

“Se puede hacer”: Apuntes para una sociedad sin manicomios desde la psiquiatría democrática italiana¹

Agustín Barúa Caffarena²



“Hay que llevarle al Neuro”. Esta es la inexorable respuesta con la que nuestra sociedad replica a la locura, pero ¿hay otra forma?, ¿podemos acercarnos a la locura sin encerrar y castigar, sin etiquetar y condenar?

Se puede. *Si puo fare* (se puede hacer, en italiano) es casi un lema de la psiquiatría democrática italiana, la experiencia que ha generado una sociedad sin manicomios³.

Se cumplen ya 40 años de la prorrogación de la famosa “ley 180” o “ley Basaglia”, hito central en ese proceso, que incluyó la prohibición de internaciones en hospitales psiquiátricos ya existentes y de la habilitación de nuevos psiquiátricos, y la generación de instituciones sustitutivas a los manicomios.

Con este antecedente, y en el marco de la vanguardista ley de salud mental argentina, se realiza allá el proyecto “Por un país sin manicomios”. Este busca apoyar los procesos de adecuación a la ley de las prácticas manicomializadas en las instituciones de salud dentro de un convenio entre el Ministerio de Salud argentino, la Conferencia Permanente por la Salud Mental del Mundo (COPERSAMM), el Consorcio de Cooperativas (COSM), la Conferencia Basaglia Argentina y el Departamento de Salud Mental de Trieste (Italia). Este último lugar es la sede de la experiencia referencia mundial en desmanicomialización y políticas públicas de salud mental.

1 Para este escrito agradezco a Celeste Romero, Roberto Colaprieto, Giovanna Del Giudice, Chiara Luchetta y Roberto Mezzina.

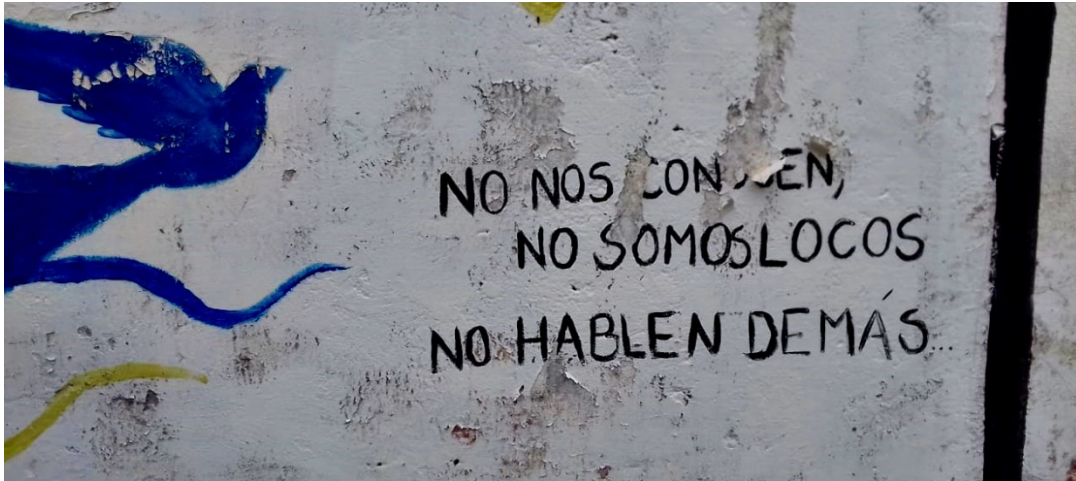
Dedicado a quienes trabajan por la salud mental en Rosario del Tala.

2 Psiquiatra de Atención Primaria de Salud. Antropólogo. Integrante de Noimbai y de ALAMES (Paraguay). Docente e investigador de la Universidad Nacional de Pilar.

3 En Italia, desde el 2017, tampoco existen manicomios judiciales.

Del 26 al 28 de noviembre, se hizo una visita a Rosario del Tala (Entre Ríos) donde se trabajó el proceso de desmanicomialización de varias instituciones locales⁴.

A continuación van, a modo de relatos reflexivos, los diálogos entre trabajadores de salud mental entrerrianos y triestinos.



Una convicción indispensable

Se parte de dos reivindicaciones ético - políticas: uno, que el estigma y el encierro como abordajes en salud mental son inaceptables; y dos, que las personas en sufrimiento psíquico deben recuperar sus derechos como personas para vivir en el mundo.

Daban este ejemplo “Pongan entre paréntesis a estas 20 personas [las que están internadas en ese psiquiátrico], supongamos que Pedro de 17 años está complicado con drogas, o piensen en sus nietos: ¿Vendrían a consultar a un manicomio?, ¿Te gustaría que lo tengan así encerrado? ¿Lo volvemos a él también un interno crónico? Va a ser muy difícil que, actualmente, el manicomio sea una referencia para los problemas contemporáneos de salud mental. ¿Es fácil lo que propongo? Absolutamente no, pero prueben a pensar en Pedro, las soluciones vendrán después”.

En las visitas a diferentes instituciones de salud era evidente el malestar de la delegación italiana ante las formas de estar (des)organizados los servicios. Con claro malestar definieron manicomio como los lugares donde la ciudadanía se ajusta al servicio, no los servicios a la ciudadanía.

Ni simple ni rápido

Cuestionaba un enfermero si porque teníamos que crear nuevos lugares ya que teníamos todo ya en el manicomio. Sin duda que estos procesos no son “sacá de acá, poné allá”.

⁴ Hospital Psiquiátrico L. Ellerman, Centro de Salud 7, Hospital General San Roque y casas de medio camino (3).

Como dijo después un médico de APS⁵ “es integrar lo que nunca debió ser desintegrado”. Cambiar organización, cambiar metodología, cambiar cultura de trabajo nunca fue cosa simple ni llevó poco tiempo.

Para comenzar hay que comenzar

Por momentos había un gruñido entre los trabajadores de las instituciones locales acerca de que lo que en Europa se ve tan fácil de lograr resulta imposible en Latinoamérica.

Pero nos respondían que hace 40 años también les fue muy difícil al inicio del proceso en Trieste: era un psiquiátrico con 1215 personas internadas en 1971, sin ley de salud mental y sin antecedentes de transformaciones institucionales en que respaldarse.

Sin embargo se pudo hacer. La delegación triestina resultaba hasta desafiante en planteos a quienes trabajan en ese psiquiátrico: “Definamos una fecha de cuándo no se va a internar más gente en este manicomio”.

Desmanicomializar es inventar

Cuentan que Franco Rotelli -un referente de la reforma italiana que se caracteriza por lo intuitivo de sus planteos- había propuesto que los cuartos de un pabellón del hospital psiquiátrico de Trieste (el San Giovanni) en proceso de cierre, se convirtiera en oficinas de proyectos juveniles, pero sugirió que Onorina -una interna de varias décadas- permaneciera en su cuarto ¿Significaba esto que para ella debía seguir el manicomio? En un tiempo, Onorina pasó a una cotidianeidad muy vital entre esta juventud que la reconocía y celebraba.

“Yo no estoy formado para trabajar en territorio”, insistirán varios trabajadores del psiquiátrico en Entrerríos. La respuesta fue que cada quien sabemos hacerlo, lo hacemos todo el tiempo: cuando te juntás en una plaza, cuando charlás en las veredas. En un grupo de convivencia en un apartamento, nuestra función es sacar afuera todos los recursos que tienen los usuarios.

Un rato después una cocinera –tomando el espíritu del cambio de modelo- se pregunta y se responde “¿Qué lugar ocupo yo ahora? Puedo enseñarles a cocinar, eso hace falta para vivir en una casa”.

Si nuestro trabajo siempre ha sido cuidar, ahora es inatajable otro verbo al lado: inventar.

Salud (y salud mental) es mucho más que medicina y médicos

Por mucho tiempo el rol de la psiquiatría fue el de guardiana, dando custodia como cuidado. Ante esto, la experiencia triestina se centra en dos cuestiones.

5 Atención Primaria de Salud.

La primera es ocuparse de una persona específica a través del proyecto particular de cada persona, priorizando tres cuestiones: residencia, trabajo y sociabilidad.

La segunda es la vida en comunidad pues se entiende que el desafío más difícil es construir salud mental en el territorio, donde nace el sufrimiento, “no vamos solo a las casas a hacer psicoterapia, vemos su heladera a ver si tiene que comer, nos hacemos cargo de la persona entera”.

Ubicada en la frontera noreste de Italia, Trieste tiene 4 centros comunitarios de salud mental, cada uno responsable de un territorio con 60.000 personas. Cada centro abre 24 horas pues se entiende que la urgencia sucede en cualquier momento. Componen el equipo 20 de enfermería, 4 psiquiatras, 1 de psicología, 1 de terapia de rehabilitación, 2 de trabajo social. Tienen 6 camas pero no le llaman “internación” sino de recibimiento o de hospitalidad. No usan uniformes, no podés saber qué rol tiene cada quien. Por fuera y por dentro lo que se ve es una casa común y no una institución de salud. Se trabaja en equipo, sin la jerarquía tradicional centrada en lo médico.

Y una más: utilizan 1/3 del presupuesto del viejo manicomio.

Negociar siempre

Frente a las medidas “terapéuticas” tradicionales (encierro, chalecos de fuerza, sobremedicación, electroshock) su mirada terapéutica está marcada por la negociación. Afirman que las personas necesitan saber que tienen miedo, que pueden ser violentos porque tienen miedo, hace falta alguien que escuche, que pueda acompañar.

¿Ergoterapia? Nunca

La crítica es severa: “No necesitamos lugares donde perder tiempo haciendo ceniceros de cerámica”.

En Trieste se apuesta a las empresas o cooperativas sociales, entendidas como la capacidad de construir bienes y servicios y, al mismo tiempo, salud y derechos.

Citan a un muy prestigioso artesano que hacía diseño en bolsas sintéticas y que condicionó su aporte a que se respete esto “Acá se construye, se produce y se tiene un salario”.

Las cooperativas sociales toman en cuenta que sabe y que puede hacer cada usuaria; que reciba un sueldo digno como tiene derecho cualquier trabajador; y que trabajen juntas personas “normales” y las con sufrimiento psíquico.

“¿Y si hay una epidemia y necesito las camas?”

Visitamos el hospital general para observar y encontrar algún lugar para un futuro servicio de salud mental allí.

El título es la respuesta de una autoridad hospitalaria, inmediatamente después de habernos comentado que el índice de ocupación de camas de su hospital era sólo del 30%.

Momentos después él sumaría otra escena dantesca: tuvieron la experiencia de un joven internado por salud mental (nos aclara que esto es muy inusual) que fue filmado tomándose todas las pastillas de enfermería y tratando de inyectarse insulina, video que horrorizó a quienes trabajan allí.

Luego, en una reunión, discutimos si el sufrimiento psíquico tenía el mismo nivel que los otros malestares por lo que podía ser atendido en la misma institución sin seguir segregándola; y si además si podríamos repensar la vetusta sinonimia entre locura y peligrosidad.

Resulta un permanente riesgo pasar del monovalente (o psiquiátrico) a lo que llaman el monovalente integrado.

La cama no es el centro

Cuando recorríamos el hospital, dos necesidades fueron llamativas para un futuro servicio de salud mental: que tenga lugares cómodos para conversar, y que tenga conexión con un patio bonito donde salir a caminar y a fumar.

“No tenemos pacientes que deambulan”, reflexionaba el referente hospitalar. Sin embargo, en muchas crisis de salud mental, más importante que quedarse acostado, es salir a caminar toda la ciudad con la persona o que pueda volver a relacionarse con otras personas.

Cuando hablamos de armar un servicio de salud mental y redistribuir camas, la negativa inicial fue contundente “el jefe de cirugía me va perseguir con un bisturí”, “no podemos mezclar varones con mujeres”, y más argumentos.

En su indiscutible inamovilidad, ¿Cuánto las camas estructuran, no solo las instituciones de internación, sino a quienes trabajan allí?

Al salir de esa conversación, fue una alegría ver al director mirando el salón vecino a donde nos reunimos, calculando si allí se podría.

Es emancipatorio para todos

Un cambio como este implica en quienes trabajan en estas instituciones perder su pequeño poder; moviliza intensas preocupaciones, desconfianzas, ansiedades, fatalismos, absolutamente comprensibles e ineludiblemente a trabajar.

Además (y quizás sobretudo), el olvido en que quedan quienes son depositados en un manicomio, abarca también a sus guardianes.

Sin embargo el significado de salir a elegir ropas con una persona que nunca lo hizo, o escoger fotos suyas por primera vez nos vitaliza también a quienes trabajamos en salud. Remarcan “Quienes trabajan en las casas [de medio camino] rejuvenecen porque todo tiene sentido y no pierden tiempo en las formas manicomiales”.

“¿Pero se cierra o no se cierra esto?”

Esta pregunta se repitió varias veces en las conversaciones. Desde Trieste contaban muchas anécdotas de como el lugar que fue el manicomio fue siendo habitado por la comunidad a través de sus actividades y propuestas que generaron: conciertos gratis publicitados con volantes en las calles diciendo “Discotecas gratis en el ex hospital psiquiátrico”, el bar *Il posto delle Fragole*⁶ donde la mitad de quienes trabajan tienen problemas de salud mental ¡Pero donde se come bien!, sedes para universidades, hasta uno de los rosadales más grandes de Europa.

Con esto, fueron viendo que algo iba cambiando en la cabeza de la ciudad y en la de los operadores. “Es construir con las mejores habilidades de la ciudad, contaminarse con otras inteligencias es imprescindible. Así, es posible que este lugar se vuelva vivo”, insisten.

Tras esto y desde el fondo del salón un trabajador del hospital que oía, propondrá “acá la Escuela de Arte no tiene local...”. Las puertas comenzaban a ser abiertas.



Hasta aquí el escrito. En medio de la época, de tiempos donde el otro nos suele ser tan otro y ajeno, quedó sonando de una de las reuniones, aquel vozarrón dolido en *italiañol* “O sacamos el corazón más allá de los obstáculos con los más pobres de los pobres, o no salimos más”.

Obs. En las fotografías se ven murales del Hospital Psiquiátrico L. Ellerman y de una de las casas de medio camino.

6 El puesto de las frutillas, en italiano.