



Memorias de un psiquiatra

por

Santiago Héctor Valdés

ex-Viceministro de Salud de la Nación, médico psiquiatra, psicólogo

Contacto / correspondence: [Postmaster\[-at\]neurobiol.cyt.edu.ar](mailto:Postmaster[-at]neurobiol.cyt.edu.ar)

Electroneurobiología 2006; **14** (2), pp. 79-198; URL
<<http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm>>

Copyright © 2006 del autor / by the author. Este trabajo es un artículo de acceso público; su copia exacta y redistribución por cualquier medio están permitidas bajo la condición de conservar esta noticia y la referencia completa a su publicación incluyendo la URL (ver arriba). / This is an Open Access article: verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's full citation and URL (above).

PRÓLOGO

Viví varios años – durante la etapa de practicante, inclusive ya siendo médico – en los Hospitales neuropsiquiátricos de Hombres (Hospicio de las Mercedes, hoy José T. Borda) y en el de Mujeres (Hospital de Alienadas, hoy Braulio Moyano); luego fui médico del Instituto de Psicopatología Aplicada (o de Neurosis, hoy Centro de Salud Mental Arturo Ameghino) creado por Ramón Carrillo para dolencias psicológicas no enajenantes ni atribuibles a factores orgánicos; y me desempeñé como Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Aeronáutico Central otros cuantos años.

De esos distintos lugares surge este puñado de anécdotas, que son historia viva. Distintos momentos que fueron vividos intensamente y que hoy al recordarlos me traen una mezcla de nostalgia y angustia.

Angustia y nostalgia traducen estados anímicos que, si bien pueden ser semejantes, no son iguales. Divergen en lo referente a sus causas generadoras y a sus notas peculiares. La angustia la pone todo aquello que hubiéramos querido distinto. En cambio, el signo característico de la nostalgia es afirmativo, en el sentido de que la nostalgia responde a una visión de cosas o hechos precedentes más adecuada a los ideales y sentimientos de una persona, que por lo tanto genera apego a la realidad anteriormente vivida.

La alteración interna o externa (esto es, bien psicogénica o bien exógena, y esta última corporal o social), cualquier modificación o brusca innovación que desequilibre sobre esa dimensión, realidad-disconformismo, la posición vincular del sujeto hacia sus objetos internos, produce el cuadro nostálgico, que puede ser individual o compartido ("colectivo") pero siempre se refiere a la pretensión del retorno de un mundo mental anterior, jamás desprovisto de tocantes caracteres emocionales.

Milita en todos los casos la imagen de un pasado mejor y más acorde con un mundo estimado feliz, relacionado como dije con cosas o hechos, personas o ideales con vigencia objetiva en cierto pasado, vivido de modo tal que su remembranza denota inevitablemente una felicidad perdida.

Muchos me han dicho que sueñan con algún renacer de cosas pasadas. Otros analizan las derivaciones prácticas de esta habitual motivación, que en muchas ocasiones obra como elemento cultural o histórico. Otros la usan: fábricas de mitos, ficcionalizan respuestas para esa motivación y las venden muy bien, tanto al gran público como, inclusive, a numerosos intelectuales y científicos; caso interesante es el de los trabajos de desinformación académica que, refiriéndose a la física de la relatividad, aseguran que los tiempos pasados perduran y hasta los futuros nos esperan desde siempre, invitándonos a distraernos (¡ah, ese afán de mantenernos distraídos ...!) en considerar con empeño un viajecito hacia otros tiempos.

Sin embargo, cuando buscamos ilustrarnos observando los factores de tiempo y de historia y del continuo acaecer humano, vemos que la estructura causal del tiempo veda su mimesis y prohíbe su manipulación. Todo intervalo es inabolible, la "creación social de realidad" no puede generar directamente nada más ni nada menos que actitudes. Así, la reinterpretación narrativa, aun en nuestra Ultrahistoria, aporta sólo lecturas alternativas, sin substituir a la causalidad eficaz que forja el tiempo: volver es imposible, cada ocasión es única, lo pasado es irreversible.

Esto no sólo suscita nostalgia y angustia. Al reavivar aquí una vez más ese puñado de anécdotas, tan intensamente vividas cuanto vívidas son sus remembranzas, también veo que no fueron, al fin, sueños inlogrados: que vivimos realidad, una realidad existencial, capaz de llenarse de optimismo, de alegría y de fe.

Quiero, homenaje modestísimo, recordar aquí a mis maestros y compañeros – y resaltar que a pesar de las dificultades materiales lucharon y algunos aun lo siguen haciendo (pienso, entre los hoy mayores, en los inseparables amigos Diego Luis Outes, que aún está escribiendo neurociencia en Salta, y Arturo Carrillo, fallecido hace un año no sin reivindicar con un hermoso libro la memoria de su hermano Ramón) para dar al enfermo mental mayor comodidad, mejor medicina y más calor humano.

Muchos ya han fallecido, algunos cumpliendo la sagrada misión profesional, mártires de la psiquiatría que padecieron muerte violenta a manos de pacientes excitados, como los Dres. López Lecube, Cisterna y Sarruf. Esa contingencia, el martirio, entraba en nuestra concepción de posibilidades. Nos hicimos en la escuela de que nuestra función de médico-psiquiatra era sagrada. En esos centros antes mencionados, todos sin excepción debíamos pensar lo que nos dice la deontología médica: que un médico sin ciencia no puede tener éxito. Que sin sacrificio, no tendrá éxito. Y que sin honestidad, aunque tenga éxito, no puede ser feliz.

Y que el médico, sobre todo el psiquiatra, cuando ya no cura siempre consuela.

Dedico estas sencillas páginas a los maestros Christofredo Jakob, José Tiburcio Borda, Ramón Carrillo, Braulio Moyano, Ramón Melgar, Carlos Voss, Edgardo Del Valle, Antonio Nachón Ramírez, Gonzalo Bosch, Julio Pelufo, Alfredo Walker, David Boitano, Celes Cárcamo, Vicente Dante Armando, Ricardo Erro, Juan C. de Arizábalo, Luis Martínez Dalke, Alberto Bonhour, Juan C. Betta; a sus aciertos y errores y a su indiscutible honestidad y sentido de misión.

A mis compañeros Adorni, Acuña, Acusse Ruiz, Ambrona, Almada, Ballester, Barrionuevo, Borlenghi, Biganzoli, Boshart, Borel, Canosa, Caracotche, Cabral, Castaño Battan, Carafí, Cabrera, Carregal, Cetrángolo, Celle, Demarúa, Estrada, Fierri, Fariña, Goncalvez Borrega, Ibarra, López de Gomara, López Pasquali, López Astrada, Lagoa, Larrabure, Laphitz, Márquez, Martini, E. Martínez, P. Martínez, Milito, Mena, Mendizábal, Miró, Muro, Ruiz, Rodríguez, Riera, Ragone, Repeto, Rozada, Outes, Orlando, Ochiuzzi, Pesino, Saubidet, Spallina, Sisto, Schiano, Salvatierra, Scapino, Smolovitz, Sosa, Santos, Soler, Timbaldi, Vázquez Villa, Vacaro, Vera, Vainer, Yaya, Zapico ... Para todos ellos, estas líneas que guardan un sentimiento muy profundo de amistad y camaradería.

Y a mis pacientes, que con muchísima frecuencia me han incentivado en la investigación, en la búsqueda de datos y de recursos materiales y espirituales. A ellos todo mi afecto.

El autor, marzo de 2006



INDICE

Prólogo

Introducción: *Ayer, hoy y mañana:*

*el enfermo mental ante la devastación del lazo social,
por Santiago Héctor Valdés y Mario Crocco*

Capítulos

El alucinado

Maníaco-depresivo

Silencio

Tinieblas
El filósofo
Bloqueo
El drama de Garrick
Otra curación inexplicada
El amor en el enfermo mental
Eitel Colique Nuñez
Nicolás Pifiano

Historias cortas

Conversión
Fijación
La Madona de las siete lunas
El día que internamos la sana
Tuercas y cocodrilo
Mordiscón
Croquetas y milanesas
Rara forma de conocer
Hipocondríaco
Obseso colega
Ameghino
Cangrejo
Estallido

Cartas

de: Despedida
de: Automarginado
de: Inadaptado

La terapéutica de los colores en los enfermos nerviosos

Mi plegaria final



Introducción:

AYER, HOY Y MAÑANA:

EL ENFERMO MENTAL ANTE LA DEVASTACIÓN DEL LAZO SOCIAL

por Santiago Héctor Valdés y Mario Crocco

Publicado también separadamente (*Electroneurobiología* **14** (2), pp. 82-97, 2006).

1. Afuera de las instituciones

Como casi todas las cosas, el concepto de enfermedad mental fue variando en el tiempo. Hoy a la mayoría de los enfermos mentales no se los quiere llamar *enfermos*, marginándolos así del magro amparo ("cobertura social") que nuestra fragmentada sociedad tal vez aún podría darles. Dedicaremos a este silenciado silenciamiento las secciones finales de la presente Introducción. Las próximas secciones

procederán a bocetar, en ceñido *racconto*, cómo el concepto de enfermedad mental, y en particular el de los psicóticos con compromiso orgánico (organicidad) fue llegando hasta allí.

En el principio no existían manicomios. Los primitivos creían que los factores sobrenaturales al actuar sobre el individuo le producían los trastornos mentales. De allí que los trataran de curar por medio de la magia, mediante cantos, danzas, plegarias, imprecaciones. Diversos intentos de explicación se han encontrado en los escritos dejados por Hipócrates, Galeno, Celso y otros.

Pero estas narrativas no resultaron convincentes. En el período llamado renacentista de lo que ha llegado a ser nuestra cultura, y hasta bien entrada la Modernidad en muchos lugares, se los miraba como hechiceros, se los perseguía, torturaba o hasta se los enviaba a la hoguera. Al enfermo mental en ese período lo consideraban endiablado o enviado del Diablo.

2. Accediendo a la institucionalización

Tan horrible suerte atrajo la caritativa reacción de algunos que, aun sin controvertir que el desamparo proveniese de la misma inhabilitación demoníaca, sintieron la necesidad de reducirlo. De pura compasión, pues, comenzaron en la misma época a fundar en Occidente los hospitales para alienados. La cultura árabe los tenía desde antes. Pero recién desde el siglo XVII comenzamos a considerarlos *enfermos*.

No obstante, aun entonces se los tenía por incurables: no se advertía la existencia ni se imaginaba la posibilidad de elaborar alguna praxis específica – ni médica, ni mucho menos comunitaria o capaz de eludir el asistencialismo – eficaz para prevenir la *locura*, o para rehabilitar a todos o parte de tales dolientes. Tenidos por enfermos pero considerados incurables, estimóse *lógicamente* que todo *loco*, que por variados motivos no pudiera ser dejado en la calle, habría de terminar sus días en asilos o prisiones.

Nótese al pasar esta vieja asociación entre criminología y psiquiatría. Algunos enfáticamente quisieron olvidarla durante los cuarenta años transcurridos entre el comienzo efectivo de la desmanico-

mialización, en los años de 1960, y del inicio del agotamiento de los combustibles fósiles baratos y consecuente globalización de los intereses, cerca de 2000, que hoy nos desafía con no pocos signos de decadencia. Con ese olvido se procuraba separar en modo tajante al enfermo neuropsiquiátrico de los desmanes y delitos ocasionados por su condición, alegándose que en estos mayoritariamente entendían alienistas e higienistas. Estos dos grupos eran presentados como de profesionales *organicistas* (esto es, que veían al alma o psiquismo como una secreción del órgano cerebral, secreción capaz sólo de reaccionar a estímulos exógenos o pulsiones endógenas e incapaz de imponer en el ambiente nada realmente nuevo), insensibles que estimaban superflua toda intervención psicoterapéutica, innecesariamente autoritarios, deshumanizados y tan dogmáticos cuanto incompetentes. El olvido de los temas de su incumbencia era un modo eficaz de ponerlos fuera de juego.

3. El panorama intrainstitucional

Ahora, en infortunada pendulación, con el reciente incremento del desamparo comunitario, la violencia social y el consecuente auge de los enfermos internados llamados "sociópatas", la asistencia intrainstitucional a buena parte de los psicóticos con cuadros neuropsiquiátricos (es decir, detectable organicidad) ha vuelto a requerir consideración criminológica – apenas despojada entre nosotros del añejo énfasis de la *Liga de Higiene* en la herencia genética, énfasis que reflorece en otras latitudes. La nueva consideración criminológica se hizo forzosa ante la capacidad, de estos psicóticos con organicidad, de asociarse dentro del hospicio para procurarse escape vicario (estupefacientes) y recursos como poder interno y dinero. La asociabilidad en los pacientes clásicos era mucho más reducida.

En este momento, en cambio, la asociabilidad creció tanto que se hace prioridad cohartar la formación intrainstitucional de bandas delictivas que conspirarían contra la asistencia, asumiendo el efectivo control del hospital si se lo permitiera. Aunque es claro que no corresponde imputarles culpa ni punirlos con castigos, nuestro problema actual (escribimos en marzo de 2006) es que no podemos seguir idealizando a los enfermos mentales internados como personas tocadas por el genio y separar la actual población de pacientes neuropsi-

quiátricos de las inconductas y delitos aparejados a su condición clínica. Ya volveremos al tema y comentaremos por qué el caso difiere de la situación de los no internados, o sea de los psicóticos neuropsiquiátricos *con domicilio* en la calle; volvamos ahora al *racconto*.

4. Primeras complicaciones en la institucionalización

Fue así como, mientras se los tenía por incurables, los enfermos mentales tanto con cuadros neuropsiquiátricos cuanto sin organización detectable (pacientes psicológicos, englobados como neuróticos) siguieron sin ningún tratamiento y sufriendo trato inhumano. Pero se los solía internar. Quedaban en manos de los encargados de dichos asilos o prisiones, quienes en forma despiadada solían castigarlos, llegando a matarlos por el maltrato. Además les exigían trabajar, no rehabilitatoria o educativamente sino para explotarlos en distintas formas. También se los presentaba en circos o teatros, cobrándose el espectáculo de exhibir su locura. Y si lograban permanecer en el ámbito familiar se los encerraba por vergüenza, hasta que la vejez o la parálisis neutralizaban los riesgos atribuidos a la enfermedad, quedando recién *libres*.

Vemos como el enfermo neuropsiquiátrico, y también el paciente mental en general, ha pasado por períodos donde primero fue "enviado de Dios", luego "enviado del Diablo". Se lo ha maltratado, exhibido, explotado, encarcelado; pero en general siempre se consideraba su enfermedad vergonzante: humillante. El mito urbano de su genialidad o hipersensibilidad artístico-intuitiva, descendiente de aquel asombro original en los primitivos que creían a los *locos* sobrenaturalmente tocados, sólo era falaz fantasía compensatoria.

Los encerraban tras muros de hospicio. Ahí por muchos años subsistió la represión y el ocultamiento de ese "inservible", que a no pocos producía escozor por el solo hecho de verlo. Quienes los internaban los "tapaban" tras los muros. Tras haberlos recluso, un dulce efecto amnésico sobrevenía a los internantes: se sentían aliviados y protegidos habiéndose sacado de encima la horribilísima carga. Debemos decir que esa actitud o "razonamiento" era normal en todos los niveles sociales. ¡Si la conoceremos terapeutas y pacientes!

En el siglo XVIII apareció la escuela francesa con Pinel, a quien llamaron "el libertador de los locos". Modernizó métodos y tratamientos: el movimiento que impulsó produjo una reforma hospitalaria con la que prácticamente comenzó a ser fructífero el contacto interpersonal entre médico y enfermo mental. Se llegó así a observar que algunos reaccionaban tan pero tan bien que resultaba tolerable enviarlos a la sociedad exterior. Su "curabilidad", antes inconcebible, apareció en el horizonte de posibilidades y empezó a exigir consideración. Fomentó sondeársela por ensayo y error.

5. La cura y los factores contextuales en la institucionalización

A medida que así se iban sacando empíricamente en limpio algunas conclusiones validables cuyas materias podríamos clasificar como médicas y como sociológicas, la reforma institucional y su reconfiguración del campo neuropsiquiátrico progresó en torno a una pregunta fundamental, siempre muy clara en cada contexto histórico: ¿cómo factibilizar la cura en cada etapa de desarrollo de los medios técnicos? Por ejemplo: ¿cuánto uso parásito (interés político o sectorial de fachada) es inevitable y debe tolerarse en salud mental en cada tipo de sociedad? O sea, ¿cuán en serio tomar la "nueva" posibilidad de la cura y cuanto como mero medio exclusivo de vida y pura justificación social de algunos sectores profesionales autorreproducibles? ¿Cuánto es legítimo ensayo terapéutico? ¿Cuánto uso "terapéutico" indiscriminado de cocaína (Freud joven), de haloperidol, de *Prozac*, de *Ritalina*, de inconsciente estructurado como un lenguaje pueden ensayarse inocuamente en modo continuo e ilimitado? ¿Cuánta ficción tolerar amablemente – "no te metas con ..." tal o cual sector – dejándola pasar por inofensiva? ¿Cuánta ingerencia, cuanto suministro de interpretaciones interesadas tolerarle a los diversos sectores sociales en el marco interpretativo? ¿Cuánta iatrogenia (daño evitable causado por psiquiatras, psicólogos y otros *profesionales de la cura*) es irreducible?

Mucho se ha avanzado hasta hoy, a pesar que hace apenas unos años existía la idea de que los hospitales psiquiátricos eran depósitos de enfermos incurables y reducidos humanos, como en otro tiempo lo veíamos a diario y bien lo destacaba, entre muchísimos colegas sensibles al dolor que nos rodeaba, Ramón Carrillo, maestro y

amigo de uno de quienes borronean estas líneas. Carrillo veía muy bien que crear anexos para enfermos mentales en los hospitales comunes sería más barato para el Estado y por el mismo costo permitiría aumentar el número de camas de internación, logrando la desaparición de los hospicios-reducideros y asilos-depósito. Pero aunque varió el sistema, los seres humanos aún no variaron y la idea, impráctica desde el principio, con el cambio social se manifestó del todo contraproducente.

Una cosa es atender *ambulatoriamente* al paciente psiquiátrico, no pocos de ellos neuróticos, y muy otra crear servicios de *internación neuropsiquiátrica* "periféricos integrados", vale decir, que atiendan psicóticos y estén al mismo tiempo afuera y adentro del hospital general a la vez que conectados con el resto de la comunidad. Esta, pese a una atracción inicial bastante corriente, atracción ("*Má, ¡quiero ir a ver un loco de verdad!*") que sostuvo la mencionada presentación de la locura como espectáculo, mayoritariamente se cansa pronto de interesarse en los insanos. El descuido crece cuanto más las comunidades son motorizadas por el egotismo y la ceguera a los motivos últimos para respetar al prójimo. Hay un estudio muy serio e interesante, realizado hace casi cuatro décadas por la licenciada Mármora en el servicio 23 del Hospital Borda cuando su jefe era el Dr. López de Gómara, estudio que llegó a conclusiones aún válidas: que estos enfermos fueron y siguen siendo marginados por la sociedad y que la misma familia del internado lo abandona. Nadie los soporta por mucho tiempo.

6. Reformando la institucionalización

Cierto, a los hospitales generales no se los puede enviar. En ninguna Sala común se tolerarían pacientes proclives, por ejemplo, a hacer sus necesidades, limpiarse con el pantalón y embutirlo a presión en el inodoro, si es posible con el palo de una escoba, por "delicadeza": porque el pantalón ahora *está sucio*, para que no se vea. (Entre muchas adaptaciones especiales impuestas ya en el siglo XIX, en nuestros hospicios el caño de salida de los antiguos retretes o de los actuales inodoros tiene cuatro veces más superficie de sección que en hospitales generales. Otro ejemplo, todas las sillas deberían ser lo suficientemente pesadas para evitar que adquieran gran velocidad si

las emplean como cachiporra). Ni la infraestructura edilicia de los hospitales no psiquiátricos ni los demás pacientes, ni el personal o los familiares que como acompañantes asisten a esos hospitales, están preparados para sobrellevar, junto a los enfermos psiquiátricamente sanos, siquiera un uno o un dos por ciento de insanos reales. Dícese entonces, confundiendo por error o por malicia la atención de psicóticos con la atención de neuróticos (en quienes la sola intervención psicoterapéutica tiene alguna eficacia, pero cuya praxis no sin frecuencia quiere utilizarse como "filtro para depurar la sociedad de elementos perniciosos" de variado signo en los que pretextar organicidad es menos fácil), que los servicios de internación neuropsiquiátrica debieran estar "afuera" pero cerca y traerse los pacientes combinados a otras Salas cuando necesiten otras atenciones clínicas, no psiquiátricas. Traerlos, si es posible, perfumados e inconscientes.

Pero esto último, además de absurdo, es monstruoso: el hilo se corta por lo más delgado e imponer tales traslados en la práctica equivale a postergar de continuo la atención clínica más allá de su debida oportunidad. Son mayoría los psicóticos que conjuntamente necesitan terapias no psiquiátricas, tanto neurológicas (por su organicidad o por cuadros agregados, por ejemplo síndromes neurológicos vegetativos o periféricos) cuanto de cualquiera otra clínica: desde una gripe hasta una peritonitis o una dolencia cardíaca. La disponibilidad debe ser incesante y el remedio pronto, no dependiente de ningún traslado físico ni transferencia de responsabilidad. ¿Vamos a retacearles o negarles esas terapias no psiquiátricas aunque tales enfermos no tengan la culpa de que en nuestra sociedad de hedonismo global muchos de ellos resulten tan difíciles de soportar? Algunos las requieren sólo cada tanto, pero entre crónicos son mayoría los pacientes combinados que necesitan continuamente clínica médica de diversos tipos no psiquiátricos y tendrían que estar con los enfermos comunes ... o fingirían necesitarlo para que los lleven.

Además, ¿cuán cerca de los "enfermos que no están locos" debe estar el servicio de internación psiquiátrica "periférico integrado"? Pregúntesele a los vecinos, gente común que se domicilia cerca de los manicomios a la cual los planificadores suelen creer superfluo escuchar; a los rematadores o martilleros, que conocen el valor de venta de sus inmuebles; a los pequeños comerciantes del barrio, a sus re-

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

