítico, paradójico u otro. Concede que hay otros con más poder que él y los reconoce instantáneamente. Parte integrante de su saber curar consiste en conocer y aceptar sus límites terapéuticos.

Las ciencias curativas de occidente, sean bioquímicas, fisiológicas o psicológicas, consideran que todo sujeto —volcado en un molde o patrón— reacciona siempre de forma similar ante similares estímulos.

Se esquematiza la esencia humana para poder manejarla, se la reduce para comprenderla, se la sintetiza para prever sus cambios. Así se llega a esos principios generales que constituyen nuestra "ciencia", esas variables invariables que permiten suponer que no importa quién, ni cómo, ni cuándo, ni dónde, aplica una droga o un estímulo sensorial o una interpretación psicoanalítica logrará —en ese ser humano universal indistinto e idéntico no importa latitud, tiempo histórico o cultura—, la curación.

La pretensión de "objetividad" es cuestionable también. El terapeuta aséptico, distante analítico que se pretende una pared donde el paciente refleja "su" problemática, que cree que no interviene, puesto que sólo emite monosílabos de vez en cuando, que recorta de su vida y su sentir personal toda relación con el paciente, es un claro exponente de la sociedad individualista, narcisista y egocéntrica; la sociedad de las "esferas".

La disociación entre lo subjetivo, emocional y peculiar del terapeuta y el mundo de su cliente, usuario paciente, es inapropiada e ineficaz. A ningún estilo curanderil, le parecería oportuno separar la personalidad del curandero —que es su instrumentado más precioso de cura— del doliente en busca de alivio. La división artificial entre sujeto y objeto ha sido rechazada filosóficamente y metodológicamente por Sartre y Lefèvre (6) entre otros. En este sentido incluso Jay Haley admite que la psicoterapia es siempre un arte (7).

Las estadísticas de efectividad de la multiplicidad de marcos teóricos, técnicas y métodos psicoterapéuticos, señalan el mismo

CODREMI. Comité de defensa de los recursos naturales y humanos de la región mkei, organización indígena autogestiva e independiente, procura recuperar un espacio propio, tener decisión sobre su entorno físico y humano, promover y restituir su cultura, su específica historia y racionalidad, su ser autóctono. Trata de vincularse con grupos que han compartido el gran espacio de la marginación en la historia occidental moderna y contemporánea y que hoy intentan abrir cauce a los procesos propios que han sido siempre violentados por el proyecto social capitalista. Hablando: Nicolás Martínez.



por ciento de mejoría. . . ¿no sería más lógico ver en este dato numérico una prueba contundente de que no es el marco conceptual de sujeto, enfermedad, prognosis y cura, ni las técnicas de etiquetamiento y/o diagnóstico, ni siquiera los métodos de intervención terapéutica los que generan el (la mejoría) cambio? Más bien se pensaría en esa característica absolutamente irreplicable y única: la personalidad del terapeuta y en esa relación también irreplicable amigable e indefinible que transmite fuerza y lucidez al otro confundido y sufriente.

Diferenciar la inserción social y simbólica (o cultural) del curandero de la del médico incluye la percepción de una diferencia radical entre la sociedad industrial, capitalista, occidental y todas las otras (preindustriales, no occidentales) (8). La primera aparece como una yuxtaposición de dominios separados, de "esferas" casi autónomas, cada una con sus propias leyes: lo "público", lo "privado", lo "religioso", lo "económico", la "educación", la "salud", etcétera. Esas esferas se presentan como **desencastradas** o **desincrustadas** del tejido social. La economía, por ejemplo, llega aparentemente a funcionar según "leyes universales" independientes de las relaciones sociales entre los hombres. Debemos a Karl Polanyi (9), el haber reconocido que este desencastramiento, esa "autonomización" de esferas aparentemente autorreguladas, constituye la especificidad de la sociedad occidental. Es la esencia de la "gran transformación" que precedió y preparó la revolución industrial.

Nuestro lenguaje está impregnado a tal punto por esta lógica de las esferas y por el enunciado de sus "leyes", que ha sido radicalmente alterado por ese proceso de desencastramiento y ha llegado a constituirse en uno de los obstáculos mayores para la comprensión de las sociedades no desencastradas.

Esta constituye la mayor dificultad al acercarnos al curanderismo. Ciertos aspectos de las curaciones hacen pensar, en ciertas prácticas psicoterapéuticas. Pero, sería particularmente engañoso establecer una lista de paralelismos entre curanderismo y psicoterapia. Sería caer en la **falacia formalista** que consiste en proyectar nuestras categorías nosológicas hacia lo otro para reducirlo. Sería el equivalente de buscar, en sociedades no desencastradas, nuestras propias esferas en estado embrionario: la "economía", la "educación", la "iglesia" o la "educación sexual" entre los aztecas o los bororos.

El dominio del curanderismo —el espacio donde se manifiestan los actos del curandero— tiene poco que ver con nuestra esfera de la "salud mental", aunque ciertos actos del curandero se puedan contemplar con una interpretación "médica". Esos mismos actos se podrían también interpretar como manifestaciones de la **religiosidad** (10) popular o como medidas "políticas" aptas para restablecer el orden en la comunidad (11).

La mayoría de los estudios sobre Medicina Tradicional se fundamentan en una búsqueda de paralelismos. Con buenas intenciones, para "defender" las medicinas "apócrifas", desarrollan una

"Creo que estos tipos de 'emergencias' —como el curanderismo— son muy importantes porque se salen de los márgenes del poder, y quisiera que no bicléramos más que respetarlas porque si las tomamos en nuestras manos, como técnicos, las vamos a mediatizar. Es muy importante que queden como gestión autónoma de las poblaciones populares".

Sylvia Marcos

Doña Lola





"La locura no ocupa sola el espacio de la marginalidad; se hace acompañar de muchos 'otros' seres de no-razón, de no-dominio, de no-poder y apartados, por ello, de un tajo, de la posibilidad y capacidad de decisión y organización".
"Esta separación del mundo 'razonable' y dominante comprende a los pueblos indígenas, no sólo a los 'locos' de estas etnias, sino a todas ellas, que se convierten debido a ello, en 'incapaces e inmaduros', objetos sobre los cuales está dado decidir".

Ruth Piedrasanta



Bernardo Baylón

lista supuestamente exhaustiva de equivalentes entre la herbolaria y la medicina de patente, minerales y compuestos químicos vegetales que son el componente básico de los psicofármacos.

Crean salvar así a la "medicina tradicional" o "paralela" de la sospecha de superstición. Lo que encubren de un trazo es todo el contexto social en donde están incrustadas estas terapéuticas: conceptos de salud, de enfermedad, de sujeto y de su rejuego con lo social, de vida familiar, amorosa y religiosa.

El curandero se apoya a menudo sobre mecanismos simbólicos que, para oídos occidentales, tienen una connotación netamente peyorativa. George Foster describe cómo en casi todas las sociedades "de bienes limitados" la envidia puede funcionar como un regulador social (12).

Los antiguos americanos, las comunidades indígenas anteriores a la edad del ISSSTE y las comunidades sincréticas de los márgenes urbanos, comparten una cierta noción del bienestar y de la salud. Se expresa en la poesía y el canto, y los antropólogos recurren, para transcribirla, a la metáfora de un **equilibrio multidimensional**. Quien amenaza este equilibrio en una de sus dimensiones amenaza la sociedad y pone en peligro la vida de sus miembros. Existe un **repertorio** de recursos —algunos técnicos, muchos de ellos simbólicos— para conjurar el caos. Los curanderos conocen esos recursos y tienen autoridad para aplicarlos.

Existe una **irreductibilidad** de la **salud americana** a los conceptos de salud de la sociedad industrial capitalista. Leyendo a los cantares nahuats en la traducción de Miguel León Portilla se descubre, en el canto y la poesía azteca la expresión de la fragilidad de la vida y se define como salud la afirmación única de un rostro, de un corazón (13).

Permitámonos reconocer sus singularidades, respetarlas como emergencias populares y aceptar las dimensiones terapéuticas innovadoras que aporta.

BIBLIOGRAFIA

- 1) TOYNBEE, A. **A Study of History**, Vols. 1-6. London, Oxford University Press, 1954.
- 2) ARIZPE, L. "Los Indígenas, el Retorno Imposible", en: **NEXOS**, México, 1981.
- 3) Citado por ILLICH, I. "On Style: the Root of Dissidence, Deviance and Delinquency", en: **CIDOC Documenta**, I/V, No. 83, Cuernavaca (Apdo. 479) 1973, p. 26 1-9.
Retomando el argumento de Klibansky, Illich escribe "Concibo las culturas como sistemas totalmente diferentes de cualquier otro sistema. Las culturas como sistemas pertenecen a una clase aparte, porque son constituidas de reglas que pueden ser transgredidas y cuya transgresión es parte del sistema".

- 4) **BENVENISTE, E. Le vocabulaire des institutions indo-européennes**, Vol. 2. Paris, Les Editions de Minuit, 1969, p. 123 ss.
Sobre los dos conceptos de medida y sus equivalentes en los idiomas indo-europeos.
- 5) **MARCOS, S.** "Curanderismo... ¿Potencial Popular para la Salud mental?" Contribución al cuadragésimo primer Congreso de Americanistas, Vancouver, agosto 1980.
- 6) **Problemas de Método.** Jean Paul Sartre en R. D. Laing, D. F. Cooper. Razón y violencia. Paidós. Buenos Aires, 1973.
LEFEBVRE, H. De lo Rural a lo Urbano. Barcelona. Ediciones Península, 1973.
- 7) **HALEY, J.** Strategies of Psychotherapy. New York. Grune & Stratton, 1963.
- 8) Para una exposición de lo que diferencia radicalmente la sociedad industrial occidental, de todas las que la precedieron y de todas las que lograron escapar a la **occidentalización** ver:
ILLICH, I. **Gender**, New York, Pantheon, 1982.
Ver también:
DUMONT, L. **Homo aequalis**, Paris, Gallimard, 1977.
- 9) **POLANYI, K.** **The Great Transformation**. Boston, Beacon Press (1957 1944).
- 10) Sobre la **religiosidad**, en tanto que se opone a la religión, ver:
ILLICH, I. **Gender**, op. cit. nota 117, p. 161.
"El estudio de la religiosidad popular es algo distinto del estudio de la religión al cual se dedican las ciencias religiosas".
- 11) Sobre métodos vernáculos de hacer justicia sin la intervención de las instituciones oficiales, ver:
SOUSA SANTOS, B. de. "Law against law", en **CIDOC Documenta** I/V No. 82, Cuernavaca (Apdo. 479), México, 1973, p. 17/ 1-23.
Sobre los orígenes aztecas de la medicina vernácula mexicana, ver:
LOPEZ AUSTIN, A. **Medicina nahuatl**, México 1971, SepSetentas.
Contiene, además de numerosas vistas originales, un excelente comentario crítico de Foster.
- 12) **FOSTER, G. M.** "The anatomy of envy: a study in symbolic behavior", en: **Current Anthropology** 13 (2), abril 1972, pp. 165-202.
FOSTER, G. "Peasant society and the image of limited goods", en: **American Anthropologist**, 67, 1965.
Reprimida hipócritamente por la cultura occidental —donde aparece bajo formas peores— la envidia es, en las sociedades indo-americanas, un poderoso —y doloroso— regulador social que se opone a la acumulación exagerada y garantiza una cierta igualdad entre miembros de una comunidad. Ver también:
FOSTER, G. M. "Peasant Society and the Image of Limited Goods". Sobre la hipócrita represión de la envidia por la sociedad occidental y su reaparición larvada, ver: **SCHOECK, H.** **Envy, a theory of social behavior**. New York, Harcourt, Brace and World Inc., 1969.
- 13) **BORREMANS, V.** **The Inverse of Managed Health**. En Tecno Política. Cuernavaca, junio 1977.

Bernardo Baytelman

El sentido positivista del progreso encierra un razonar maniqueísta de lo verdadero y de lo falso, que atribuye a la cultura occidental el valor de lo verdadero, y a las demás culturas el de lo falso. La prepotencia colonialista, que nos hace razonar con estas categorías, nos ha conformado una lógica que acepta como unidad taxonómica los valores del capitalismo, o, si se quiere, los valores de la sociedad de consumo. Y además, en lo que se refiere a América Latina, el imperialismo tecnológico cultural nos obliga a copiar los modelos culturales de los países desarrollados sin tomar en cuenta las verdaderas necesidades nacionales.

Por otro lado, el caso de la farmacología —mucho más evidente que el de la medicina—, se presenta con ribetes macabros. La industria respectiva, también centrada en el espíritu de la competencia y de la productividad ha llegado aun a transformar la medicina, convirtiéndola en una de las herramientas de sus fines de lucro. Es así como se subsidia a los médicos que recomiendan sus productos mediante premios o incentivos. Y como, por las mismas razones, dudamos de la moral de los galenos que —conocedores del fenómeno— aconsejan para determinados males determinados específicos que, muchas veces, enferman otros órganos, de modo que el paciente debe volver a consultarlos a causa de secuelas. Así, la alianza entre las grandes entidades de la medicina y de la farmoquímica progresa, paradójicamente, en desmedro de la salud. Por otra parte, y debido a sus altos precios, estas medicinas de marca sólo son accesibles a un número bastante limitado de individuos, lo que hace, nuevamente, que el sector campesino, el más pobre de nuestros países, no reciba ninguno de sus dudosos beneficios. Sucede, entonces, que médicos y medicinas no están al alcance de una gran cantidad de ciudadanos. Justamente de aquellos que más lo necesitan por su desnutrición y sus enfermedades.

Desde el punto de vista religioso, las dos culturas que se enfrentan, traen sus propias concepciones de la enfermedad y la muerte. Sin embargo, las dos presentan una visión unificada de ciencia y religión, es decir, un modo sobrenatural de enfrentarse a la biología. En ambos casos priva la omnipotencia de las fuerzas mágicas. Con diferencia, claro está —de enfoque—, la medicina y la religión se encuentran íntimamente ligadas. En ambos casos la etiología se sostiene, en última instancia, sobre poderes sobrenaturales.

Desgraciadamente, quienes dejan testimonio del mundo de la medicina indígena han separado, como inútil o supersticioso, todo el trasfondo cultural de la medicina nahuatl, que se cimentaba en sus ritos y creencias curativas. Nos remiten sólo al aspecto práctico y nos niegan la posibilidad de comprender la ideología que sustenta su medicina.

¿Cuál es, en realidad, el característico sello de la llamada "medicina azteca" que, a la llegada de los españoles agutinaba ya todas las experiencias de los pueblos vencidos? Los hombres que ejercitan la medicina azteca son los dueños de los mismos atributos sagrados de los sacerdotes. La ira incontrolable de los dioses es causa de las enfermedades, y en el diagnóstico y en el tratamiento de las dolencias intervienen fuerzas divinas. La medicina, al igual que otros sistemas de la sociedad azteca, se sitúa en el plano de lo sobrenatural, rige dentro de un clima profundamente místico.

Lo mismo ocurre con los españoles que trajeron a Dios, pero del brazo del demonio cristiano y las supersticiones moras. Y en cuanto a medicina, pero bien tamizado por la visión del cristianismo de su época, el inmenso caudal grecolatino.

Esta similitud, en cuanto a concepciones mágicas y religiosas, es la que induce a confusiones y la que imposibilita, muchas veces, la distinción de los principios que rigen cada una de las culturas médicas que se enfrentan. La mayoría de los recopiladores que transcriben o interpretan —para los españoles— la cultura médica prehispánica, adaptan estos conocimientos a los valores científicos y éticos del mundo occidental: los españoles, por su propia manera de ver el mundo; los investigadores indígenas, por miedo a ser culpados como cómplices del demonio.

Sin embargo, los conquistadores descubren, sorprendidos, el mundo nuevo de las hierbas desde un punto de vista más científico que el europeo: por primera vez se encuentran con un jardín botánico con las cualidades y características del que se creó en Oaxtepec por orden de Moctezuma II. Aprovechan así, un poco apresuradamente, las nuevas medicinas necesarias para curar los males que traen, ellos mismos, desde otras tierras.

Todo lo que sabemos de la medicina azteca —aunque, como se ha dicho, teñido por la visión occidental— proviene de estudios realizados en el mismo siglo en que se enfrentan estas dos culturas, transcritos en las obras de los cronistas españoles y de los cronistas criollos, como Fray Bernardino de Sahagún, Martín de la Cruz, Juan Badiano, Francisco Hernández, que describen y relatan estas experiencias y nos permiten apreciar el sentido y la personal capacidad de aprehensión de los mismos autores, que dan a estos estudios no sólo el carácter de una crónica, sino la posibilidad de analizar el ojo del cronista, determinado por la cosmovisión y las limitaciones de los prejuicios de su época.

La Colonia introduce en las prácticas médicas de la Nueva España el elemento negro, que se funde con el indígena, dando al total una tonalidad distinta. Ambos grupos, perseguidos por el Santo Oficio, refugian su saber en prácticas secretas. Sin embargo, el choque de estas tres culturas —en el cual la española considera a las otras dos de "brujerías" —altera notablemente la primera visión que cada una de ellas tenía sobre el original sentido de su medicina. Pero, a pesar de la influencia hispana o la influencia negra, la práctica de la medicina indígena se mantiene viva a través

de los siglos, y hasta el momento actual, primeramente porque los españoles, y luego los criollos, nunca se preocuparon por la salud de los indígenas. Las pandemias acaecidas en los primeros tiempos de la Colonia no obtienen más respuesta, por parte del conquistador, que la traída de esclavos negros. Así, las prácticas médicas, entonces, siguen sirviendo a los problemas de salud de los naturales y se mantienen vivas hasta hoy —con una que otra influencia de España, del Congo o de Guinea— en casi toda el área rural del territorio mexicano.

Se produce, entonces, desde la Colonia, un fenómeno que aún hoy estamos viviendo: el funcionamiento de dos clases de medicina. Una medicina que se basa en la magia —patrimonio de la población mayoritaria del país—; y una medicina de tipo racional, privativa de una minoría peninsular. Dicotomía que también se refleja en el mercantilismo español, por una parte; y, por otra, en la economía de subsistencia característica de la población indígena. Mientras una persigue la concentración de la riqueza, de la tierra y de los medios de producción en unas pocas manos privadas, la otra tiende a la dispersión de los bienes y servicios, y a la tenencia comunal del agro. Mientras en la primera el prestigio se alcanza por medio del dinero, en la otra se obtiene en cuanto a los servicios prestados a la comunidad.

México cuenta con 30 millones de habitantes que viven en el campo, y del campo, y que reciben —por lo tanto— una muy precaria atención médica. La mayor parte de estos campesinos recurre, en consecuencia, a las recetas de los curanderos locales, y a los cuidados de las parteras empíricas.

Si se toma en cuenta lo que dijimos anteriormente, en el sentido de que la medicina nahuatl prehispánica tuvo una influencia decisiva en la medicina occidental y que desde la Colonia hasta hoy se practica en vastísimos sectores de la estructura mexicana, tendríamos que darle —realmente— la importancia que se merece.

El curandero actual al igual que la partera constituyen, en esencia, los auténticos herederos de los antiguos médicos prehispánicos. Su conocimiento de las plantas nativas, íntimamente relacionado con los ritos antiguos —en los que se entrelazan las tres culturas iniciales, se amarra a la sabiduría acerca de otras plantas traídas desde fuera y a aspectos numerosos de la medicina moderna.

Es necesario retomar los conocimientos de herbolaria y medicina tradicional, actualizarlos y elevarlos a través de todas las posibilidades que hoy permite la ciencia en cuanto a experimentaciones de tipo químico y biológico, con la finalidad de regresarlos, de integrarlos de nuevo —y en condiciones superiores— a su auténtico origen. A la salud de aquellos que más lo necesitan. Al patrimonio cultural del pueblo.



Votación del documento de conclusiones.

DOCUMENTO DE CONCLUSIONES

Este documento fue, primero, redactado por una comisión latinoamericana, elegida y constituida democráticamente.

Posteriormente, se propuso a la Asamblea en pleno del Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría y fue modificado, corregido y enriquecido por votación ampliamente mayoritaria.

Los participantes en el Primer Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría, reunidos en Cuernavaca, Morelos, México; del 2 al 6 de octubre de 1981 acuerdan:

DENUNCIAR:

1) La existencia de dictaduras militares y regímenes represivos que utilizan la represión y el terror como instrumentos de control político en las sociedades de clases en América Latina. Especialmente, nos referimos a los regímenes de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Haití, Uruguay, Paraguay, El Salvador, Guatemala, Honduras y a otros regímenes de control social.

2) La participación, dentro de los aparatos represivos de estos países, de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de salud, conjuntamente con profesionales de la tortura. Una de las manifestaciones más brutales de estos sistemas de terror es la desaparición de miles de mujeres, hombres y niños que son secuestrados por los aparatos represivos y cuyo paradero se desconoce.

3) La violencia cotidiana y la segregación que en nuestro continente golpea a los sectores oprimidos: obreros, campesinos, indígenas, mujeres, niños, psiquiatrizados, ancianos, así como a los homosexuales y a otros sectores estigmatizados por el sistema.

4) La existencia, basándonos en los testimonios de los diferentes representantes de países latinoamericanos, de instituciones totalitarias: manicomios, hospitales psiquiátricos, cárceles y correccionales, los llamados asilos y "centros de protección social", hogares de menores, etcétera, en donde los confinados son maltratados física y psicológicamente, estigmatizados y segregados de un medio social.

5) La existencia de una política y una práctica de salud mental que, partiendo de los aparatos estatales, tienden a psiquiatrizar y mistificar como trastornos psicológicos lo que es producto de los conflictos sociales.

6) La existencia, ligado a lo anterior, de una práctica empresarial de la medicina y la psiquiatría, donde a menudo se encuentran implicados funcionarios del aparato estatal, favoreciendo los intereses económicos de las transnacionales de la industria farmacéutica.

7) La penetración de organismos y estructuras gubernamentales a nivel comunitario. Este proceso, a través de la descentralización de las instituciones y de los servicios "psicológicos" comuni-

tarios, apunta a integrar las comunidades en la ideología dominante, manipulando sus exigencias y sus características de clase.

8) Las contradicciones y conflictos que genera a la mujer la opresión a la que está sujeta, interpretándose como "psicopatológicos" desde el punto de vista de las técnicas de la conducta, por medio de la psiquiatrización de conflictos que son expresión de la dinámica opresor-oprimido y de la rebelión individual, a veces desesperada ante una situación objetiva de dominación.

Por tanto, igualmente condenamos las que, bajo la cubierta de una supuesta neutralidad, no son más que interpretaciones científicas que son mera expresión de la ideología sexista en la persona del terapeuta, acudiendo al uso de psicofármacos, métodos físicos, químicos e incluso el encierro.

9) La utilización de diversas técnicas psicológicas (industrial, educativa y social) al servicio de la burguesía, cuyo objetivo es fomentar la segregación étnica, cultural y social.

10) La opresión y persecución sistemática que se ejerce cotidianamente por agentes policíacos en distintos países latinoamericanos de niños abandonados, adolescentes y jóvenes que, por razones de estructura social injusta, deambulan y viven en las calles.

11) La utilización de métodos psiquiátricos y psicológicos contra las lesbianas y homosexuales, argumentando que son personas a las que hay que "orientar" o "curar" para su "adaptación" a la sociedad.

12) El carácter clasista y antipopular de la formación científica, acrítica y aceptacional con las que se educa a los futuros profesionales de la salud mental.

A partir de lo anterior, la Asamblea del Primer Congreso Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría acuerda la siguiente plataforma:

1) Luchar por la desarticulación y derrocamiento de las dictaduras militares y de los regímenes totalitarios con fachada democrática, por las libertades democráticas y el mejoramiento de las condiciones de vida de las masas populares en nuestro continente, vinculados con los movimientos sociales y políticos latinoamericanos.

2) Organizarnos y luchar por la destrucción de la institución manicomial y de las políticas estatales de salud mental que intentan psiquiatrizarse los conflictos sociales.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

a) Seguir denunciando las violaciones a los derechos humanos al interior de las instituciones psiquiátricas y otras instituciones custodiales.

b) Luchar por el mejoramiento de las condiciones de vida de los psiquiatrizados y la conquista de las libertades democráticas al interior de los manicomios.

c) Impedir el internamiento en los manicomios y la psiquiatrización de los conflictos por medio de:

1. La lucha en contra del carácter empresarial de la medicina y la psiquiatría, la psicología industrial, social y educativa.

2. El desarrollo de prácticas alternativas a la psiquiatría, psicología y otras técnicas de la conducta que, tomando en cuenta la realidad histórica y un análisis de la situación sociopolítica de cada país, se inserten en los procesos sociales.

3. Respetando las realidades de cada país y el carácter particular de cada una de las experiencias que ya se desarrollan, proponemos como ejes de esta práctica alternativa los siguientes puntos:

a) Que sean prácticas preventivas, centradas en la disminución del sufrimiento psíquico sin mistificar los conflictos sociales.

b) Que sean prácticas democráticas con amplia participación del tejido social, tanto en calidad de agente de salud y como organismo de control del poder profesional y de la utilización de recursos.

c) Que sean prácticas que se realicen con y desde el pueblo, donde los trabajadores de salud mental desmitifiquen su poder, socialicen sus conocimientos y reconozcan la creatividad, el poder y el saber popular, para echar así las bases de una medicina y una psicología democráticas, populares y liberadoras.

d) Nos proponemos luchar por una legislación sobre la defensa de los derechos del paciente psiquiátrico institucional y ambulatorio y exigimos que los servicios de salud mental sean públicos verificados y controlados por la población.

3. Luchar por un cambio de los "programas de formación" de los trabajadores de salud mental en las universidades, de tal manera que se adecuen a las necesidades de las amplias masas y a las realidades históricas de cada país, dándose espacio al conocimiento y práctica de las alternativas en salud mental.

Como objetivo inmediato proponemos que las redes alternativas a la Psiquiatría que se formarán en cada país se preocupen por organizar programas de formación alternativos a los oficiales para desmitificar la enfermedad mental e intercambiar experiencias prácticas.

4. La Red Latinoamericana se compromete a apoyar, promover, difundir y defender las experiencias alternativas en los diferentes países del continente.

Como propuesta inmediata se plantea la defensa de la experiencia llevada a cabo en el Hospital Psiquiátrico de Tunja, en Colombia, que desde 1973 sufre el embate permanente del sistema, así como la defensa de la lucha del pueblo mixe y otras minorías étnicas, de las organizaciones de las trabajadoras de servicio doméstico en México, Colombia, Brasil y Perú, de las organizaciones del movimiento feminista y del movimiento de liberación homosexual en Latinoamérica.

5. Hacer una campaña de denuncia, información y difusión de trastornos que causan los psicofármacos, ligándolos a la infor-

mación sobre los intereses económicos que están detrás de la utilización masiva de ellos, así como los riesgos y la manipulación que está implicada en diversas orientaciones psicoterapéuticas, incluido el psicoanálisis.

6. Como propuestas organizativas planteamos:

a) La constitución de una Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría.

b) La organización de redes por países.

c) En lo inmediato, sugerimos la designación en esta asamblea de:

Un contacto provisional por país que será ratificado una vez que se constituya la sección de la Red en los diferentes países latinoamericanos. En lo que se refiere al exilio latinoamericano, se propone la designación de un representante de la Red en Europa y otro en América Latina. La Red Latinoamericana mantiene y multiplicará, colegial e individualmente, relaciones e iniciativa con la Red europea en todos los modos y formas posibles.

Una secretaría provisional de la Red que se encargue de la transmisión de las actividades y luchas de las redes nacionales, al mismo tiempo que coordine el trabajo a nivel latinoamericano. Como proposición concreta planteamos que esta tarea sea asumida por la delegación brasileña.

La organización de un segundo encuentro y un primer encuentro de la Red en Brasil, en 1983.

d) Como objetivo a mediano plazo proponemos la constitución de una comisión organizadora de la Red a nivel latinoamericano, constituida por un representante por país, elegido democráticamente por la Red nacional, así como un representante de los exiliados en Europa. Esta comisión tendrá como objetivo vincular y coordinar las diferentes acciones emprendidas por las secciones que conforman la Red, destinadas a la puesta en práctica de la plataforma de lucha.

Indice

Introducción	5
Agradecimientos	7
Insistimos	8
En recuerdo a Franco Basaglia	9
Introducción al I Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría	13
¿Qué es la Red (RESEAU) Alternativa a la Psiquiatría?	21
I. REVOLUCION INDIVIDUAL. REVOLUCION COLECTIVA	
• La práctica de la revolución. Alvaro Osio (México)	23
• Revolución Molecular. Félix Guattari (Francia)	25
• Sobre el concepto de igualdad. Raúl Olmedo (México)	32
II. EL ESTADO Y LA PSIQUIATRIA	
• Sociedades transnacionales, psiquiatría y aparato de Estado. Robert Castel (Francia)	35
• La institución destruida. Franco Rotelli (Italia)	39
• Ideología de la psicología industrial. Jorge Alvarez Martínez (México)	43
III. ANALISIS CRITICO DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN MEXICO	
• Una ideología mexicana: la socialización institucional. Claudio Martini	46
• Práctica institucional psiquiátrica en México. Carlos Rodríguez Ajenjo	52
• Desarrollo institucional de la atención del psiquismo en México. Eduardo Cooley	57
• La ideología médica en los hospitales psiquiátricos. Mario Campuzano Montoya	63
• La Universidad ¿puede presentar alguna alternativa a la psiquiatría? Teresa Doring	67

• ¿Quiénes llegan a los hospitales psiquiátricos? Teresa Gurza	72
• Delegación internacional denuncia la situación en el hospital "Fernando Ocaranza"	89
IV. SITUACION BRASILEÑA	
• Locura y contención en Brasil. Antonio S. Simone	93
• Seguro médico y neurosis. Tácito A. Medeiros	101
• Política de la salud en Brasil. Gabriel Figueiredo	108
V. SITUACION COLOMBIANA	
• Contexto sociohistórico de la locura en Colombia. Alvaro Villar Gaviria, B. Jiménez Domínguez	111
• Contexto social e intervención del psicólogo. Carlos Arango	116
• Testimonio de una psiquiatrizada del Hospital de Boyacá	119
• El hospital "abierto" de Boyacá: la búsqueda de una alternativa de intervención institucional. Héctor Cruz	122
VI. APORTES DE HONDURAS, PERU, CHILE, EL SALVADOR Y ESPAÑA	
• Consideraciones sobre la historia de la psiquiatría en Honduras. Héctor Murcia Pinto, Daniel Herrera S.	125
• Ideología y psicoterapia en Perú. Carmen Pimentel Sevilla	131
• La psiquiatría en Chile. Jorge Barudy	132
• Instituciones psiquiátricas en El Salvador. Reginaldo Hernández	134
• Situación psiquiátrica en España. Pedro Novelo	139
VII. CRIMEN Y TORTURA. LA ALIANZA EXITOSA DE LA REPRESION POLÍTICA Y LAS TECNICAS PSICOLOGICAS	
• El crimen del tratamiento forzado. Leonardo Roy Frank	143
• La tecnología de la tortura. Giovanni Jervis (Italia)	156
• Prisión política y suicidio: muertes en las cárceles argentinas. Beatriz Aguad (Argentina)	171
• Represión y lucha política: connotaciones psicológicas. Jorge M. Flores Osorio (Guatemala)	174
• La tortura, causas y efectos psicopatológicos. Reginaldo Hernández (El Salvador)	179
• El tiempo de los desaparecidos. Laura Bonaparte (Argentina)	184

VIII. MUJERES: PARTICULARIDADES DE SU OPRESION

• El síndrome femenino y el psicoterapeuta. Sylvia Marcos	189
• Terapia feminista como alternativa terapéutica. Luz Helena Sánchez (Colombia)	198
• Mujer campesina y locura. Ma. Eugenia Rojas, Marina E. Rivero (Colombia)	204
• Trabajo doméstico: enajenación, explotación y lucha. Ema Pérez Hernández	206

IX. ESTRATEGIAS AUTOGESTORAS

• Trabajando dentro del sistema. Wade Hudson (Estados Unidos)	209
• Críticas al sistema de salud mental: la necesidad de los ex pacientes de organizarse. Fred Masten (Estados Unidos)	213
• Red de apoyo en crisis. La comunidad absorbe la locura. Beatriz Herrera y Paulina Salgado (México)	215
• Lo que se ha propuesto "Procesos de acción comunitaria"	217
• Praxis política y subjetividad. Patricia Wynne (Estados Unidos)	219

X. TECNICAS ALTERNATIVAS: SOLUCIONES EN TRANSITO

• Situación de las alternativas en Europa. Robert Castel (Francia)	223
• Terapia política y técnica. Antonio Slavich (Italia)	226
• La práctica de la psicoterapia radical. Robert Schwebel (Estados Unidos)	229
• Identidad y exilio. Raquel Barón de Neiburg en colaboración con Graciela Attina, Diana Cruces, Solange Matarasso	237
• Grupo Terapia COLAT: latinoamericanos en Europa. Jorge Barudy (Chile), Carmen Vieytes (Uruguay)	246
• Medicinas paralelas: potencial popular para la salud mental. Sylvia Marcos	253
• Cosmovisión y medicina. Bernardo Baytelman	266

DOCUMENTO DE CONCLUSIONES	271
---------------------------------	-----

Esta edición consta de 3,000 ejemplares.
Se terminó de imprimir en los Talleres de
Impresiones Editoriales, S.A. de C.V.
Dr. M. Ugarte 155, Col. Doctores, México, D.F.
en agosto de 1983.

AMERICA LATINA HOY, la psicología hoy, la psiquiatría y la antipsiquiatría conformaron los temas fundamentales de este primer encuentro de profesionales psi latinoamericanos (Cuernavaca, 1981), a los que unieron sus voces los compañeros de lucha de Europa y Estados Unidos.

Centro de encendidas polémicas y vigorosos análisis fue la situación de las víctimas de torturas y crímenes políticos perpetrados con el auxilio de las técnicas psi, la vida cotidiana de los internados en los hospitales psiquiátricos, la explotación de millones de seres condenados a la miseria en nuestro continente, el feminismo y la homosexualidad.

Este libro recoge las diversas ponencias y el particular enfoque de cada uno de los participantes en este congreso que ha sido de importancia primordial para el enriquecimiento de las posibles alternativas planteadas a la psiquiatría.

Colaboraciones de:

CASTEL • SIMONE • GUATTARI • VILLAR
GAVIRIA • JERVIS • RODRIGUEZ AJENJO
• ROTELLI • CRUZ • SLAVICH • MEDEIROS
ROY FRANK • DORING • OLMEDO • BARUDY
• FIGUEIREDO • MURCIA • HUDSON •
BARON • COOLEY • SCHWEBEL • SANCHEZ
• HERRERA • CAMPUZANO • BAYTELMAN
• HERNANDEZ • OSIO • ALVAREZ •
JIMENEZ • NOVELO • PIMENTEL • ARANGO
• MARCOS • AGUAD • FLORES •
BONAPARTE • ROJAS • RIVERO • WYNNE
• HERRERA • MASTEN • MARTINI •
• PEREZ • VIEYTES • SALGADO.