

Aprendizajes para transgredir la soldadura entre control y cura: Pensar desde Trieste

Agustín Barúa Caffarena¹



Parque de San Giovanni – Ex Hospital Psiquiátrico de Trieste

Cuando hago un trabajo me pregunto ¿Cuáles son los prejuicios que estoy colocando en esta persona? Yo soy el primer enemigo de la persona.

MARIO NOVELLO

No vamos a echar a nadie pero no se puede tratar a la gente como bestias.

FRANCO ROTELLI (Declaración radial durante la intervención al manicomio de Leros, Grecia)

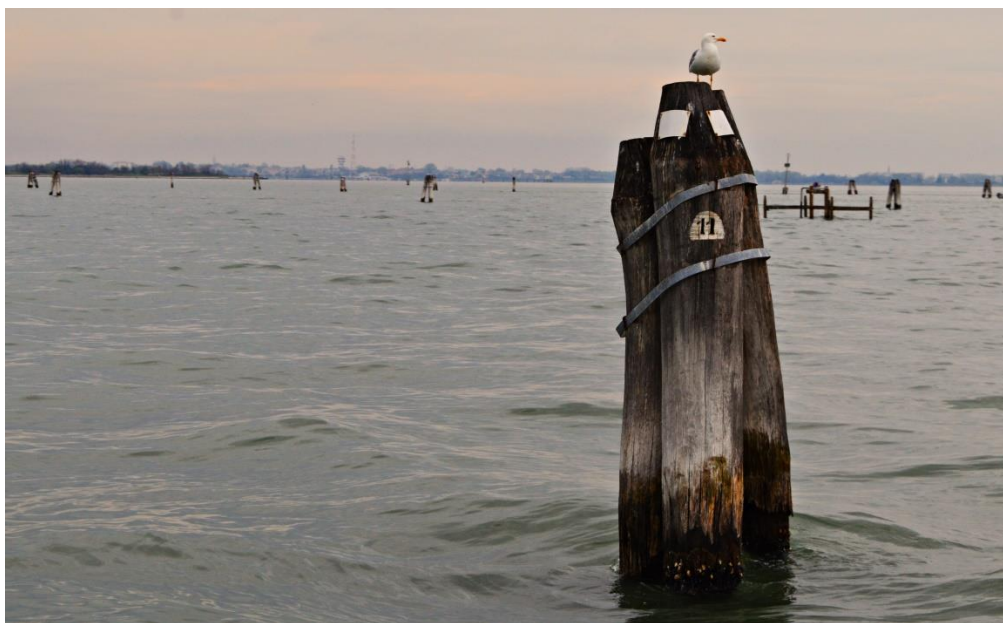
Lo que debe transformarse para poder transformar prácticamente las instituciones o servicios psiquiátricos (como por otra parte todas las instituciones sociales), es la relación entre ciudadano y sociedad, en la que se inserta la relación entre salud y enfermedad (...). Aquí está el significado de la necesidad de una toma de conciencia política en cada acción técnica. Esto significa entender que el valor del hombre, sano o enfermo, va más allá del valor de la salud o de la enfermedad; que la enfermedad,

¹ Psiquiatra de Atención Primaria de Salud. Antropólogo social. Integrante del Colectivo Noimbai y de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Investigador y docente de la Universidad Nacional de Pilar. Paraguay.

como toda otra contradicción humana, puede ser usada como instrumento de liberación o de dominio; que lo que determina el significado y la evolución de cada acción es el valor que se reconoce al hombre (...)

FRANCO BASAGLIA (La utopía de la realidad, 1975)

“ESO ES UNA MIERDA”: INTRODUCCIÓN



Bricole o señalizaciones (Canales de Venecia).

Así de claro sonó el gruñido de Franco Rotelli. La conversación tomó esos tonos cuando una *tirocinante*² cuestionó que hay múltiples formas de desinstitucionalizar y no una sola. Rotelli – un psiquiatra esencial en la historia de las transformaciones del manicomio a la red de servicios territoriales de salud mental- insistió “Nada sirve si no se sustituye el hospital psiquiátrico: un artista vende un cuadro y se va a su casa, un paciente no vende y vuelve al hospital psiquiátrico (...). ¿Hay gente en el manicomio? Sí. ¿Hay que sacarla? Sí. Bueno, punto”.

Del 1 al 11 de marzo, recorrimos servicios, entrevistamos referentes, conocimos y pensamos algo de la experiencia que la O.M.S. (2010) reconoce como su referencia mundial en políticas públicas en salud mental para el mundo.

Han sido 11 días con un nulo italiano, chapoteando dentro de una delegación muy argentina, queriendo comprender algo de la lógica de la red de servicios territoriales del Departamento de Salud Mental de Trieste (Italia) para aportar a los procesos de desmanicomialización³ de la salud mental en Paraguay.

En este escrito primero va lo que entiendo como principios guías basaglianos, luego algunos hitos históricos del cierre del ex Hospital de San Giovanni, después algo de la actualidad de los

² En italiano, pasante.

³ Que en la psiquiatría basagliana es desinstitucionalización.

servicios territoriales, y finalmente y desde aquí pensar Paraguay, ese ejercicio colectivo y urgente que germina estas páginas.

PRINCIPIOS



Parque de San Giovanni – Ex Hospital Psiquiátrico de Trieste.

Cuentan que el primer día que llegó Basaglia al Hospital Psiquiátrico de Gorizia en 1962 (Slavic, 2018) unas enfermeras le trajeron para que firme, como hacía habitualmente el director, el libro de contención física del hospital. Respondió en veneciano *Mi no firmo* (Yo no firmo), ¿Cuáles pueden ser los principios que guían las prácticas de los basaglianos?

Derechos

Este sería el eje. Insistentemente el articulador es lo que la educadora Carla Prosdocimo señaló

La desinstitucionalización no es la desinstitucionalización. El tema principal no es la transformación del manicomio; el tema es la destrucción del manicomio como primer momento de la cura.

Lo hacen porque esas personas tienen derecho por personas. Nunca hay confusión, no se duda. Es recordar el paso primero, remarca Prosdocimo

No tener la pretensión de saber qué es la locura, ni siquiera qué es la salud, pero si hacer una crítica a lo que hay, a la iatrogenia, a faltar el pensamiento hipocrático del *Primo non nocere*⁴.

Ella insistirá que aquí se “ha transformado la psiquiatría en un circuito de derechos: Encontrarse con un sistema de cura que no necesita de la privación de libertad como primer elemento”.

Derecho a la ciudadanía, a la casa, al trabajo, al voto, escribía el director del Departamento de Salud Mental, Roberto Mezzina (2017). Pero estos siguen con otros, como el derecho a la belleza: “La primera cosa que le falta a una persona es un peine”. O lo que nos decían de porque son tan bonitos los centros de salud mental “Si la persona vive la institución como amenaza, se defiende. Si la siente como acogedora, es más difícil que ataque (...). Que los centros de 24 horas sean pequeños y bellos, es por esto”.

Así, esto implica que las reglas pasan a ser fundamentalmente acuerdos; nos instaba el cooperativista Roberto Colapietro “se ponen las reglas en función de las personas, no de la institución (...). Es lo contrario al tecnicismo: leemos y creemos que sabemos todo”.

Hace falta aprender a negociar, afirma el médico Federico Rotelli

Saber medicina, pensaba yo, es saber todos los miligramos de todos los medicamentos: Esto es cierto si uno es médico de la enfermedad, pero no si uno es médico del enfermo: por ejemplo si la persona dice 'Yo puedo tomar 3 píldoras por día', y yo digo que son 7, ¿Qué hacés? ¿Te imponés o dialogás?

Hay un cambio necesario: la responsabilidad está en el camino de los vínculos, no en el de la burocracia. Pensar en derechos tiene la potencia de fundar lo vincular desde otro lugar, como discutía Prosdócimo

Si yo tengo miedo después que te cuente, vos me encierres ¿Qué relación puedo construir contigo? (...). El problema es la relación democrática que uno va tener con lo vulnerable del otro.

Es otro punto de partida “No se parte de que 'el otro es enfermo y yo lo curo', sino que 'es una persona y tiene derechos'”, dice Galina Oprea de la *Coperativa Lavoratori Uniti*.

Perder el miedo a la diferencia

El gran nudo manicomial a ir desatando es la equivalencia entre locura y peligrosidad. Señala Stefano Mantovani, presidente de la Cooperativa *Noncello*⁵ “Primero el derecho, luego lo clínico. El problema de los derechos está en la cultura: los diferentes no tienen derecho”.

⁴ En latín, primero no dañar.

Mario Novello dice

No discuto si la peligrosidad existe o no existe: en el cambio cultural, no es que la persona “es” peligrosa sino si cual es la posibilidad de que esta persona pueda tener conductas riesgosas. La respuesta no es enviarlo a un hospital judicial sino generar instituciones de acompañamiento.

¿Cómo reabrir lo identitario de cada persona a lo múltiple, a lo inabarcable? Se señala esta tensión, así: “La reforma es posible con una identidad no identidad”.

En una clase del curso de operadores sociocomunitarios, las participantes nos contaban de la *Contessa*⁶ de Trieste: una mujer anciana que andaba por las calles de la ciudad e iba vestida a lo fin del '900 con un vestido diferente cada día, no hablaba con nadie, y no pasaba nada, reivindicando “que sea norma lo raro afuera”.

Luego interviene Prosdocimo

Para Erasmo de Rotterdam, la locura puede ser muchas cosas. En el mundo médico-psiquiátrico se transforma en enfermedad; es la institucionalización de todos los sufrimientos humanos, es un problema ontológico (...). Este sistema reduce solamente a su identidad de enfermo: Podés tener una crisis y simultáneamente podés ser el marido de alguien, la madre de otro, un amante de la música... La enfermedad es una ideología que domina todo.

Ante el “vocabulario de la denigración que es siempre el instrumento de la psiquiatría institucional” (Rotelli), la enfermera Anna Stavro daba un hermoso ejemplo de cambio en el cómo hacen las derivaciones: estas sólo incluyen nombre, de donde viene, qué cosas sabe hacer y qué cosas le gusta.

¿Qué nos pasa a quienes trabajamos en salud mental con esto? Prosdocimo vuelve a interpelar “Hay técnicos que no pueden soportar el nivel de contradicción de lo humano”. Poder volver a preguntarnos, como decía, en el documental “B como Basaglia. La recuperación del archivo del antiguo Hospital Psiquiátrico de Gorizia”, un entrevistado “se considera que atara a una persona es un acto médico”.

A la vez, podemos hacer lo contrario y pararnos desde la comprensión, como relatan aquí “A veces es normal que una persona tire una silla, el psiquiatra decía que todo está bien con esa persona”.

Es emblemática una respuesta de Basaglia a Giovanna Delgiudice (2015), cuando esta era una joven psiquiatra recién llegada a Trieste. Muy angustiada llegó llorando diciendo que vio a un hombre muy parecido a su padre y atado, y no supo que hacer. Basaglia le dijo “Vos, desatalo rápido”.

⁵ Aquella que inspiró la conocida película *Si puo fare* (Se puede hacer).

⁶ Condesa, en italiano.

Coraje

Asusta Trieste. Por lo que han vivido, pero más por lo que uno puede imaginarse de lo que le tocará vivir si apuesta el monto que lo basagliano pide. Todos los juicios que debió afrontar Basaglia ya desde Gorizia, o estos relatos del psiquiatra Mario Novello acerca de las prácticas de enfermería de un pabellón durante el proceso de cierre del ex Hospital de San Giovanni muestran lo que se juega

Dejaban veneno para ratas en la carne, para que un paciente muera y culparme.

(...) pusieron cemento en los baños a la noche y le daban laxantes y cuando llegábamos estaba todo cagado.

Este cambio ¿es una cuestión de heroísmo?, preguntamos. Colapietro nos decía que no, pero sí que “para trabajar bien necesitás poder, poder económico (...). Necesitás estrategia, alianza, mucho estudio”.

Para crear cotidianamente, reivindican el no saber unido a la vez a cierta claridad que se entiende imprescindible

Si saben bien lo que quieren: que no les de miedo transar con el diablo, ¡Si saben lo que quieren! (Franco Rotelli).

El manicomio es un problema de cabeza: si no se sabe qué es el manicomio, “es una casa” (Roberto Colaprieto).

El coraje está también en el desmontar prejuicios para construir alianzas: entre lo público y lo privado, o “con personas inteligentes: mejor un inteligente de derecha que un burro de izquierda”.

Libertad y autonomía

Decíamos en una intervención sobre lo suicida en Humaitá, al sur de Paraguay “somos analfabetos de la libertad”; este recuerdo vino cuando un entrevistado interpellaba “Siempre es más fácil mandar a la mierda al usuario que quedarse con él”.

Asumir confrontar nuestras propias prácticas institucionales es

(...) eliminar el secuestro de las personas fuera de la vida (...). Soportar es una posición de no saber pero que implica una asunción de responsabilidad sobre lo que sí sé: No podré estudiar un delfín o un pájaro cuando está en una jaula, no tiene identidad, no es él (Carla Prosdócimo).

¿Cómo construir salud mental hacia -y desde- la libertad y la autonomía? Nos decían que se trata de “trabajar con lo que puede hacer la persona: cuando tiene motivaciones, hace”.

Desde el proceso de cambio, tienen un mensaje alentador para quienes trabajamos en instituciones de salud mental y psiquiatría

Lo que hacen ahora antes no lo podían hacer; es al cambiar el contexto. Se trabaja más pero con más placer, hay más motivaciones. Antes se peleaban entre la gente porque no había sentido.

Ese viejo saber que la liberación, también nos libera. Nacen nuevas escuchas, nace lo nuevo “Es reunirse con todos y a veces es el último operador en la escala jerárquica el que encontrará la respuesta” (Mario Novello).

Michele Zanetti fue quien impulsó que Basaglia sea nombrado director del San Giovanni. Él nos marcaba la cancha

Si se hacen solo pequeños logros fuera, el manicomio siempre queda (...). Recién cuando se termina el manicomio, van a poder hacer salud mental en la comunidad: Es la llave de la experiencia de Basaglia.

La autonomía tiene que ver centralmente con el trabajo digno. Probablemente, después de “manicomio”, la peor palabrota para el mundo triestino es “Ergoterapia”

Se hacen cosas inútiles, que no le sirven a nadie; en cada manicomio hay siempre un espacio más o menos lindo donde hay una enfermera que en su juventud hizo un poco de arte, y se hacen cosas feas y que nadie comprará, quizás el trabajador social por fin de año (...).

Lo sustituyen con lo cooperativo en tanto “lo mejor para construir participación”; sus principios cooperativos son “una cabeza un voto”, la propiedad es colectiva, la mutualidad y la solidaridad. Traen lo que señaló el psiquiatra Peppe Dell'Acqua “En el momento en que los usuarios se vuelven trabajadores, se curan”.

Territorio

¿Cómo entender lo territorial que nos llevará a un más allá del encierro manicomial? Nos dicen “Abrir el manicomio es estar abriendo todo el tiempo barreras: Por ejemplo, la señora del bar que toma café y habla de cosas cotidianas con el usuario ¡Esas son las cosas necesarias!”. Otro hermoso ejemplo de esto lo trae Zanetti

Los locos andaban por la ciudad, y volvían en taxi, y Basaglia y los otros pagaban hasta que llamaron a la cooperativa de taxistas y les dijeron que ya no pagaban más. Tiempo después un

taxista le dijo a un loco que paró su taxi '¿Tiene plata?'. 'Sí', respondió este y se la mostró. Subió y a la pregunta de si a donde quería ir, respondió 'a Beirut'. El taxista lo llevó a un lugar de Trieste donde había una gran muralla, cerca de la catedral de San Justo, y le dijo 'Beirut, llegamos', y luego de un rato le dijo '¿Volvemos?'. Basaglia dijo después 'Ningún psiquiatra ha hecho una mejor intervención'.

A veces me pregunto qué es lo que íntimamente resulta violento a quienes han desarrollado su formación, su práctica y su teorización en contextos hospitalocéntricos de encierro, y lo asocio a la inversión de lo importante que Federico Rotelli señalaba

En el hospital el contacto es 0, lo importante es lo práctico y lo operativo. En el territorio es al revés: yo debo conocer, debo hacer relaciones personales; si no, produzco prestaciones pero no salud.

Práctica

Una de las protestas más insistentes en Trieste es contra una teoría que no sea parida ni se comprometa con una práctica: "Hay que estar ahí: no hay ningún libro que te enseñe a relacionarte con otro, y esto es lo bueno".

Colapietro insistía en esta relación entre práctica y creación en los '70

Necesitamos una transformación de la práctica: El buen trabajo de [Franco] Rotelli es que él trabajó por la ins-ti-tu-ción in-ven-ta-da (...). Ver que el trabajo servía porque las cosas cambiaban servía, explicar la teoría no servía.

Ser materialmente concretos es parte cardinal de su postura política. Zanetti traía este ejemplo "Basaglia me mostró un día de que si mandaba al mejor hotel de Trieste, igual nos sobraba dinero del presupuesto".

Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987) dicen que toca desmontar la relación problema - solución que perseguía una solución racional tendencialmente óptima que en la psiquiatría es la normalidad plenamente restablecida; en Trieste, la terapia no es entendida únicamente como búsqueda de la solución - curación, sino más bien como un conjunto global, cotidiano y elemental de estrategias que consideran el problema a través de la revisión crítica sobre los modos de ser de la terapia misma.

ALGUNOS HITOS DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN TRIESTE



Marco Cavallo (Taller de cerámica artística - Cooperativa *Duemilauno*).

Es violento e imposible pretender resumir el vértigo, la belleza y la complejidad de la desinstitucionalización en Trieste. Quizás algunas anécdotas lo perfilen y nos den esas pistas que nos guiarán a crear nuestras propias formas; como decía Mezzina “A partir de la crítica al manicomio es que se han podido inventar nuevos servicios: En el proceso nacían grandes inventos”.

Antecedentes

Nos contaban que Trieste fue el único puerto del imperio austrohúngaro⁷ donde se fue desarrollando una nueva burguesía muy avanzada: En ese contexto en 1908 se creó el Hospital Psiquiátrico San Giovanni (OP).

A la pregunta de porque se dio este proceso de reforma aquí, el psicólogo Oscar Dionis nos dice

Trieste es un puerto, una frontera. Tras la primera guerra mundial pasa a Italia, se mudó mucha gente. En el '20 llega el fascismo y trae el nacionalismo (por ejemplo, se italianizan los apellidos). Aquí estuvo el primer campo de concentración nazi fascista. Al perder Italia la 2da guerra mundial la ciudad queda dividida en dos zonas, una controlada por Yugoslavia, la otra por angloamericanos. A fines de los '60 era la segunda ciudad de Europa con más suicidios: Habían visto tanto ya los triestinos que lo de Basaglia era nada...

Llegada de Basaglia

⁷ Dicen que lo primero que asocia “un italiano promedio” cuando le decís “Trieste”, es Austria.

Mario Novello decía que “al principio éramos considerados delincuentes comunistas”. Basaglia condicionó que para que médicos jóvenes puedan sumarse era condición que no hayan trabajado en manicomios o que no sean psiquiatras⁸.

A su arribo había en el San Giovanni 6 médicos, 480 enfermerxs, 1 trabajador social, 1 psicólogo y 1260 pacientes. Todxs lxs enfermerxs estaban en contra del proceso. Basaglia dijo que no iba a echar a nadie ni iba a castigar a nadie por su opinión.

Nos decía una entrevistada que, entre quienes trabajan en un manicomio

(...) hay 10 a 30% que quieren belleza, 10% fascistas, el resto lo harán pero más pasivos (...). A los fascistas, Basaglia los mandaba a hacer tareas fuera, por ejemplo de chofer, los hacía moverse porque si no estaban todo el tiempo en un lugar quietos.

Comunidad terapéutica y asamblea

Que Basaglia haya trabajado desde ahí fue fundamental. Las asambleas tienen mucho poder de transformación si no son hechos fingidos. Decía él (1972)

La realidad primera del paciente es su ser un hombre sin derechos y es desde esta realidad que intentamos salir. Una rehabilitación es posible solo partiendo de este hecho real: el paciente es un hombre sin derechos y discutimos con él su ser sin derechos; el paciente es un excluido y discutimos con él su exclusión.

Zanetti creó la figura del *ospiti* (huésped) que permitía que se queden en otro status quienes aún no tenían donde ir. En este tiempo los pabellones fueron transformados en casas, se armaron los grupos-pisos. Se sustituyó dentro del hospital el criterio de distribución de las personas internadas (por conductas: ej. pabellón de “agitados”) por otro territorial priorizando de donde procedían.

Huelga de locos y enfermeros juntos y creación de la Cooperativa Lavoratori Uniti

En 1972, hubo un paro en la cocina del San Giovanni, dijeron que no trabajaban más, y claro, podían parar otras cosas pero no se podía dejar de cocinar, de comer. En el paro el loco dice “Soy loco, pero también soy un trabajador”, y el enfermero dice “Hago muchas tareas, pero no soy el que debe encerrar, quiero se reconozca mi rol terapéutico”.

Un entrevistado nos decía que la reforma nació no con Basaglia sino con esta huelga de pacientes y enfermeros. La que devino en la creación en ese año de la primera cooperativa social: *Lavoratori Uniti (CLU)*. Su primera socia fue una persona lobotomizada, sólo fumaba, no trabajaba y hubo quejas de porque se le pagaba si no trabajaba; respondían que era justo pagarle porque “se le sacó un pedazo de cerebro”. Nos decía Colapietro la reflexión de aquel tiempo

⁸ La excepción fue Franco Rotelli.

Si puede hacer 50%, ¡Valoricemos!; no es que si no puede hacer 100% 'no vale nada'. Se trabaja a partir de la capacidad de cada quien, lo que puede y cuanto puede. Nosotros partimos de la riqueza de la singular persona. Yo he visto personas locas como caballos de corrida que pueden hacer el trabajo, no al 100%... Es más fácil meterlos en un taller protegido.

El trabajo da sentido de realidad: “si no venís a trabajar un día no te pago pero no te despido”. Nos decían que las reglas no negociables con trabajadores en la cooperativa son: estar limpio, pues deben representar bien a la cooperativa; la puntualidad, o avisar 1 hora antes de su ausencia⁹; el respeto en el lugar de trabajo que incluye no insultar, no gritar, el buen trato; y que “locos somos pero tenemos que ser particularmente buenos y profesionales”.

Presupuestariamente “el estado, en vez de darte una cama de hospital, te da la posibilidad de tener un trabajo”.

Voluntarios, fiestas y rosedal: Que entre la vida

Son numerosas y variadas tanto las actividades de apertura del OP: desde conciertos gratuitos hasta la creación del tercer rosedal más grande de Europa, además de la llegada de personas voluntarias de diferentes partes del mundo.

Lo común en todo esto era superar los temores tanto de que salga lo que se escondía dentro como de lo que nunca entraba y se pretendía de fuera.

Centro piloto de la O.M.S.

Como decía, al principio todos estaban en contra de Basaglia; el supervisor de la institución fue 4 o 5 veces. En 1973 y ante las amenazas de cortar el proceso, hicieron una alianza en Copenhague, sede de la capital europea de la O.M.S., donde acordaron con esta que Trieste sea un Centro piloto sobre salud mental suyo, y que quede en su órbita, y ya no del supervisor.

Salida de Marco Cavallo

Marco era un caballo muy querido en el San Giovanni que llevaba la ropa sucia de la lavandería. Un día compraron un motocarro y lo iban a sacrificar pero se hicieron muchas cosas para salvarlo.

Él fue la inspiración para Vittorio, artista y primo de Franco Basaglia, quien creó la estatua "Marco Cavallo", ícono del fin del aislamiento del sufriente mental al ser sacado y paseado por las calles de Trieste aquel gran caballo azul, de madera y papel maché, con la barriga llena de los deseos de las personas ingresadas en el hospital.

⁹ Si no avisa, lo penalizan. Igual lo buscan, y avisan a su Centro de Salud Mental.

Creación de los Centros de Salud Mental (1975)

Se crearon inicialmente 7 centros con criterio territoriales para abarcar a la población del hospital y de la ciudad toda.

Se apuntaba a trascender lo manicomial y pasar a lo diverso a través de superar la violencia excedente, el rol de la peligrosidad social en la locura y la totalización de las personas.

Ley 180/78 (o Ley Basaglia)

Al promulgarse había 48.000 personas internadas en manicomios en Italia. Esta ley fue fundamental para el “proceso de ruptura cultural con la lógica del muro” (Rotelli, 1994).

Decía Pascuale Evaristo (2011) que fue

una ley revolucionaria por sus nuevos paradigmas científicos, que fastidiaba los barones académicos, despertaba miedos escondidos hacia los locos libres, combatía privilegios económicos y de comodidad (el mercado paralelo de los psiquiatras públicos y de las clínicas privadas,) obligo a trabajar más y más cerca del paciente).

Cierre del hospital

El trabajo de cierre duró 10 años¹⁰. Decía Dell'Acqua (1995) que éste es

(...) el momento más delicado del proceso de transformación, dado que dos formas de organización deben funcionar simultáneamente y la inversión de recursos humanos y materiales es más intensa. El personal médico y paramédico debe, por un lado, mantener la organización institucional y administrativa del Hospital Psiquiátrico y, por otro, trabajar para cambiarla y construir la red de Servicios Territoriales. Por otra parte, persisten y se vuelven más agudas las formas de resistencia al cambio de estructura hospitalaria, mientras se intensifican las preocupaciones por la presencia de estructuras psiquiátricas en la comunidad.

No funcionaba perfecto pero se comenzaron a abrir las puertas apoyados por muchos voluntarios: Era muy importante la visibilización.

Fue una gran batalla cerrar la guardia. Algunos enfermeros no querían salir, pero ya no se internaba nadie. Fue necesario “cortar el cordón umbilical del hospital psiquiátrico es necesario: el manicomio no muere sólo”.

¹⁰ A fin de los años 90 terminaron los manicomios, un par de años después que una ministra de salud dijo por decreto que no pasaba más presupuesto si las provincias no cerraban sus hospitales psiquiátricos.

Se cerraba un pabellón y ese equipo se iba al territorio. Pese a que los vecinos comenzaron a subir sus murallas de 2 a 4 metros, se creó el primer Centro de Salud Mental en la zona de *Barcola* entre 1975 y 1976.

Asociación de Familiares Noiinsieme¹¹

Creada en 1988, cuentan que hoy son 45 socixs. Fueron críticxs hacia el proceso de la reforma “No cubre todo... es poco... somos muchos...”, pero no dudan de lo que persiguen “Queremos que nuestros hijos caminen la ciudad, que se encuentren, que tengan una vida”.

Cuando le pedimos sus mensajes para profesionales, de todos, nos quedamos con estos

La libertad es terapéutica pero no confundir libertad con abandono.

Nutrir el fuego de la utopía con cosas concretas.

No curar y no asistir a las persona cuesta más plata.

Ley de cooperativas sociales

Rotelli pensaba cómo unir las palabras “empresa” y “social” en Trieste. Las cooperativas sociales buscan generar riquezas pero también vínculos, sentido e inclusión. Colapietro decía “la empresa social es la elección de no querer el manicomio”:

Así, la ley 381 / 98 reguló que toda la gente gana igual pero, a la gente normal, los empresarios le pagan todo, y a las personas desventajadas el estado le paga toda la carga social (ej. jubilaciones, pensiones).

Las cooperativas sociales tienen que tener 30% de usuarios, si no, podés perder la licitación.

LA RED TERRITORIAL DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL HOY



¹¹ Nosotros juntos, en italiano.

En Italia en el 2000 se constituyó el sistema único sanitario. Salud mental ocupa el 3,5% del presupuesto de salud. En este contexto, van muy breves trazos de los más de 40 dispositivos que hacen la red.

Centros de Salud Mental

Le dicen “el corazón” de la red de servicios sustitutos¹². Los muebles son de casas y no de hospitales, nadie usa ropa que identifique con profesionales, son de puertas abiertas, abren 24 horas todos los días, tienen 6 camas de hospitalidad (no de internación). El valor fundamental de que abra 24 horas es garantizar la continuidad de la cura, que operadores con quienes se conocen sean quienes puedan acompañar.

Acuden allí unas 1200 personas al año; cuentan con orgullo que para una población de 65.000 han tenido solo dos Tratamiento Sanitario Obligatorio (o T.S.O.) en 1 año. Este requiere ser indicado por 2 psiquiatras más una autoridad judicial; dura 7 días siendo renovable. Aclaran que lo obligatorio es la medicación y la psicoterapia pero no hay encierro ni retención física. La Asistencia Sanitaria Obligatoria (A.S.O.) es una verificación en una entrevista a ver cómo está su situación, puede ser un paso previo al T.S.O.

Cada centro de salud mental tiene varios departamentos donde residen *utenti*¹³ con quienes se construye el tipo de acompañamiento con operadores que va de 24 horas a visitas ocasionales. El tiempo de permanencia no es ilimitado. Aunque tienen llave, desde el centro sólo hacen visitas con permiso de quienes residen, es su casa.

El CSM se ocupa también de la comunidad y la superación del estigma, ese trabajo cultural se hace en el territorio. Toda la red estatal de salud mental italiana estaría basada en lo comunitario.

Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Cura (SPDC)

Funciona en un ex hospital, cuenta con 1 psiquiatra y 3 enfermeras de día, y 2 enfermeras de noche, y psiquiatría al llamado. Funciona 24 horas y tiene 6 camas. Lo describen como “un servicio territorial en el hospital”. Su tiempo promedio de internación es 3 días. Como toda la red, también es de puertas abiertas.

Su objetivo es reducir la duración de la hospitalización en la medida de lo posible, de acuerdo con el principio de la territorialidad de la atención

Servicio de Rehabilitación, Residencialidad y REMS (SARR)

¹² Visitamos el de Barcola, el de la Maddalena en Trieste, y el de Gorizia.

¹³ En italiano, *utentix*.

Creado a principios de la década de 1990 para impulsar las actividades de habilitación, rehabilitación, capacitación e integración social para las personas en contacto con el Departamento de Salud Mental.

Es un servicio transversal, trabaja con todos los CSM. Dice Arturo Rippa

Hay acciones simples (como la psicoterapia o una consulta psiquiátrica) porque finalizan y acaban en el tiempo. A nosotros nos interesa lo complejo: patologías severamente deshabilitadora con problemas familiares y económicos.

Hay 20 a 25 enfermerxs, que hoy acompañan a 150 *utenti* en su Proyecto Terapéutico Rehabilitativo Personalizado (PTRP). Este dura el tiempo necesario. Es

ver a la persona y entender sus limitaciones, necesidades y potencias (...). Se imaginan con el usuario un camino de cura (...). Se individualizan las tres áreas críticas; son hábitat y residencia, sociabilidad y afectividad, trabajo y formación (...). Necesitamos pensar las 3 cosas juntas (...). Habitar es tener un lugar donde sentirse recibido.

Tienen dos modalidades para responder a estas necesidades: una es el Centro Diurno Difuso. Si este Centro no bastó para las 3 áreas, entra el Presupuesto Individualizado de Salud, que tiene un fondo de 3.300.000 de euros, incluye planes desde baja a alta intensidad que pueden durar 18 meses a 7 años. Hay 11 cooperativas con quienes coordinan. Cierra diciendo "Somos una red social que participa en el proyecto de cura".

Estructuras residenciales

Se dividen en:

. Residencias de transición, coordinadas y monitoreadas por los Centros de Salud Mental, se utilizan como una solución de vivienda temporal para las personas que han recuperado niveles de autonomía suficientes y para quienes las soluciones deben estar preparadas para evitar una estancia prolongada e inadecuada en el CSM o el SPDC.

. Residencias de integración social / grupos de convivencia, administrados directamente por los Centros de Salud Mental, se utilizan para personas con malestar y capacidad reducida para la vida autónoma, que requieren apoyo para la vida cotidiana y / o que se benefician significativamente de la vida comunitaria, el soporte, tanto en horas como en horarios, se planifica con cierta flexibilidad, en relación con las diferentes necesidades y niveles de autonomía de los huéspedes.

. Residencias terapéuticas y de rehabilitación, administrados por el SARR, para personas con discapacidades importantes, que no pueden confiar en la red familiar, porque están ausentes o no son adecuadas para ofrecer apoyo, ni en la red social, la actividad de los operadores puede ser de día o de día - de noche.

Residencias para la ejecución de medidas de seguridad (REMS)

Respecto al cierre y sustitución de los manicomios judiciales, por la Ley nacional 81/2014 se crearon pequeñas residencias de puertas abiertas para *utenti* judicializadxs. Cuestiona Mario Novello que en el viejo modelo que orientaba la ley anterior, habían dos presunciones sobre las personas con disturbios mentales: que son incapaces de entender; y que si no pueden entender, son peligrosas. Con estas presunciones, el proceso judicial no se hacía, las personas quedaban apartadas y lxs jueces decidían.

Actualmente, entienden que la pena es un derecho ya que la persona no puede quedar fuera del contrato social. Buscan romper el automatismo entre incapacidad, diagnóstico y peligrosidad (entendida como total e irreversible). Evalúan la peligrosidad en el momento que comete el delito, no es que la peligrosidad no exista sino que es transitoria y contextual, no para toda la vida.

Las REMS o Residencias para la ejecución de medidas de seguridad de detención, nos cuenta Alessandro Norbedo, son instituciones para personas condenadas de puertas abiertas, sin policías; en Italia existen 33 REMS. Conocimos la de Aurizina, vecina a Trieste, donde “sólo tenemos dos cámaras afuera”. Aunque el juez decide sobre los movimientos de la persona en la REMS, esta es administrada y dirigida por trabajadores de salud. El equipo lo integran 12 personas de enfermería y operadoras socio sanitarias.

Dentro de los 45 días de ingreso a la REMS, tiene que tener un PTRP. Quienes están ahí saben que no pueden salir. Las enfermeras están, se habla y lo entienden. Insiste “No son los muros los que curan, sino que son los trayectos de cura”. Fue esperanzador saber que, en un espacio donde residen las personas portadoras del máximo estigma de locura y peligro, se hacen –por ejemplo- talleres de baile para niñez.

Otras instituciones de la red territorial de salud mental

. *Ospedale di Cattinara*. El nuevo hospital general con servicio de psiquiatría. Se internan intoxicaciones por drogas.

. Hospital infantil con servicio de psiquiatría. Tiene 2 camas de internación.

. Adicciones. Dividido en Legal (alcohol y tabaco, con 10 camas) e Ilegal.

. Medicina de base. Funciona con 1 médico por 1000 personas; cada persona puede elegir médico si este puede numéricamente recibirlo.

. Servicio de cura ambulatoria domiciliaria. Son 25 enfermeros que van a las casas a ver quiénes no pueden salir, cada unx acompaña a 30 o 35 personas; hacen unas 120.000 visitas domiciliarias por año.

. Microáreas. Creadas en el 2005. Toman un reparto de zonas populares, acompañando entre 500 a 2500 personas y apuntan a “reconstruir la comunidad”. Actualmente existen 10. Tienen 1 referente con un departamento pequeño, 1 computadora y 1 teléfono.

Tagliamonte (2019) describe así el dispositivo

En el complejo campo de la salud predomina muchas veces un modo de organización de la red en el cual podríamos suponer que subyace la lógica siguiente: mientras los/as habitantes de la comunidad se encuentran “bien” pueden vivir en su casa. Cuando por algún motivo presentan un problema de salud deben acudir al hospital y cursar una internación hasta volver a estar “bien” y en condiciones de retornar a su hogar. En tal sentido, la microárea habilita una posibilidad tercera: una persona puede estar “mal” -es decir, con dificultades de salud- pero en su casa, en su contexto de vida y en la comunidad de la cual es parte. Esto resulta posible al ofrecer un seguimiento domiciliario y diversos apoyos en el territorio ideados a medida para cada situación.

. Cooperativa *Lavoratori Uniti* Franco Basaglia. Un ejemplo entre las tantas que existen hoy en Trieste. Ofrece servicios de limpieza de calles, cortar pasto, mantenimiento de casas populares, transporte (choferes); tienen 27 vehículos (incluye pequeñas grúas). Dicen “Siempre estamos al lado los primeros días, al lado la jefa de áreas, no pueden trabajar solos (...). Cuando está en crisis tiene vacaciones, y luego vuelve a trabajar normalmente.

Hablan de que todo debe ser gradual “(...) Algo bello de las cooperativas es que son muy pragmáticas, concretas, realistas: “este puede, el otro no puede” (Roberto Colapietro). Cierra Galina Oprea “La cura justa es el trabajo, no las pastillas”.

. Centro Diurno Difuso. Sería, según Peppe Dell'Acqua la “tercera fase de la desinstitucionalización”. Es un dispositivo intermedio que trabaja en territorio, para la socialización, contra el estigma, en participación, género y para la inserción laboral.

. Artículo 32. Es una organización entre *utenti* pares.

. *Recovery House*. Es “una comunidad de personas, de ciudadanos que se encuentran y aprenden unos de otros” dicen que han “adoptado los principios del movimiento de usuarios o antiguos usuarios internacionales”, su slogan es “nada sobre mí sin mí”. Su enfoque es “prestar mucha atención a los procesos mediante los cuales la persona es capaz de convertirse en el protagonista activo de su propio viaje hacia emancipación” (Oliveira et al, 2018).

PENSAR LA SALUD MENTAL PARAGUAYA CON LENTES BASAGLIANOS



Parque de San Giovanni – Ex hospital psiquiátrico de Trieste.

Hace frío. Hay ruidos de gaviotas aunque en este barrio triestino estamos bastante lejos de la costa del Adriático.

En Gorizia, las operadoras de salud mental decían que lo que les quedó, después de la pasada de Basaglia por ahí (1962 – 1971), acerca de cómo iniciar el proceso de sustitución del manicomio es: que sea fundamentalmente con “gente común” no con profesionales de salud mental; tener presente que “trabajamos con personas no con *enfermos*, no hay diferencias entre nosotros, los consideramos compañeros de viaje, es respetar el tiempo de todos”; no dar respuestas universales sino dar a la persona la posibilidad de elegir, “la libertad es libertad de elegir, darles instrumentos necesarios para elegir”; y por último “valorar siempre las cosas positivas”.

Después de todo esto, y tratando de generar lentes triestinos para reconocer los posibles nudos a trabajar en lo manicomial de Paraguay, surgen estas preguntas para avanzar en el proceso de acumulación para la sustitución del hospital psiquiátrico:

- . ¿Cómo construimos colectivamente la base social (movimiento, profesionales, usuarios y familiares) para la desmanicomialización?
- . ¿Cómo instalamos mediáticamente, tanto en su gravedad como en su urgencia, el tema de la desmanicomialización?
- . ¿Cuál puede ser la política de alianzas necesaria para iniciar este proceso?
- . ¿Cómo analizar e identificar que de lo cultural nacional valora la diferencia humana más allá de la norma para articularlo con la desmanicomialización?

. ¿Cómo avanzar en la construcción de las cooperativas sociales?

ROMPIENDO LA SOLDADURA



Parque Franco Basaglia (Ex Hospital Psiquiátrico Provincial, Gorizia).

Me rondaba la pregunta de si cuál es el lugar de la psicoterapia aquí y se la hago a Colapietro; este me responde hosco “¿Qué es la psicoterapia?! ¡¡La libertad es psicoterapia!!!”.

Enseguida pienso en la metáfora que usé recién de lentes y fantaseo que Colapietro se quejará agriamente de que no es una cuestión de lentes sino de todo el cuerpo, de inteligencia y de coraje.

Queda la alerta de Carla Prosdocimo

Se nos paga para curar y controlar (...). La desinstitucionalización rompe esa soldadura entre cura y control. Es aprender críticamente cuál es tu lugar como trabajador de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- . Articolo 32 y L'associazione di volontariato Club Zyp. (2014). La carta della recovery.
- . Basaglia, F., Pomar, J., García, R., Serós, A., & Torrent, L. (1972). La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. Barral.
- . Del Giudice, G., & Borgna, E. (2015). ... E tu slegalo subito: sulla contenzione in psichiatria. Alpha beta.
- . Dell'Acqua, G. (1995). Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental. Artículo disponible en www.triestresalutementale.it.

- . Dipartimento de Salute Mentale Trieste. La unidad operativa. Extraído el 23 de abril de 2019 de http://www.triestesalutementale.it/guida/guida_unitaoperative.htm
- . Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(2), 345-351.
- . Ideass Italia. Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. Extraído de <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- . Mezzina, R. (2017). Servicios comunitarios de salud mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. Topia. Extraído de <https://www.topia.com.ar/articulos/servicios-comunitarios-salud-mental-puertas-abiertas-y-restricciones-trieste-italia>
- . Oliveira, T. T. S., Marin, I., Casadio, R., Pocobello, R., Baker, P., Jenkins, J., & Mezzina, R. (2018). The recovery house of trieste: beginning a recovery journey in an innovative experience. Journal of Recovery in Mental Health, 2(1), 37-55.
- . Rotelli, F. (1994). Per la Normalita. Taccuino di uno Psichiatra. Edizioni.
- . Rotelli, F., de Leonardis, O., & Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 7(21), 165-188.
- . Slavic, A. (2018). All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961. Edizioni AlphaBeta.
- . Tagliamonte, A. (2019). Microáreas. Otras cartografías posibles. Inédito.