

Ensayos Psicoculturales

Horacio Riquelme



ediciones búsqueda

**ENSAYOS
PSICOCULTURALES**

Colección: "RESPUESTA"

Primera edición: Agosto de 1987

Dibujo de tapa: Pintura sobre papel amate
de **G. Martínez**, México.

Diagramación de tapa: **José Luis Carmona**

© **AYLLU S. R. L.**

Dirección postal: Casilla 227, Suc. 1
1401 - Buenos Aires - Argentina

Todos los derechos reservados
Impreso en la Argentina
Hecho el depósito que marca la ley 11.723

I.S.B.N. 950-560-047-X

Horacio Riquelme

ENSAYOS PSICOCULTURALES



EDICIONES BUSQUEDA

BUENOS AIRES _ ARGENTINA

INDICE

<i>Presentación, Prof. Dr. Jan Gross</i>	9
<i>El trato social con las minorías en Nicaragua. Una aproximación cultural</i>	13
<i>El proceso psicocultural de alcoholización en Chile</i> ..	41
<i>Arte popular y contexto psicocultural en un poblado mexicano</i>	67
<i>Alcoholismo en Chile. Formas de tratamiento participativo en la comunidad</i>	81
<i>El proceso de constitución de la atención psicosocial en la nueva Nicaragua</i>	89
<i>La tradición del manicomio en Europa</i>	107
<i>Latinoamericanos en Europa. Experiencia de desarraigo y proceso de identidad psicocultural</i>	163

Dr. Horacio Riquelme Urrea. Nació en Chile, 1951. Estudios de medicina y filosofía en Chile desde 1968. Emigración a la República Federal de Alemania tras el golpe de estado militar en 1973. Graduación de médico en Hanover, 1976. Promoción a doctor en ciencias médicas por la Universidad de Hamburgo en 1980. Desde 1980, formulación y desarrollo de múltiples proyectos de investigación sobre temas de medicina social y antropológica y de psiquiatría transcultural en América latina (México, Brasil, Nicaragua, Cuba) y Europa (Italia, Alemania Federal), con sede en las Universidades de Heidelberg y Hamburgo. Actualmente desarrolla labores de docencia, investigación y clínicas en la clínica psiquiátrica de la U. de Hamburgo, en especial a través de la coordinación del seminario interdisciplinario "Aspectos socioculturales de la experiencia y el sufrimiento psíquicos".

PRESENTACION

Los estudios psicoculturales sobre América latina, contenidos en este tomo, constituyen la síntesis discursiva de múltiples investigaciones de campo del autor en América latina y Europa. Cada uno en particular fue sometido a discusión por vez primera a través del seminario interdisciplinario "Aspectos socioculturales de la experiencia y el sufrimiento psíquicos" de nuestra universidad, en el curso de los últimos cinco años.

Con esta constatación de época y ambiente no deseo de manera alguna reclamar un virtual derecho de propiedad intelectual eurocentrista. Como participante del seminario que dirige el doctor Riquelme quiero más bien subrayar así que ya las condiciones de gestión de estos textos están embebidas de una interacción académica transcultural y ponen de manifiesto un interés de conocimiento poco común, pues el autor se aboca a estudiar algunos aspectos ejemplares de la situación psicosocial de América latina, a través de su observación participante en terreno; para luego, en un esfuerzo por una comprensión trascendente, incluirnos a nosotros, participantes europeos del seminario, como observadores indirectos en la discusión de estas experiencias. De este modo se propone obtener un buen nivel cualitativo, de gran importancia en los estudios transculturales.

En estas monografías se revela la participación popular en el ámbito de la salud como línea temática de fondo. En los diversos contextos de estudio se rastrean las raíces culturales que favorecen o inhiben determi-

nados comportamientos y actitudes en la vida cotidiana; se profundiza en el proceso de articulación de cultura popular y salud psicosocial, a través del acto participativo de la población y se llama la atención hacia los factores que resultan inhibitorios para una percepción y conciencia que tiendan a superar prejuicios y malosentendidos en el área de la salud psicosocial. De esta manera se propende a cimentar las bases metodológicas y práctica para un estudio de la salud psicosocial desde la perspectiva de los participantes afectados y con el objetivo manifiesto de inducir a la reflexión y al cambio psicosocial.

Estos ensayos científico-narrativos no se plantean en forma superflua como "neutrales". La elaboración temática fidedigna se manifiesta a través de la profunda información acerca de los factores condicionantes globales, así como en el esfuerzo por desarrollar una síntesis discursiva entre lo percibido personalmente y las condiciones histórico-culturales de trasfondo de cada situación. La lectura y discusión de estos ensayos exige una actitud participante —no pasiva— y parte de un cierto compromiso en tanto que se plantea como exigencia el acrecentar conocimientos sobre seres humanos concretos y llegar a compartir con ellos los resultados del estudio y no solamente enriquecer los "data-bank" con material impersonal y ahistórico.

La psiquiatría transcultural se ha desarrollado hasta ahora en el ámbito de una tradición académica bastante homogénea y que deriva sus criterios de validez formal de los postulados de la medicina orgánica y que por lo tanto se muestra dispuesta a considerar solo en segunda instancia los factores sociales y culturales que influyen sobre individuos y grupos sociales en el proceso de salud/enfermedad. La percepción social-antropológica aquí aplicada nos permite comprender en forma bastante directa cuán fluidos y variables son los límites entre lo designado como normal o anormal en la dimensión psicosocial y de qué manera las condiciones de la sociedad respectiva demarcan estos límites e influyen sobre el comportamiento y la actitud de los miembros de la sociedad frente a la problemática psicosocial. El método

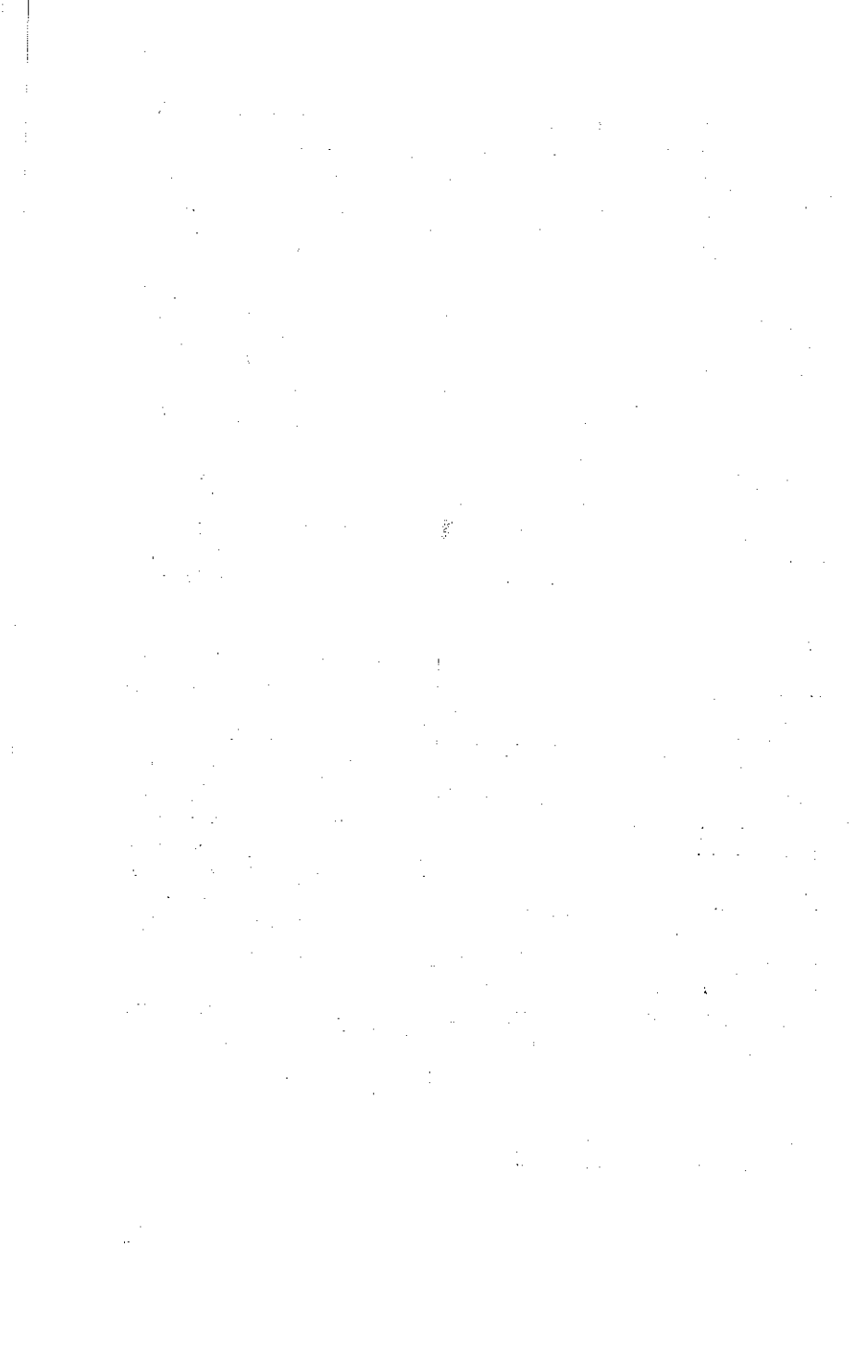
en que se basan estos trabajos va más allá de la habitual "descripción de caso clínico" y se empeña en poner de relieve las condiciones culturales propias de los participantes en su vida cotidiana específica, así se propone acceder a una comprensión más amplia de los actores, a partir de las contradicciones propias de su situación existencial y atendiendo a las soluciones de autogestión. Los ensayos sobre Nicaragua y Chile nos muestran en forma específica cómo este método puede contribuir a la superación de prejuicios culturales e injusticias sociales. Es en este ámbito de acción donde la psiquiatría transcultural puede cumplir una función social de gran relevancia.

Tengo la impresión de que la identidad latinoamericana del autor ha sido fundamental para la efectiva realización de estos estudios, ya que su sensibilidad como latinoamericano le ha permitido compenetrarse en las manifestaciones conflictivas de cada situación, manteniendo una actitud crítica y solidaria. Así le ha sido posible delimitar en el curso de la observación participante las perspectivas de las soluciones implícitas dialécticamente en cada proceso a estudiar y encontrar los elementos comunes de interés para todos en cuanto se comparte un patrimonio cultural bastante similar.

Me siento honrado de presentar este libro de "Ensayos psicoculturales sobre América latina". Quiero, por último, hacer referencia a la circunstancia de que la mayoría de ellos fueron escritos originalmente en alemán. Esto se desprende como una consecuencia de la emigración obligada del autor y pertenece a la historia reciente de América latina. Sin embargo creo que este libro constituye una tentativa por aminorar el sentimiento de desolación implícito en la diáspora en tanto que se propone rescatar el valor epistemológico de las raíces socioculturales y progresar en el conocimiento de un ámbito de fronteras amplias como es el latinoamericano.

Prof. Dr. JAN GROSS

Clínica Universitaria Eppendorf
Universidad de Hamburgo, en abril de 1987



EL TRATO SOCIAL CON LAS MINORIAS EN NICARAGUA

Una aproximación psicocultural

Así se forma el hombre,
en tanto que se transforma.
Y así nace su imagen en nosotros,
en tanto que se nos asemeja
y en tanto que se nos diferencia.

B. BRECHT

Introducción

Resulta evidente considerar que el proceso de cambios sociales en la Nueva Nicaragua tiene lugar no solo en términos macrosociales sino que, fundamentalmente, en todos los aspectos de la vida cotidiana, esto es, en el ámbito donde tiene efecto la controvertida vida concreta de los nicaragüenses hoy y donde los cambios de actitud y comportamiento, necesarios frente a la nueva etapa social y cultural, pueden ser realizados con éxito o no. A fines de 1984 tuve oportunidad de visitar Nicaragua y, durante una estadía de investigación, estudiar algunos aspectos de la situación social existente en ese país, cinco años después del derrocamiento de la dictadura de Somoza. Debido a que mis intereses se desarrollan acerca de temas relacionados con la salud psicosocial¹, concentré

¹ Como apoyo y complemento de los planteamientos de Weinstein (véase *Salud mental y proceso de cambio*, Buenos Aires, 1975), en este artículo se adoptará la definición operativa de salud psicosocial siguiente: la salud psicosocial implica la capacidad que tienen individuos y grupos para ver y aceptar sin reservas, tanto al mundo social circundante, como a sí mismos, esforzándose además por realizar las transformaciones necesarias con comprensión y de manera consecuente. Esto supone que los actores están provistos de vínculos emocionales muy profundos, por medio de los cuales desarrollan una tolerancia tan grande ante frustraciones y ambigüedades, que les permite soportar por largo tiempo situaciones y relaciones contradictorias, trabajando en su superación constructiva e integrando ese conflicto como proceso en su conciencia psicosocial. Véase: Riquelme, H.: "Latinoamericanos en Europa. Expe-

mi atención al trato social que se le da a las minorías dentro del proceso revolucionario nicaragüense. Porque el trato que se le otorga a las minorías sociales puede considerarse como un indicador esencial para valorar la capacidad de solucionar conflictos, el grado de apertura y la disposición integrativa que tiene una sociedad determinada.

El cultivo explícito de un nuevo trato social con las minorías reviste una importancia cardinal en los países de América latina, tanto más en la Nicaragua de hoy, donde se intenta reconstruir globalmente una nueva sociedad, democráticamente legitimada y que represente los intereses de las mayorías hasta ahora desposeídas, dentro de un marco de condiciones sumamente difícil, provocado por el subdesarrollo y la intervención armada desde el exterior.

Me aproximé al tema del trato que se le da a las minorías sociales, es decir, a tales grupos dentro de la sociedad, enfocando ejemplarmente a aquellos sectores que presentan problemas especiales de integración y reconocimiento social y que tienen un valor significativo en el contexto social global:

- En primer lugar, investigaremos y describiremos el nuevo comportamiento social que se tiene con los "niños de la calle". Es decir, con aquellos niños que deben ganarse la vida desde una edad muy temprana. Se trata aquí de un problema social muy extendido por toda América latina. Por lo regular, les espera una vida al margen de la sociedad.

- Luego nos abocaremos a un problema muy delicado: ¿Qué trato se le puede y debe proporcionar a los antiguos miembros de la represiva Guardia Nacional somocista? Y ¿qué consecuencias puede tener, cuando se trata de "niños torturadores"?

- Finalmente, indagaremos sobre los esfuerzos que

riencia de desarraigo y proceso de identidad psicocultural", en este volumen, pág. 163. Editado anteriormente en *Annale du Colloque*, "Migration et Santé Mentale en Europe", Genève, 1986.

se hacen para reintegrar, como miembros con iguales derechos y valores en la sociedad, a las prostitutas. Sobre este puntos nos preguntaremos: ¿Qué tipo de integración se impulsa (pasivo o activo)? ¿Cómo reacciona el medio social frente a estos esfuerzos de integración?

Niños de la calle:

La integración de menores en situación de riesgo

En mayo de 1981 el gobierno sandinista encargó al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI) un estudio sobre la situación en que viven aquellos menores en Managua, que por razones sociales y económicas se ven obligados a dedicarse a alguna actividad ambulante, como la de vendedores callejeros y, en consecuencia, están expuestos a sufrir daños psíquicos o sociales².

El estudio debería desembocar en una estrategia viable para solucionar el problema del trabajo infantil urbano en la sociedad nicaragüense³.

Se investigó una cantidad de 4.337 menores entre 8 y 15 años, lo que hacía aproximadamente un 2 % de la población total de esa edad. Sus actividades principales eran las de vender periódicos y comida, cuidar y lavar carros, mendigar y lustrar zapatos. La investigación se llevó a cabo con entrevistas y observación participante en Managua.

La situación de riesgo de estos menores consiste, de una parte, en el peligro físico a que los expone su trabajo en la calle, el cual se manifiesta en un índice de accidentes extremadamente elevado; de la otra, el perjuicio que sufren sus estudios escolares en un momento en que se

² Comp. INSSBI: *El Menor en situación de riesgo*. Informe de la investigación sobre la problemática de los menores que realizan actividades ambulatorias en la ciudad de Managua. Managua, junio de 1984.

³ Aproximadamente el 45 % de la población de Nicaragua es menor de 15 años.

hacen grandes esfuerzos en el sector de la educación, con el fin de que en Nicaragua todos los niños tengan un acceso efectivo a ella y no se reduzca a ser una frase más, hueca de sentido, en el texto de la Constitución, como a menudo sucede en América latina⁴.

Los propósitos de este estudio se perfilan de la siguiente manera:

"Las acciones del INSSBI pretenden incidir en dos aspectos importantes que son comunes a todos estos menores, estos son: *La situación de riesgo en sí y el retraso escolar*, ambos aspectos son muy relevantes por ser los ejes en los cuales gira su problemática.

"Los objetivos de este Proyecto son: prevenir la agudización de la situación de riesgo social en que se encuentran los menores de edad comprendidos entre los 6 y los 15 años que deambulan en las calles de Managua y proporcionar al menor una serie de estímulos que le permitan desarrollar las cualidades

⁴ Un lugar importante en estos esfuerzos por desarrollar la cultura, lo ocupa la Campaña de Alfabetización de 1980-81. A este respecto, E. Cardenal dice: "La mitad de nuestro pueblo era analfabeta, y rápidamente la alfabetizamos. Pero la alfabetización no fue sólo la transmisión de un saber, sino un proceso de toma de conciencia. A este respecto nuestro escritor y gobernante Sergio Ramírez había dicho: Vamos a alfabetizar, no sólo para enseñar sino para cambiar. Conste: no se trataba de adoctrinar al pueblo, sino darle los medios para entender sus necesidades, para expresarlas, y resolverlas con la política y la acción organizada. Eso ha producido en nuestro pueblo un cambio de actitudes, de conducta, de comportamientos, que se realizan en la vida cotidiana..."

Cardenal sintetiza: "Hablando de la democracia cultural no podemos dejar de hablar de aquello hacia donde ella se encamina: la creación de un Hombre Nuevo. El Hombre Nuevo, tema viejo de los utopistas de todos los tiempos y de las grandes religiones mundiales. Pero para este hombre nuevo también estamos recuperando el pasado! Los que fueron a alfabetizar trajeron en sus mochilas las tradiciones orales de nuestro pueblo, antiguos cantos, secretos de yerbas medicinales de un remoto pasado, viejos consejos y mitos. Y también para nosotros el hombre nuevo no renuncia a sus mitos."

Véase: *Discurso frente a la Conferencia Mundial sobre Políticas Culturales*, Tlatelolco, México DF, 28 de julio de 1982.

y hábitos necesarios con el fin de lograr centrarlos en las actividades escolares. Con estas acciones estaremos dando los primeros pasos para lograr ir superando las difíciles condiciones de vida en que actualmente desempeñan sus actividades remuneradas y se les proporcionará la oportunidad de estudiar y prepararse para un futuro mejor.”

El Cuadro 1 muestra la incidencia de la ausencia escolar entre los menores en situación de riesgo. En total, una tercera parte de ellos no asiste a la escuela. Esta correlación se agudiza entre los niños mendigos, de los cuales solo un 10 % asiste a la escuela y comprende, relativamente, más varones (aproximadamente, 40 %) que mujeres (aproximadamente, 20 %) (cfr. pág. 18).

Cuando se tiene presente la situación efectiva en que viven los niños, se nos hace más evidente la necesidad inmediata que hay de enfrentarse al problema de la “paupe- rización estructural” del país, heredado de los Somoza:

“Ninguno de estos menores ha aprobado la primaria; la gran mayoría solamente ha alcanzado primer grado y los porcentajes más altos corresponden, cuanto más, a segundo o tercer grado. Este retraso escolar no es más que el reflejo del ingreso tardío a la escuela, el ausentismo, la deserción, los problemas económicos, las crisis familiares, problemas de salud, etcétera, son elementos fundamentales que explican la situación escolar del menor que trabaja. La causa más común admitida por los menores para no asistir a la escuela es la actividad laboral y la causa principal encontrada por los que faltan a clases es por problemas de salud. Otro dato importante, es que en niños de más corta edad es mayor el número de los que no asisten a la escuela, confirmándose el ingreso tardío al sistema educativo. De un total de 4.337 menores, 3.847 resultaron con retraso escolar; y de éstos, la mayoría resultaron con cinco o más grados de retraso.”

En cuanto a la situación de riesgo a la integridad física y psíquica de los menores se expresa:

“Casi la mitad de los menores ha sufrido algún tipo de daño en el transcurso de su actividad, tales como agresiones de adultos, en primer lugar; y el robo, en segundo. Los voceadores y cuida-lava-autos son los que más han sufrido daños.”

Como estrategia para superar esta situación deficitaria, en términos sociales generales, se postula:

“La estrategia de atención a estos menores supone una alta participación de parte de las organizaciones de masas y de las instituciones estatales involucradas en el Programa. Se pretende desarrollar un proyecto de amplia cobertura, de bajos costos y de carácter popular. Claro está que esta labor preventiva se enmarca en las líneas de trabajo fundamentales, como: no desvincular al menor, tanto de su medio socio-económico, como de su contexto familiar y en la participación del pueblo organizado.”

Acerca de la estrategia de acción social y terapéutica se manifiesta:

“Hemos observado que cuando internamos a un menor en un centro, se le somete a un proceso en el que poco a poco va adquiriendo nuevos hábitos de conducta; en cambio, en el hogar del menor a donde tiene que regresar, prevalecen las mismas condiciones que se vivían al momento en que el menor fue captado.

”Los padres o responsables de las familias piensan que, al ingresar su hijo a un centro, se liberan de toda responsabilidad y esperan que la permanencia del menor en este lugar lo cambie totalmente. Piensan que la causa de los problemas de conducta de sus niños radica en los mismos niños. La misma magnitud del problema exige una respuesta de carácter masivo y popular que involucre a la colectivi-

dad, haciendo participe tanto a la familia del menor como a la comunidad donde éste radica. Con esta vinculación entre familia-comunidad-menor y la acción de las instituciones estatales podría asegurarse el trabajo de seguimiento familiar, la permanencia del niño en la escuela y la modificación de las relaciones a lo interno del hogar que habita el menor."

Por lo que se propone en forma concreta:

"La estrategia estaría dirigida a atender a la población de 6 a 15 años; sin embargo, por razones de interés, aptitudes y habilidades, desarrollo y madurez psico-social se proponen modalidades diferentes para cada grupo de edad.

"En lo específico, la forma de atender a los menores de 6 a 11 años, consiste en brindarles atención individual durante las horas del día en que no estén recibiendo clases, en lugares que estarán en barrios seleccionados por la concentración de menores trabajadores. Los menores permanecerán en ellos durante parte del día y regresarán a su hogar diariamente.

"Para los muchachos comprendidos entre 12 y 15 años, que presentan un alto grado de retraso escolar, se ofrecerá primaria acelerada y formación laboral.

"Sin embargo, cualquiera de las acciones que se planteen, siempre quedarán incompletas si no van acompañadas de un esfuerzo de los medios de comunicación social. Este apoyo deberá estar orientado, principalmente, en destacar y divulgar 'los riesgos físicos y psicosociales que afectan al menor', con el fin de involucrar a la ciudadanía en el conocimiento del problema y sensibilizar alrededor del tema."

La mayor dificultad para la realización de este Programa, radica en las mismas dimensiones del problema. Debería incluir 5.000 niños, para los cuales:

“Las características psico-sociales de los menores, sumadas al retraso y deserción escolar, van limitando grandemente la posibilidad de mantener una educación sistematizada, estableciéndose así la necesidad de diseñar planes pedagógicos especiales para ellos.”

Por otra parte, el marco de condiciones familiares y sociales de los mismos niños, ofrece problemas adicionales:

“Se trata, pues, de despertar y promover el interés y la disposición a cooperar en las familias y la vecindad, de modo que las condiciones de vida del menor no solo cambie en el seno de la institución...”

La visita que realicé a dos centros infantiles, ubicados en los barrios pobres de Managua, me permitió constatar que el estudio anterior no había servido únicamente para enriquecer los archivos estatales. Por el contrario, mediante la realización de las actividades informativas en los medios de difusión, planteadas en dicho estudio, se ha contribuido a que las familias afectadas y las organizaciones de masas adquieran una mejor comprensión del problema. Y esto, no obstante que la guerra de agresión contra el país, realizada con el apoyo masivo de los Estados Unidos de Norte América, absorbe una gran cantidad de recursos materiales y humanos. Si los esfuerzos que ya se hacen se mantienen en la dirección que llevan, probablemente se haga realidad la visión de Tomás Borge:

“Y el reino nuevo es la Revolución. Reino nuevo que al fin y al cabo será, ante todo, para nuestros niños. Ellos, los mimados de la Revolución, a pesar de que hoy aún son víctimas de las injusticias heredadas, crecerán en un mundo nuevo, realmente democrático. No vendrán a la vida para alimentar las estadísticas de la muerte, no vendrán a la vida para ser arrollados en las carreteras mientras venden periódicos que seguramente no leen y golosinas que ra-

ra vez saborean. Dentro de una Revolución esto no puede seguir. En un futuro no muy lejano, correrán por esos nuevos parques con el color de las mariposas en los ojos, con sus pies cubiertos de cuero y de futuro . . .”

Sin embargo, en las condiciones actuales de estrangulamiento económico y de agresión mercenaria brutal, difícilmente se puede esperar que se supere a corto plazo este legado social de la época somocista.

A pesar de todo, en muchos barrios de la ciudad se impulsan iniciativas de esta índole, que tratan de compensar el déficit material mediante el compromiso personal.

Para poder llevar adelante el Programa en su totalidad, debido a la actual situación de guerra, Nicaragua requiere de modo imprescindible apoyo del exterior. Una porción considerable de la ayuda internacional que se recibe se ha utilizado en la construcción de escuelas o campos deportivos y de recreo. Es habitual que cualquier política de desarrollo tenga como meta construir escuelas, pero la proliferación de parques infantiles fue para mí un símbolo de la espontánea alegría por los niños, alegría que encontré a cada paso y que a menudo me contagié.

El apoyo internacional del proyecto para la integración de los niños en situación de riesgo es de gran importancia en este momento de ataque despiadado del “coloso del Norte”.

Una comunidad terapéutica imponderable:

El tratamiento de niños (de 8 a 16 años) del grupo élite de Somoza⁵

Cuando la maquinaria represiva de la dictadura somocista se hundió, gran parte de sus miembros fueron hechos prisioneros y después de ser juzgados y sentenciados,

⁵ Fuente: entrevista con dos antiguos colaboradores de este proyecto.

pasaron a pagar sus penas en prisión⁶. Entre estos presos había muchos niños entre los 8 y los 16 años. Característica común de todos ellos era el haber pertenecido a la Escuela de Entrenamiento Básico de Infantería (EEBI), o sea, a las tropas élite de Somoza, entre quienes se valoraba de modo especial la obediencia incondicional y la especialización militar. El ingreso a temprana edad en la instrucción militar perseguía desarrollar cierto tipo de personalidad, en tanto que se acostumbraba a los niños a una absoluta disciplina y subordinación externa, por encima de cualquier interés individual. Esta supresión de la libertad de tomar decisiones propias desde la niñez posibilitó la creación y el desarrollo de un grupo élite que obedecía de manera ciega en cualquier circunstancia al régimen somocista y realizaba las más escabrosas tareas de la dictadura. Por ejemplo, sus miembros eran los encargados de llevar a cabo los últimos ataques de exterminio en las acciones militares de lucha directa con el pueblo, aplicando la táctica de tierra arrasada. La gente los llamaba "los perros de Somoza". También desde muy jóvenes se les adiestraba en técnicas de tortura,

⁶ Debido al trato verdaderamente humanitario que se le dio a los soldados de la guardia somocista capturados, el *Pueblo de Nicaragua* fue propuesto en 1981 para el Premio Nobel de la Paz. Pormenores de esa actitud aparecen en la cita de un discurso pronunciado por Cardenal en el "Congreso sobre Desarme y Paz" celebrado en mayo de 1981, en la Universidad de Harvard, E.E.UU.: "El periodista norteamericano Mark Plainfield cuenta que vio a más de 2.000 reos somocistas pasando por los tribunales y que ni una vez vio una manifestación de odio o de venganza por parte de los miembros de los tribunales. El comandante Tomás Borge, ministro del Interior (el Ministerio del Interior es el ministerio de la policía, las cárceles, los servicios de inteligencia, etc., lo que podríamos llamar el ministerio de la 'represión'), se encontró una vez en una cárcel con un reo que había sido uno de sus torturadores, cuando Tomás Borge estuvo preso y fue torturado 500 horas. Y Borge le dijo al reo que se vengaría, pero le extendió la mano, y le dijo: 'Esta es mi venganza: te perdono'. En otra ocasión fue juzgado un criminal somocista que había sido uno de los que asesinaron a la esposa del comandante Tomás Borge. Ella fue torturada y violada antes de ser asesinada. Y el comandante Borge pidió a los tribunales que ese delito no fuera considerado en el juicio."

en parte para aprovechar el efecto desmoralizador especial que produce en presos políticos recalcitrantes el hecho de ser maltratados por niños. Así se esperaba que brar su voluntad⁷.

Como incentivo a los miembros de las tropas élite se les daba un trato preferencial en todos los campos, lo cual reforzaba su cohesión interna y profundizaba el abismo que los separaba del resto de la población.

La *tropa élite* se reclutaba de los círculos siguientes:

1. Hijos o parientes de militares de reconocida fidelidad al régimen somocista.
2. Hijos o parientes de "orejas", que trabajaban como confidentes de la dictadura.
3. Niños que entraban al ejército provenientes de bandas de guerra de la Guardia Nacional o por haber sido ordenanzas de oficiales y que eran escogidos por sus cualidades físicas extraordinarias.
4. Niños que eran incluidos en la "leva" (reclutamiento forzoso) para la época en que, según la Guardia Nacional, todos los niños mayores de 10 años o bien eran sospechosos de colaborar con el FSLN y debían ser eliminados, o bien debían hacer el servicio militar.
5. Niños que, debido a consideraciones económicas y sociales de sus familiares, eran enviados desde temprana edad a la "escuela de la vida"; es decir, a que se hicieran militares.

Una primera revisión de los prisioneros, hecha en 1979 detectó a 70 niños entre 8 y 16 años que habían per-

⁷ Sobre este punto, Cardenal nos dice:

Antes también hubo un ejército de muchachos muy jóvenes, la élite del ejército de Somoza, la tenebrosa EEBI, muchachos desde muy tierna edad entrenados para asesinar, los que producían más terror dentro de todo el terror del ejército de Somoza. El entrenador les gritaba: —¿Qué son ustedes? Y gritaban en coro: —Tigres. —¿Qué comen los tigre? —Sangre. —¿Sangre de quién? —Del pueblo."

Véase: Discurso ante la UNESCO, París, 23 de abril de 1982.

tenecido a esta tropa élite. De ninguna manera se podía plantear su reeducación en los términos habituales, ya que hasta las más brutales atrocidades habían constituido para ellos hasta entonces actividades lícitas. Por otra parte, tampoco se les podía someter a juicio y "pedírseles cuentas" en su condición de niños.

Luego que un grupo de psiquiatras y psicólogos extranjeros se dieron por vencidos ante la dimensión e intensidad del problema, a tal grado que no pudieron plantear siquiera una solución teórica para esos niños, la única posibilidad que parecía quedar ante la situación sin salida era la de mantenerlos encerrados de por vida.

Pero hubiera significado aceptar que el régimen de Somoza había perjudicado incurablemente a esos niños y que, así, debido a incapacidad profesional, el desenvolvimiento de la personalidad de cuanto menos 70 niños quedaría bloqueado por tiempo indefinido. Algunos sondeos hechos entre las organizaciones de masas para que los niños fueran reincorporados directamente a sus comunidades, es decir, pudieran ser excarcelados de inmediato, chocaron con un fuerte rechazo. Todavía estaba fresco el recuerdo de los desmanes cometidos por las tropas élite, ya que casi todas las familias tenían que lamentar la pérdida de algún pariente durante las represiones brutales.

Los niños fueron trasladados en enero de 1980 de las cárceles a un centro montado ex profeso para ellos, el "Centro Francisco Meza Rojas", donde quedaron a cargo de un equipo formado por 2 psicólogos, 3 trabajadores sociales, 1 enfermera y 1 psiquiatra. Al principio se tuvo problemas con el reclutamiento de personal para las tareas domésticas (cocineras, mujeres para hacer la limpieza, etcétera): ninguna quería trabajar en el lugar debido precisamente a que casi todas habían tenido que sufrir algo de la EEBI...

La mantención aislada de estos niños, perturbados en su desarrollo, quedó bajo la custodia de milicianos sandinistas, los que a menudo se quejaron del tratamiento especial que se les daba a estas personas que ellos consideraban enemigos. Los milicianos tenían casi la misma edad

y les costaba mucho entender por qué se hacían tantos esfuerzos por reintegrar a sus ex enemigos. Solo cuando se les describió vívidamente lo que significaría vegetar durante toda una vida en una prisión, creció su comprensión por la actividad rehabilitadora.

El equipo terapéutico se concentró primero en el levantamiento del historial médico individual y de la realización de actividades educativas y sociales, tales como la organización de la instrucción escolar básica y el restablecimiento de contactos con los lugares de origen de los niños.

Los lineamientos generales del tratamiento comprendieron los siguientes pasos:

1. Estructuración de la situación global de necesidades según el historial médico individual.
2. Incorporación gradual de los niños en la enseñanza formal, de acuerdo con su edad y preparación propia.
3. Actividades manuales en el sentido de "estudio y trabajo".
4. Participación deportiva.
5. Conocimiento del país y discusiones abiertas, para que los niños pudieran apreciar la historia de Nicaragua desde una nueva perspectiva.

En los primeros tiempos fue notable la extrema docilidad de los niños (realizaban de inmediato cualquier disposición del equipo terapéutico) así como su obstinada reafirmación de la antigua jerarquía. También llamó la atención que los niños hablaran, fundamentalmente, sobre ciertas capacidades; por ejemplo, en la lucha cuerpo a cuerpo, mientras que, por el contrario, hacían que entre ellos se desvanecieran ciertos temas problemáticos como, por ejemplo, su participación en las torturas o acciones de exterminio y, a lo sumo, proporcionaban una especie de informe "neutral" sobre esas actividades a los terapeutas, para que aparecieran en las actas.

Esta fase inicial duró unos meses y parece haber sentado las bases para un trato medianamente soportable entre los asistentes sociales y los reclusos de la comunidad terapéutica. Los papeles situacionales se consolidaron

paulatinamente y le proporcionaron, tanto a los niños como a los terapeutas, al menos un marco de seguridad externa: el programa previsto se pudo continuar impulsando.

El paso siguiente se dio a través de la aproximación espontánea entre los niños y el personal doméstico. Conversaciones sobre los alimentos y los cuartos preferidos por los niños, le abrieron el camino a otra forma de comunicación por medio de la cual los niños comenzaron a confesar algunos gustos y preferencias. En este "intercambio no-terapéutico" comenzaron a darse por primera vez verdaderas discusiones, cuyas causas por regla general eran insignificantes, pero que dieron que pensar a las cocineras. Estas consideraron esas resistencias circunstanciales de los niños como algo valioso y decidieron hablar sobre ello en la asamblea general. Explicaron que cuando un niño comienza a reclamar "antojitos" y se lo apoya en esta tendencia, la obediencia y sumisión incondicional inculcadas pueden comenzar a parecerle contraproducentes. El niño comienza a desarrollar confianza en sí mismo.

Sobre esta base de observación experimental y de experiencia psicológica popular, se produjo una reorientación de los objetivos terapéuticos, la que consistió en estimular directamente una participación crítica de los niños. Con ello, se logró modificar también un poco la actitud que los terapeutas habían fijado para sí en el programa terapéutico. Los resultados no se hicieron esperar, los niños progresaron en la percepción y defensa de sus derechos —a los deberes estaban de antemano acostumbrados— y su interés por la posible organización de sus vidas fuera del centro creció cada vez más.

Por otra parte y solo así algunos conflictos subyacentes de importancia se pudieron resolver públicamente. Entre ellos, la convicción original de muchos niños, quienes consideraban que estaban siendo sometidos a un "lavado de cerebro" para, luego, ser dados de alta y abandonados sin ningún sostén en un medio ambiente hostil a ellos. O, también, la discusión sobre las deficiencias de los terapeutas, los cuales reaccionaban a menudo dando rienda suelta a sus sentimientos en presencia de sus pa-

cientes que, hasta entonces, parecían imperturbables, tratando de provocar una reacción en ellos.

Esta apertura en el trabajo de la comunidad terapéutica, dio una nueva dimensión a los esfuerzos por reubicar a los niños en su lugar de origen. Para ello se reanudaron, o bien se intensificaron, los contactos con las familias (mediante su inclusión en el proceso de reintegración) y con los Comités de Defensa Sandinistas (CDS). También con ellos se tuvo que realizar una considerable labor de convencimiento. La manera más exitosa de realizarla fue mediante la participación de los niños, a quienes se preveía dar de alta en breve, en las actividades comunales de sus antiguos barrios.

La actividad de esta comunidad terapéutica extraordinaria se prolongó por más de dos años y medio. Comprendió 150 "muchachos", los cuales pudieron reintegrarse a sus comunidades una vez que se consideraba en forma individual que habían superado la experiencia de pertenecer a las tropas élite y habían desarrollado cierta sensibilidad para las necesidades de la Nicaragua actual.

Poco antes de que el "Centro Francisco Meza Rojas" se cerrara, a mediados de 1982, se convidó a todos los niños a una última reunión. Participaron en ella cerca del 90 % de los niños tratados en dicha institución. Con su comportamiento jovial y desenvuelto demostraron que la comunidad terapéutica los había devuelto a la sociedad como personas en proceso de maduración y que estaban en capacidad de encontrar su propio camino en la Nueva Nicaragua. Su presencia como "visitas" en el centro constituyó una refutación más que elocuente al juicio apodíctico de aquellos psiquiatras y psicólogos extranjeros que negaron la posibilidad terapéutica de que los "niños torturadores" pudieran, alguna vez, reintegrarse a la sociedad nicaragüense.

Prostitución:

La difícil lucha contra un virtual destino

Muchos informantes en Nicaragua me manifestaban que el movimiento sandinista no ha esquivado la confron-

tación con el conflictivo tema social de la "prostitución". En Nicaragua, "la más antigua profesión del mundo" ya no debía ser considerada tabú, sobre la que no se puede hablar. Pero para poder superar a la prostitución como una parte integrante de la realidad social, es una premisa indispensable su desideologización. Una condición esencial para ello es el análisis de las condiciones de vida de las prostitutas, con el fin de propender a crear una nueva base social. En un contexto de cambios, se debía elaborar una estrategia global para la integración activa de esas mujeres a la sociedad nicaragüense⁸.

Por lo pronto, lo anterior me sonaba un poco teórico, sobre todo porque en la calle escuchaba yo a diario muchas obscenidades y "chistes picantes". Mis informantes no entraban en detalles, solo insistían en qué debería visitar personalmente uno de los centros para la reintegración de las prostitutas, con el fin de formarme una mejor idea de la situación. Finalmente decidí visitar el centro que se encuentra en León, para hablar con las mujeres que trabajan allí.

Me explicaron que no sería fácil convencer a la directora del Centro para una entrevista. Se me recomendó que me remitiera a una trabajadora social conocida mía, ya que muchos extranjeros solían presentarse con la única finalidad de "echar una mirada", de manera que las compañeras a menudo se sentían incómodas. Esto me hizo reflexionar por primera vez: el salto para salir del lado oscuro de la sociedad como prostitutas hacia la nueva situación social del Centro, debería significar para aquellas mujeres mucho más que el simple hecho de conseguir un nuevo lugar de trabajo o un cambio de domicilio. Pues se trata ni más ni menos que de percibirse conscientemente a sí mismas dentro de la propia sociedad: las ex prostitutas luchan por obtener un nuevo puesto dentro de la sociedad, pero no de manera callada y pasiva, sino en una confrontación directa con los prejuicios y clichés sobre la

⁸ Sobre la situación de la mujer dentro del proceso revolucionario nicaragüense, véase a Randall, M.: "Todas estamos despiertas. Testimonios de la mujer nicaragüense hoy". México, 1980.

prostitución en un país latinoamericano. En otras palabras, no se trata precisamente de una adaptación a las reglas tradicionales de la sociedad, sino de alcanzar una nueva calidad en la superación conjunta del "destino-prostitución".

Estas reflexiones no me ayudaron, sin embargo, a superar la desazón que yo sentía mientras me dirigía hacia el "Centro Lucía Matamoros".

Digamos que yo también como hombre, tenía que superar algunas inhibiciones sobre este tema. Repentinamente, me pareció que mi visita podía tener un significado ambiguo y, para no desistir de ella, hice un esfuerzo por hacerme explícito el significado objetivo del proyecto para las mujeres que participaban en él y para la comunidad como tal.

El Centro parecía un taller común y corriente en un barrio de la ciudad y cuenta con un restaurante adjunto. Cuando llegué, en ambos lugares había febril actividad.

Después de observar durante un tiempo pregunté por la directora, la que me recibió cordialmente, una vez que me referí a la conocida común. Al contrario de lo que esperaba, mi conversación con la señora B. R. transcurrió sin ninguna tensión. La desconfianza que yo mismo me había creado desapareció rápidamente bajo el influjo de la naturalidad con que conversamos. Desde un principio, la señora B. R. no me produjo la impresión de una directora cuarentona al frente de un "reformatorio", sino que se manifestó como una mujer que ha realizado un cambio cualitativo profundo en su situación vital en el curso de ese proyecto y, en consecuencia, puede informar de él con serenidad y sin apasionamiento artificioso.

El "Taller de capacitación para mujeres Lucía Matamoros" se fundó en 1980 con unas 14 prostitutas y el apoyo del Sindicato de Empleadas Domésticas, que aportó el capital inicial de 200 córdobas (unos 20 U\$S) y puso a su disposición una vieja máquina de coser. Se le concibió como un centro de adiestramiento-producción-educación, de manera que el aspecto educativo no se restringiera únicamente a las mujeres que practicaban la prostitución, sino que incluyera a toda la comunidad; la que, hasta ese en-

tonces sólo había considerado ese problema de manera encubierta.

Después de una difícil fase inicial, en la cual el grupo central se preocupó por la consolidación de los intereses comunes y la representación hacia afuera; el INSSBI les proporcionó un local y luego les repartió material de trabajo y alimentos básicos.

Pronto el Centro, como unidad de producción, fue incluido en las garantías del seguro social, lo que fue de mucho beneficio para las mujeres, en especial en lo relativo a la atención materno-infantil y los servicios psicosociales. Algunas mujeres de la vecindad ofrecieron sus servicios como "alfabetizadoras" o para enseñar actividades manuales. Debido a que el analfabetismo de las participantes era casi del 100 % (incluida la señora R. B.), la tarea educativa resultó ser verdaderamente dura, casi enervante, pero contribuyó en gran medida a la cohesión del grupo:

"Muchas de nosotras no habíamos pensado hasta entonces que podríamos aprender a leer y escribir; y por ser mujeres adultas una se avergüenza de su propia torpeza e ignorancia."

En la actualidad, a pesar de la carencia crónica de materiales y máquinas, el Centro prácticamente se mantiene por su propia cuenta. El INSSBI solo paga al contador y a la trabajadora social. La producción del Centro tiene buena aceptación, vendiéndose directamente la mitad de ella a expendios oficiales, con el fin de contrarrestar el mercado negro. En la actualidad, cerca de 20 mujeres participan de modo permanente en las actividades del Centro, habiéndose pensado en algunas nuevas posibilidades, como sería la preparación de frijoles de soya para promoverlo en la alimentación general a través de cocinas modelo. Este proyecto se puede apoyar en la experiencia acumulada por el restaurante.

El Centro está concebido como un lugar de tránsito, donde las mujeres pueden aprender un oficio, para luego incorporarse en la producción general. Desde que se fun-

dó, unas 20 mujeres se han reintegrado a la sociedad. Así, por ejemplo, 10 ex prostitutas trabajan como costureras en una cooperativa de vestuario. Desde el mismo momento en que las mujeres comenzaron a recibir su formación en el Centro, su posición dentro de la sociedad empezó a cambiar de manera fundamental:

“Muchas mujeres adquieren seguridad acerca de sus propias posibilidades y esto ocurre gracias a la regularidad de sus ingresos y la distribución de los alimentos básicos. Sus hijos pueden asistir sin interrupción a la escuela y ya prácticamente no perciben ninguna discriminación por parte de maestros o compañeros de estudio. Las mujeres aquí tienen un promedio de 4 hijos y es muy diferente su situación si ellas están en condiciones de enviar a sus hijos todos los días a la escuela o si los deben mandar a que se ganen la vida vendiendo algo en la calle.”

En relación a su propia hija, la señora B. R. dijo:

“Sabe, usted, anteriormente la prostitución era algo hereditario. Era habitual que madre e hija trabajasen en el mismo burdel, o que la hija sustituyera en dicho lugar a su madre. Mi pequeña tiene ahora 10 años y ya asiste a 5º grado; el destino de antaño no se repetirá en ella.”

Pero la situación de la señora B. R. también se refleja a través de la conciencia que ha adquirido como militante activa del movimiento sandinista. Antes solía esperar pasivamente muchas cosas; ahora suele buscar con otras mujeres caminos viables y no se deja desanimar tan fácilmente. Para ella, iniciativas como las del Centro no pueden constituir un simple acto aislado, ya que producen efectos directos en la vida del vecindario y, por tanto, pueden contribuir a que se den cambios en la conciencia de la población.

“Hasta las ‘beatas’ que viven al lado nos han encargado todos los adornos de papel y las piñatas pa-

ra la última fiesta. Ahora incluso se atreven a practicar en público con nosotras.”

La señora B. R. sonrió con una cierta picardía al referirse a las relaciones de las mujeres del Centro con las representantes de la religiosidad cotidiana y las instancias morales del vecindario.

Dos breves conversaciones adicionales sostenidas con una participante y una maestra voluntaria, me confirmaron las expresiones de la directora en el sentido de que en el transcurso del proyecto había crecido la confianza en sí mismas de las participantes y que cada vez desarrollaban mayores actividades en el mundo cotidiano de los vecinos del barrio.

Algún tiempo después, una investigación sobre la prostitución en Nicaragua me proporcionó información complementaria⁹, que me ayudaría a ubicar estas experiencias de lugar dentro de un contexto más amplio, enfocándolas, además, desde el punto de vista de la salud psíquica dentro de un proceso revolucionario.

La investigación la realizaron trabajadoras sociales del INSSBI, mediante entrevistas realizadas en las ciudades más importantes de Nicaragua a cerca de 100 mujeres, principalmente de las capas más pobres. Al discutir el problema, el equipo de investigadores sostiene:

“No podemos considerar a la prostitución como un mal moral e individual: la prostitución sería ‘mala’ o ‘degenerada’, ‘anormal’, ‘inadaptada’ a nuestra sociedad. Es por ello que no le daremos a la problemática un tratamiento psicologista o moralizante.”

Las autoras del estudio establecen sobre el contexto socio-económico de la gran mayoría de las prostitutas entrevistadas, lo siguiente:

“Pero la demanda de la fuerza de trabajo en el

⁹ Las citas transcriptas en el texto fueron tomadas de la publicación: “La prostitución en Nicaragua”, publicada por el INSSBI en 1982.

mercado urbano no absorbe necesariamente a la oferta, ni mucho menos. Surgen entonces en la periferia los llamados 'cordones de miseria', donde se concentra toda esta sobrepoblación, en búsqueda de alternativas de sobrevivencia, las cuales se reducen a una muy precaria: los servicios.

"Los servicios surgen como alternativa, precisamente en las ciudades, porque donde más se concentra la población menos tiempo se requiere para encontrar un cliente. Así podremos encontrar a los vendedores ambulantes, los vendedores de botellas y periódicos, los vendedores de lotería, los limpiabotas, etc. Debido a la gran competencia, sus servicios son tan mal pagados que necesitan lanzar toda su familia a la calle: hombres y mujeres, ancianos y niños, enfermos e incapacitados, para obtener entre todos un ingreso que les permita sobrevivir; los niños, los "quinchos" como vendedores de periódicos, limpiabotas, limosneros, vende-chiclés, etcétera, a las mujeres y a las niñas como vendedoras y discapacitados como músicos o limosneros. *Se empieza a dar un fenómeno de mercantilización de los hijos.*

"La miseria entre estos sectores es casi total. Entre ellos es donde se encuentran las tasas de mortalidad más altas, enfermedades de todo tipo y un grado muy elevado de alcoholismo como refugio para olvidarse de la crueldad de la vida que llevan. Esta miseria llega a tal punto que el robo, el tráfico de drogas y la prostitución llegan a ser alternativas para solucionar el problema de la sobrevivencia." Las condiciones de vida de las prostitutas se definen:

"95 % de ellas son analfabetas, el 85 % de estas mismas mujeres responden no haber aprendido ningún oficio, o ser doméstica... Finalmente, para este sector de mujeres, hasta su nivel de expectativas acerca de un nuevo oficio, no va más allá de los roles tradicionalmente asignados a la mujer: al 45 % le gustaría aprender costura; 12 % enfermería y a las restantes secretariado, repostería y salón de belleza."

En relación a las condiciones causantes de la prostitución las autoras diferencian tres niveles:

“El primer nivel aborda la prostitución como un oficio, al que recurren determinadas mujeres de estos sectores para subsistir. Estrechamente ligado al anterior; el segundo nos remite a la organización familiar de dichos sectores permanentemente en crisis, la cual refleja las condiciones de la lucha por la subsistencia que allí se libra y que es un caldo de cultivo para la reproducción de la prostitución. Finalmente, la ideología de los sectores dominantes, que conforma a la mujer como un objeto sexual, encuentra en lo anterior las condiciones idóneas para que se de la mercantilización del cuerpo de la mujer en el ejercicio de la prostitución.”

El estudio también se refiere a las discusiones públicas que tuvieron lugar cuando los medios de información y las organizaciones de masas abordaron la prostitución como un tema de importancia general.

Así, un trabajador del sindicato de Corinto le preguntó a una trabajadora social que había planteado la discusión sobre las prostitutas en una reunión:

“Dígame, compañera, ¿qué sucedería con la juventud ahora, digamos los varones, aquellos que no tienen mujer con que satisfacerse? Hay gente morbosa que puede agarrar a una chavala, al no encontrar prostitutas, ¿cómo haría esa persona? Porque, inclusive, muchas niñas corren peligro; hay muchos hombres que necesitamos de esas mujeres.”

Un miembro del Comité de Reconstrucción de la misma ciudad, decía:

“Nunca he creído que sean una necesidad las meretrices, pero como en el seno de los hogares se ha creado esa falsa idea de que son necesarias, por eso digo que hay que ir hasta allí a reeducar a las personas.”

Muchos padres de familia expresaron en las conversaciones su opinión de que la prostitución no debía abolirse:

“¿Cómo van a hacer nuestros hijos, cómo van a hacer los pobres marinos que vienen a buscar a alguien que les levante el ánimo?... Las muchachas nuestras corren el peligro de ser asaltadas.”

Algunas mujeres también fueron de esa opinión. En el informe se sostiene que:

“Incluso madres de familia que se supone que son personas decentes, están de acuerdo en que la prostitución permanezca, porque dicen que es la única manera de salvar a sus hijos jóvenes y de que sus hijos varones no se vuelvan locos y traten de violentar a las muchachas.

“Las muchachas jóvenes, por otra parte, que quieren llegar vírgenes al matrimonio y no quieren que sus novios las presionen a tener relaciones sexuales prematrimoniales, tanto por la deshonra que esto significaría socialmente como por el temor a quedar embarazadas, prefieren también la alternativa de la prostitución para ellos, como una forma cómoda aunque despreciada de resolver ‘el problema’.”

Asimismo, el 70 % de las prostitutas entrevistadas, consideraba que su oficio era necesario:

“Para que no se den violaciones, pero es mala para la mujer; para que los hombres se desahoguen; para los hombres solos o casados que se llevan mal con su esposa; para que los hombres no se vuelvan locos; para los jóvenes en desarrollo que hay que darles experiencia.”

La coincidencia de estas apreciaciones sobre la prostitución, como un mal necesario o una parte substancial de la moral pública, hasta ahora incuestionada, constituyen una prueba de que es necesario que las raíces de esa

problemática, la concepción de la sexualidad que tiene la sociedad nicaragüense, sean discutidas con toda amplitud y seriedad.

“Es evidente que estos testimonios, representativos de la manera de pensar de muchos nicaragüenses, son producto de la ideología patriarcal y burguesa dominante que ha penetrado en nuestro pueblo y hoy tiene raíces profundas. Todos estos testimonios están ligados a una concepción machista del sexo, en la cual el hombre por un lado tiene unos impulsos sexuales ‘incontrolables’ que se traducen en relaciones deshumanizadas y totalmente desprovistas de sentimientos y, por otro lado, instrumentaliza a la mujer para satisfacerlos.”

Del análisis de esta investigación y de la reflexión permanente de la práctica realizada en centros como el de León, han surgido los fundamentos de una estrategia muy amplia, con la cual se puede abordar el problema de la prostitución en el contexto de la sociedad (cf. cuadro 2, pág. 38).

En esta concepción del INSSBI se identifica como objetivo prioritario al grupo de mujeres que han ejercido la prostitución, pero que ya se encuentran en el camino de su reintegración social. Sin embargo de manera simultánea la concepción desglosa la problemática en todos los ámbitos públicos. Debido a que algunas prostitutas ya se han organizado por su propia cuenta y han demandado de modo enérgico un espacio social se hace posible que las iniciativas para la reintegración de las prostitutas se realice y continúe mediante la colaboración y el trabajo constructivo conjunto de los participantes —las prostitutas y sus hijos— y los profesionales; por ejemplo, las trabajadoras sociales.

Comentario

Cinco años después del derrocamiento de la dictadura somocista, los esfuerzos cotidianos que el pueblo nicaragüense realiza con el fin de impulsar de manera conse-

PROYECTO COMUNAL DE REEDUCACION SOCIAL

REEDUCACION DE LAS MUJERES QUE HAN EJERCIDO LA PROSTITUCION

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación laboral de las mujeres en las áreas productivas que demanda la Revolución. 2. Proporcionarles medios para que sustituyan el ingreso que perciben en la prostitución. (Empleo permanente.) 3. Tratamiento psicosocial. 4. Formación socio-política y además participación en las tareas de la Revolución. | <p>Tomen conciencia de su problema y desee de cambiar.</p> | <p>Integración social de las mujeres a la comunidad.</p> |
|---|--|--|

PREVENCIÓN EDUCATIVA A LA COMUNIDAD

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Concientizar a la Policía Sandinista sobre el problema de la prostitución para que sepan enfrentar el problema. 2. Atacar toda forma de proxenetismo en conjunto con la comunidad. 3. Participación de la comunidad a través de las organizaciones de masas y organismos estatales en la solución del problema. 4. Capacitación, información y divulgación sobre el problema de la prostitución a través de cursos, seminarios, folletos, películas, etc., dirigidos a la comunidad y centros de trabajo donde laboren especialmente las mujeres, con el objeto de ir rompiendo los falsos esquemas ideológicos acerca del problema, tanto en hombres como en mujeres. 5. Promover en conjunto con los organismos estatales y organizaciones de masas, programas preventivos dirigidos a las jóvenes que están en situación de riesgo. | <p>Tomen conciencia del problema para que se disminuyan obstáculos que impidan la aceptación y el apoyo a las mujeres en su re-integración social.</p> |
|---|--|

cuenta el proceso de revolución social, superar de manera pública y creativa las grandes contradicciones de su propia cultura y vencer la obstinada resistencia del ala conservadora de la administración de los Estados Unidos de Norte América y sus cómplices, se pueden expresar con claridad poética señalando que, a veces, "la planicie cotidiana es un terreno de mucho esfuerzo". La exigencia de que todos participen de una atención integral de salud, un derecho humano fundamental, constituye uno de los principales pilares de la Revolución Sandinista. En ese marco se le da una atención especial a los servicios psicosociales de salud, que se constituyen con la participación activa de la población ¹⁰.

En este artículo se ha intentado esclarecer, en base a situaciones ejemplares, el proceso de integración de minorías sociales en la Nueva Nicaragua.

Durante la permanencia en ese país estas observaciones y reflexiones me dejaron la impresión de que la relación recíproca entre las minorías y la sociedad en su totalidad se conjugan en un espíritu epocal, el que tiende a dirimir públicamente conflictos psicosociales latentes y que, en consecuencia, se caracteriza por un alto grado de tolerancia y respeto por los diferentes intereses de los participantes. A través de ello se crean condiciones para una integración activa de las tales minorías.

Las principales características de este espíritu de la época son:

¹⁰ Comp. Riquelme, H.: *El proceso de constitución de la atención psicosocial en la Nueva Nicaragua*. En: "Le Monde Diplomatique" (edic. en español), vol. VII, N° 80: 30 y 32, julio de 1986. Traducido del alemán por Mauricio Torres R.

El tema central de este ensayo ha encontrado difusión en las siguientes participaciones:

— Aus dem Neuen Nicaragua: drei beispielhafte Projekte zur Förderung der psychosozialen Gesundheitssituation. In: "Sozial-psychiatrische Informationen". Vol. XV, Nr. 2: 82-97, 1985.

— Nuovo Nicaragua: tre progetti esemplari per il miglioramento della salute psico-sociale. In: "Fogli di informazione". Nr. 110: 60-74. Aprile, 1985.

— Der Umgang mit sozialen Miderheiten in Nicaragua. Eine psychokulturelle Annäherung. In: "Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik". Vol. X, Nr. 4: 24-41. Wien, 1985.

- La disposición a tomar conciencia de la existencia de minorías sociales y discutir las causas que las producen.
- La capacidad de aceptar que un rasgo esencial de la vida cotidiana lo producen la ambivalencia y frustración en la resolución de situaciones psicosociales conflictivas.
- El evidente crecimiento de la confianza en las propias posibilidades de actuar, tendiendo a alcanzar lo que promueve la competencia interpersonal, es decir, la inteligencia social de los participantes.

Además, me parece importante señalar que los proyectos que actualmente se llevan a cabo no exhiben rasgos triunfalistas sino que, desde hace tiempo, reconocen sabiamente que por lo común "la planicie cotidiana es un terreno de mucho esfuerzo".

EL PROCESO PSICOCULTURAL DE ALCOHOLIZACION EN CHILE

"El vino clava sus espinas negras,
y sus erizos lúgubres pasea,
entre puñales, entre medianoches,
entre roncadas gargantas arrastradas,
entre cigarros y torcidos pelos,
y como ola de mar su voz aumenta
aullando llanto y manos de cadáver."

(Del *Estatuto del Vino*, de PABLO NERUDA)

Introducción

Manifestar que en la población de Chile existe un consenso cultural acerca del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos característicos sobre el hombre parece ser como apuntar con el dedo a un sobreentendido más de la vida cotidiana.

Al apreciar, sin embargo, cómo se genera y desarrolla ese proceso psicocultural de consenso en la población se hace manifiesto que el consumo de bebidas alcohólicas ha llegado a ser una parte integral de la vida social. Este proceso adquiere, por lo tanto, central relevancia para cualquier aproximación al problema del alcohol en Chile.

Así, se observa que los límites de la llamada normalidad para el consumo de bebidas alcohólicas son muy difusos, lo que es válido para todos los grupos socioeconómicos. El grado de dificultad con que tropiezan la población en general y los profesionales de la salud para definir la trasgresión de reglas normativas (es decir, la bebida en exceso) se manifiesta en una actitud altamente ambigua, a consecuencia de una percepción casi fatalista del problema y, a lo sumo, en el conocimiento sobre sus resultados globales y a largo plazo; por ejemplo, la frecuencia extraordinaria del síndrome alcoholismo en la población.

También se puede decir que muchos de los programas contra el alcoholismo —elaborados conceptualmente por expertos nacionales e internacionales en el curso de los

últimos treinta años— no han tenido más valor que el del papel sobre el que fueron publicados, debido a que no consideraban las particularidades socioculturales en el consumo de alcohol de la población, con lo cual no pudieron ejercer influencia ni sobre sus costumbres ni sobre su percepción del proceso de salud/enfermedad.

La dimensión sociocultural en el consumo de bebidas alcohólicas de la población chilena constituye el tema central del ensayo. A través de la reflexión sobre aspectos médico-sociales y antropológicos se persigue una representación holística del problema del alcohol en Chile. Para ello no se recurre a detalles pintorescos de una “subcultura” sino que se valoran aquellos elementos culturales relativos al consumo de alcohol, que encuentran una significativa representación en la vida cotidiana de la mayoría de los chilenos, en base a crónicas desde 1551 hasta la actualidad.

Esta aproximación metódica es valiosa para la comprensión tanto del consumo excesivo de alcohol así como de su consecuencia médica frecuente, el síndrome alcoholismo, desde la perspectiva de quienes viven en este contexto sociocultural. Así se hace manifiesto el profundo enraizamiento psicocultural del consumo excesivo de alcohol y se crea una base de comprensión entre los trabajadores de la salud y los afectados. Esto significa un primer paso hacia la superación conciente de la “forma de vida alcoholizada” en la situación de alienación social en que vive la mayoría de la población chilena. Sobre esta base conceptual comprensiva se propone, por último, desarrollar actividades de investigación cualitativa que, desde la propia perspectiva de los afectados, conduzcan en la acción comunitaria a una solución ‘desde dentro’ del problema del alcohol en Chile.

1. Contexto social general y aspectos médico-sociales

Como en la mayoría de los países de América latina en este siglo, tuvo lugar también en Chile un proceso intenso de migración del campo a la ciudad.

A principios de siglo más de dos tercios de la población chilena vivía en el sector rural; actualmente la población urbana comprende cuatro quintas partes de la cantidad global de habitantes (79,2 %). Esta redistribución acelerada de la población afectó sobre todo a las ciudades grandes —de más de 100.000 habitantes— y, en primer lugar a la capital Santiago y su contorno urbano donde, en 1978, habita el 40 % de toda la población chilena (37).

Los efectos psicosociales para la población afectada por este descalabro demográfico han sido hasta la fecha, poco considerados; en términos generales pueden ser enunciados como el resultado multiforme de un proceso de desarraigo psicocultural y de pauperización socioeconómica (32).

Se puede afirmar que una buena parte de la población ha sido presionada económicamente a introducirse por la puerta de servicio a la fiesta del desarrollo capitalista y dependiente, lugar donde si se necesitan trabajadores asalariados es como una reserva opcional de la fuerza de trabajo, pero sin mayor participación en las decisiones sociales y económicas.

A su llegada a las ciudades grandes disponen, pues, de condiciones miserables de vida y difícilmente de algún trabajo (6, 5). No es extraño, entonces, que ellos mismos se definan como 'extranjeros en su propia tierra'; en tanto que cultivan la solidaridad con el 'afuerino' (que es la denominación popular del jornalero sin paradero fijo) y participan en su reorganización social a partir de necesidades básicas concretas, la vivienda, por ejemplo, a través de las tomas de terrenos desde 1948 en adelante (26,32).

A Chile se lo ha caracterizado muy a menudo como un país productor de vinos. Existen en él 27.000 viñas, en lo que comprende una superficie de 100.800 hectáreas, lo que significa el 1,8 % de las tierras aptas para la agricultura y el 6,8 % de la superficie realmente utilizada.

De acuerdo a los estatutos legales, se permite la producción de "solo" 600 millones de litros de vino por año, cuya mayor parte se consume en el mismo país, solamente del 2 al 4 % de la producción se exporta. Un cálculo sencillo demuestra que se dispone de 100 litros de vino

por año para cada uno de los aproximadamente 6 millones de habitantes mayores de 15 años.

Por el contrario, existe en relación a la producción de leche un déficit real de 50 litros por año y habitante, déficit de un alimento básico que tiende a aumentar en este 'Jardín del Edén' (37).

Los aparatos legislativo y judicial se han limitado, hasta ahora, a la emisión de estatutos acerca de la ubicación y el tiempo de funcionamiento de los expendios de bebidas alcohólicas; a una limitación de superficies para el cultivo de viñas y especialmente a la detención y castigo de las personas que en estado de embriaguez perturban el orden público. Sobre la virtual efectividad de estas medidas y el espíritu 'liberal' que las engendró creo que huelgan los comentarios.

El vino chileno puede ser todo lo sabroso que se quiera, sin embargo una serie de estudios en terreno, centrados en la investigación sobre la prevalencia de alcoholismo, muestran los siguientes resultados: del 20 al 25 % de la población son bebedores excesivos, entre estos hay de un 5 a un 7 % de enfermos alcohólicos (3, 11, 17, 21, 36). Especialmente afectados son los grupos sociales más desposeídos, lo que ha conducido a algunos investigadores de marcada sensibilidad social a hablar de un "alcoholismo de la pobreza" (11). Tampoco las mujeres y los niños son ajenos a los efectos negativos del alcohol (14, 38).

Entre las enfermedades que conlleva el consumo excesivo de alcohol, se presenta la cirrosis hepática como uno de los mayores problemas en el sector de salud curativo institucional. Aquí corresponde añadir que la cirrosis hepática no afecta a todos los bebedores excesivos por igual; los conocimientos sobre esta compleja entidad nosológica no sobrepasan hasta el momento una percepción patofisiológica e individual de la enfermedad ya declarada.

Puesto que Chile puede reclamar el triste record mundial sobre la mayor cifra de mortalidad por cirrosis hepática de origen alcohólico: 35,7 casos de muerte por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años (22), creo que este factor de influencia en la mortalidad general debiera ser estudiado desde una perspectiva multidisciplinaria y

longitudinal y en las familias de los afectados. No parece muy aventurada la suposición de que la cirrosis hepática es un buen indicador general de las condiciones de vida y salud en un país como Chile (sumada a la desnutrición) y que, junto a otras enfermedades prevenibles o curables tales como las enfermedades infecciosas (por ejemplo: pneumonías, enteritis y TBC), su aparición en las estadísticas en forma principal se debe a que ella oficia de facto como última instancia patogénica, pero de ningún modo como razón o sinrazón de cada muerte en particular (11, 32).

2. Consumo de alcohol y condiciones socioeconómicas

El desarrollo histórico ejemplar de la comunidad mapuche

El consumo de bebidas alcohólicas en la población chilena, con sus implicaciones psicoculturales y socioeconómicas, puede ser registrado en etapas muy tempranas de su historia.

Ejemplar para el estudio de las influencias socioeconómicas sobre el consumo de alcohol es la situación entre los indígenas mapuches; éstos constituyen en la actualidad un 5 % de la población, en tanto que un 60 % de ésta son mestizos (27,37).

Se puede constatar que el significado social del consumo de alcohol se mantiene en estrecha relación con las definidas como cuatro etapas del desarrollo político-social de la comunidad mapuche y que, a excepción de la primera etapa, para cada fase se conforma el significado social del consumo de alcohol de acuerdo a factores de influencia o de poder externos a la comunidad mapuche (16).

1) La etapa del descubrimiento y de los primeros intentos, sin mayor éxito, de sometimiento de la población indígena a la égida de los colonizadores españoles: El consumo colectivo de bebidas de bajo contenido alcohólico ayudaba a la tribu respectiva a disminuir el temor casi xenofóbico frente a los extraños y a estabilizar de este modo las relaciones con las tribus vecinas (20,39). Da la

impresión de que no existían aquí bebedores consuetudinarios ya que beber a solas gozaba de poca aceptación social y además de que no parecían ser tan frecuentes las posibilidades de beber en exceso durante las fiestas tradicionales. Es así que el español Pineda y Bascuñán, quien vivió muchos años entre los indígenas y luego redactó una descripción muy discreta y perspicaz sobre su vida y sus costumbres, no informa acerca de enfermos alcohólicos entre los indígenas de su trato dilatado, aunque él conociera con seguridad el mal del vino por su vida entre los españoles (29).

2) La etapa de la "coexistencia pacífica" entre los indígenas y colonizadores en el siglo XVIII:

Esta coexistencia se caracteriza por la introducción de la economía de mercado y con ella la venta de alcohol de alta graduación, el que se consume en los poblados mayores y el que por lo común se financia con la venta de animales y granos de la propia producción (8). El consumo de alcohol ayuda en primera instancia a la superación individual de tensiones en una etapa de desintegración socioeconómica y cultural de la comunidad mapuche (30).

3) La etapa de la expulsión violenta de los indígenas de sus territorios tribales por medio del Ejército chileno en la segunda mitad del siglo XIX:

Los instrumentos más importantes para romper la resistencia de los indígenas son fusiles, leyes incomprensibles y alcohol.

El coronel Saavedra es bien explícito al respecto en su comunicación final al Presidente de la República: "Señor Presidente: Angol ha sido ocupado sin resistencia alguna. Puedo asegurar a Ud. que salvo tropiezos de pequeña importancia, la ocupación de Arauco no nos costará sino mucho mosto y mucha música." (24) El consumo de alcohol ayudó a los indígenas a sobrellevar el sentimiento de impotencia frente al aparato de alta tecnología militar enviado a preparar el terreno para la implantación del latifundio en el sur de Chile y que barrió muy pronto con sus primitivos medios de defensa.

4) En la actualidad el consumo de alcohol ritual tiene importancia en tres situaciones básicas de la vida rural:

a) En fiestas tradicionales, que en parte se definen a través de la influencia del catolicismo;

b) Durante las visitas al mercado urbano, y

c) En las fases de inactividad de la agricultura (16).

En la ciudad tienden los indígenas emigrantes a constituir una entidad cultural casi endogámica, cerrada. Prefieren los lugares frecuentados por mapuches y mantienen por largo tiempo un interés vivo en la vida social de su comunidad original por medio de visitas regulares a ellas y el envío de dinero a los familiares. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas se mantiene la reticencia a beber solos, tanto más cuanto se piensa que el que no desea beber en grupo debe tener razones especiales para ello —malas intenciones, por ejemplo—, puesto que no es capaz de confiar en los demás. El bebedor solitario es entonces apreciado como anormal o vicioso y se convierte en objeto de rechazo de los otros emigrantes (15).

En el campo se puede observar una situación bastante diferente: dentro de costumbres de consumo de alcohol ampliamente permisivas y bajo la influencia de un proceso de pauperización radical —ya sea a través de pérdida de tierras por juicios malevosos o empeoramiento ecológico de las condiciones de cultivo— se alargan tanto las fases de inactividad agrícola como las visitas a los mercados urbanos. De esta manera la posibilidad de enfermar por consumo excesivo de alcohol cobra casi un carácter de destino irrevocable para los mapuches que viven en reservas rurales. Un estudio realizado en 1970 (21) sobre costumbres de beber y prevalencia de alcoholismo en reservados de indígenas mapuches lo confirma en forma fehaciente: considerando los factores 'edad' y 'costumbres de beber' entre la población masculina se presenta la siguiente situación: Bebedores moderados son en su gran mayoría (59 %) menores de 29 años; casi la mitad (49 %) de todos los bebedores excesivos sencillos pertenece al grupo etario entre 20 y 39 años y la gran mayoría de los enfermos alcohólicos está entre los 30 y 49 años de edad.

Haciendo una extrapolación se puede decir que aquí se demuestra directamente la validez de la tesis de Jel-

línek en cuanto a que el consumo continuo y excesivo de alcohol conduce regularmente a la enfermedad alcohólica (12, 13). El resultado desolador de su estudio prospectivo en pacientes de asilo hospitalario permitió a Jelinek sistematizar el alcoholismo en el transcurso patofisiológico de la enfermedad, esto es, en pacientes que ya realizaban su "carrera" como tales; los indígenas mapuches no son sin embargo pacientes de asilo, sino que en virtud de la ley ciudadanos con iguales derechos al resto de los chilenos.

Pero mientras las condiciones de vida de estos indígenas se definan como de miseria progresiva y con mínimas perspectivas de superación, ya que son objeto de estigmatización económica como grupo social, será el consumo de alcohol su forma de adormecer la conciencia y de participar negativamente en una sociedad que en su hipocresía ideológica los ensalza como eslabones heroicos del pasado y los excluye como lastres superfluos en el presente.

3. Situación actual

Para caracterizar en términos sucintos la posición sociocultural de una gran parte de la población frente al consumo de alcohol, no me parece desproporcionado referirme a una "forma de vida alcoholizada".

La inseguridad existencial de la mayoría de la población constituye un factor condicionante de gran relevancia para la mantención de este status quo psicocultural.

Por lo tanto, el consumo excesivo de alcohol se puede considerar, por una parte como un medio de escape a la realidad socioeconómica y, por otra, a través de su valoración social positiva por los afectados, como un elemento de importancia incuestionable en la creación de una identidad psicocultural para muchos chilenos.

En la vida cotidiana se expresa esto en una actitud muy permisiva frente al consumo de alcohol, que a veces llega incluso a la incitación colectiva al consumo excesivo.

De este modo mantienen su vigencia muchos concep-

tos y opiniones populares acerca de los roles sexuales específicos, así como sobre las esperanzas puestas en el consumo de alcohol. La mayoría de los chilenos atribuye al alcohol una serie de cualidades presuntas, tales como:

- El alcohol combate el frío, es fuente de alegría y fomenta la amistad.
- La cerveza estimula la secreción de las glándulas mamarias y por esto la aconsejan durante la lactancia.
- Hay que dar vino al niño porque así se hace hombre y además es tónico.
- Embriagarse es muestra de hombría.
- El alcohol aumenta el rendimiento del trabajo físico.

Esta valoración social positiva del consumo de alcohol se puede considerar como la continuación regular de una tradición centenaria en el folklore urbano. San Martín consigue reunir en su trabajo "Nosotros los chilenos" (35) las expresiones vitales de la población urbana de los últimos tres siglos en su propio lenguaje. La actitud popular frente al vino y la chicha es presentada de la siguiente forma:

"El vino y la chicha sirven para curar enfermedades. Esto se sabe desde muy antiguo, desde que la inventó Noé. Hay gente que no toma chicha porque cree que produce gastritis. El pueblo sabe que la chicha 'limpia la sangre y lava el estómago':

'En tiempos de chicha
pierden los médicos y las boticas.'

"¿Sabía usted que el dolor de cabeza se pasa comiendo pan caliente mojado en vino y que el resfrío se acorta mucho bebiendo vino tinto hervido con limón, azúcar quemada y un poco de canela, pero en vaso grande?

"¿Y que para las anemias no hay cosa mejor que beber todos los días medio litro de vino, de preferencia añejo, mezclado con tres terrones de azúcar y medio litro de sangre caliente de novillo?

"Ahora, si su enfermedad es el vino, es decir, si us-

ted es alcohólico crónico y quiere sanarse, haga lo siguiente: beba vino mezclado con excremento de cerdo, o bien que alguien le coloque secretamente a sus bebidas polvos de verrugas de caballo o agua en la que se haya cocido un ratón pelado y descuerado, pero con uñas. Si ninguno de estos remedios lo sana, entonces lo definitivo es darle a beber al alcohólico, sin que él lo sepa, un litro de vino en el que se ha sumergido por 24 horas la mano de un 'angelito' recién muerto; después de ese trago no volverá nunca a beber alcohol."

La incitación colectiva al consumo excesivo de alcohol se manifiesta a menudo como presión más o menos explícita del grupo sobre los individuos participantes en algún evento social. En ciertas oportunidades, festivas o tristes, no se fomenta otra conducta que la de regar la alegría o ahogar las penas en alcohol:

En fiestas ceremoniales como Navidad, Año Nuevo, bautizos, casamientos o velorios; en acontecimientos sociales como celebrar un puesto de trabajo o el nacimiento de un hijo; después de un partido de fútbol —porque en el deporte no lo es todo ganar— se bebe en forma considerable vino de diversa calidad.

El fin de semana, con el consiguiente sueldo en el bolsillo, se transforma a menudo en una larga experiencia étlica, lo que en algunos oficios abarca a un 50 % de los trabajadores (36).

El hombre embriagado no solo no representa una figura de valor negativo, sino que al contrario es motivo, en cuanto a su estado de embriaguez, de una especie de solidaridad psicocultural de los desposeídos.

Haciendo una traslación del refrán griego "los dioses protegen a los niños, los locos y los borrachos", se puede decir que uno siente simpatía con el torpe borrachito y considera su actual irresponsabilidad así como su estado indefenso, como algo comprensible de por sí.

De esta forma se presenta el estado de embriaguez alcohólica como una forma de escape individual del "círculo vicioso" de los conflictos sociales y económicos en la vida cotidiana, aceptada comúnmente para el hombre y con ello se reafirma al mismo tiempo en él aquel ideal resque-

brajado, pero no seriamente cuestionado, de masculinidad que ha recibido en su proceso de socialización patriarcal y dependiente (31).

Paulo Freire (7) expone en forma plástica algunos aspectos de este proceso entre los afectados: "En una de las investigaciones realizadas en Santiago (desgraciadamente no concluida) al discutir un grupo de individuos residentes en un conventillo, una escena en que aparecía un hombre embriagado, que caminaba por la calle y, en una esquina, tres jóvenes que conversaban; los participantes (del grupo de discusión) afirmaban que: 'Ahí el borracho apenas es productivo y útil a la nación, el borracho que viene de vuelta a casa, después del trabajo, donde gana poco, preocupado por la familia, cuyas necesidades no puede atender... Es el único trabajador... El es un trabajador decente como nosotros que también somos borrachos...'"

Y desarrolla en términos analíticos: "Hay dos aspectos importantes en las declaraciones de esos hombres. Por un lado la relación expresa entre ganar poco, sentirse explotados con un 'salario que nunca alcanza' y su borrachera. Se embriagan como una especie de evasión de la realidad, como una tentativa de superar la frustración de su 'no actuar'. Una solución en el fondo destructiva, necrófila. Por otro lado, la necesidad de valorar al que bebe. Era el 'único útil a la nación, porque trabajaba, en tanto los otros lo que hacían era hablar mal de la vida ajena'. Además la valoración del que bebe, su identificación con él, como trabajadores que también beben. Trabajadores decentes."

Por otra parte, juicios y apreciaciones socioculturales acerca de la embriaguez en la mujer destacan por su ausencia en las referencias de que dispongo. Es posible que se lo considere como un eventual resultado de la embriaguez habitual del hombre, sin mayor motivación intrínseca que la de compartir con él las condiciones miserables de vida; esto es, sin base sociocultural propia, o bien que la embriaguez femenina constituya de por sí un tabú psicosocial sobre el cual no se han desarrollado hasta la fe-

cha mayores estudios directos. Pero, de que la hay, la hay...

En los barrios obreros existe, a través de las cantinas y los clandestinos, una muy afiatada "infraestructura alcoholizante". Esta constituye tanto la expresión ecológica del consumo excesivo de alcohol como un instrumento activo para fomentarlo. Una "infraestructura alcoholizante" tan desarrollada contrasta con la ausencia o subatención de diversos establecimientos de utilidad pública —desde mercados de abastecimiento hasta escuelas o policlínicos— en los centros poblacionales.

Estudios de terreno, realizados en centros urbanos, han demostrado que, para el habitante de barrios obreros, es más conocido el local de venta clandestino de vinos que cualquier institución u organización gremial. Esto no es razón de maravilla si se considera, por ejemplo, que en Lota ejercen sus actividades nueve expendios de vino a lo largo de una calle de 100 metros, en las cercanías del mercado municipal (1). Para los barrios obreros urbanos se considera que en término medio una de cada ocho viviendas cumple las funciones de venta de vinos, con o sin licencia.

En este contexto, se comprende que los vendedores locales de vinos tengan interés en fundamentar su poder social y económico a través de:

- a) El apoyo de los clientes por medio de cuentas abiertas o créditos;
- b) El 'monopolio exclusivo de actividades para el tiempo libre', y
- c) Lo más importante, por medio del cultivo de relaciones interpersonales —como officiar de padrino de bautizo— entre el dueño del local y los vecinos del barrio (10).

Las actividades estatales para impedir o controlar la proliferación de estos locales han tenido por lo común un carácter represivo, sin que se haya considerado la integración 'natural' del expendio de alcohol al medio ambiente, así como tampoco la falta casi absoluta de alternativas a este foro de comunicación social, "la sala de estar colectiva de los humildes, donde se reúnen para hablar del

trabajo, el deporte, la política y las mujeres y también sobre sus sentimientos, sus amigos y la muerte." (1)

La así llamada opinión pública exhibe una cierta unanimidad para el enfoque publicitario del consumo de alcohol; los medios de comunicación masivos se concentran desde hace decenios en la imagen de autorrealización del "hombre medio" a través del consumo más o menos selectivo de alcohol y tratan con una cierta ironía la figura del borrachito popular, celebrando sus gracias casi paternalmente, en tanto que ellas canalizan la resignación frente a los "embates de la vida". No conozco los gastos actuales de publicidad para el alcohol, creo poder inferir sin embargo que en su relación con el gasto oficial para la educación de adultos sobrepasa a éste en gran medida.

Recapitulando:

Para la gestación de una "forma de vida alcoholizada" en buena parte de la población chilena actúa la siguiente constelación de factores coadyuvantes:

La gran producción de vinos constituye la base material. Este vino, con el apoyo de una publicidad penetrante, se consume casi exclusivamente en el país. El alcohol ejerce una función anestésica frente a la inestabilidad socioeconómica en la vida de la mayoría de la población y fomenta el conformismo social en tanto que "quita penas".

El consumo excesivo de alcohol ha llegado a ser parte integral de la vida social, una actitud permisiva frente a él —presente incluso en la tradición más temprana— lo rodea de cualidades socialmente positivas. Las consecuencias sociales e individuales de este consumo excesivo de alcohol no son cuestionadas como tales por la mayoría de la población, sino que se consideran dentro del margen de lo normal.

4. El lenguaje coloquial chileno y las costumbres de consumo de alcohol

"Se critica mucho que en un funeral de persona importante no haya suficiente trago. Lo que se quiere es perder el conocimiento tomán-

do, como diciendo acercarse al muerto y acompañarlo a ultratumba; la persona no es ya un ser pensante sino que está en otro mundo."

(Un informante mapuche de edad a Lomnitz, 16.)

Esta forma reflexiva de recurrir al alcohol en circunstancias serias de la vida, se expresa también en la gestación y desarrollo de un lenguaje específico, con una gran cantidad de neologismos y definiciones empíricas, para expresar la experiencia psicocultural de una parte importante de la población en su trato con el vino.

El consumo excesivo de alcohol aparece como un elemento social de indiscutido valor en la producción literaria; pero sin necesidad de recurrir a novelistas o poetas, basta una conversación dilatada con ciertos bebedores inveterados para percatarse de que las consecuencias de un trato largo e intensivo con el vino son, para estos bebedores, claramente perceptibles y definibles en su consecuencia y expresión de la vida cotidiana, así como de que ellos disponen de un verdadero dialecto —de composición estructural y connotación vivencial propios— para comunicarse entre sí.

El lenguaje popular chileno posee una conceptualización muy diversificada para el capítulo consumo de alcohol. En un trabajo de gran dedicación (19) se presentan así aproximadamente 300 neologismos relativos al vino y a sus efectos sobre el hombre.

Estos neologismos tienen a veces un carácter disgresivo, hacen un rodeo, por ejemplo, para indicar la cantidad de vino a beber —un 'medio pato' significa medio litro, un 'potrillo' dos litros, etcétera— o manifiestan la atribución emocional o cultural del alcohol —el 'quitapeñas' para el vino en general, 'sangre de toro' para un vino tinto fuerte— o expresan una actitud burlona frente al ebrio: 'andar con la mona' hace referencia a la ausencia de coordinación motora que caracteriza el modo de andar de los borrachos, 'chuico con patas' es alguien que siempre debe estar lleno hasta el borde con vino.

A una atribución tácita de cualidades curativas o de

consuelo para el vino en general se puede referir la denominación de 'curado' o 'curadito' para el hombre ebrio.

La cirrosis hepática es percibida por la conciencia popular como una consecuencia del consumo excesivo de alcohol; sin embargo parece ser también aceptada como un golpe del destino incuestionable, lo que se expresa en su nombre habitual 'la Rosita', como quien dice: el apelativo familiar minimiza la amenaza o la dolencia misma. Se puede establecer en la actualidad un paralelo psicolingüístico entre el transcurso fisiopatológico de la dependencia física del alcohol (según Jellinek, 12) y las formas de expresión utilizadas en el lenguaje popular para designar claramente las diversas etapas de este proceso de enfermedad:

- a) El vino es objeto de atributos positivos en la vida cotidiana, 'andar abrigado' significa haber ingerido alcohol discretamente para protegerse con un 'chaleco interior' del frío simbólico y real, esto concuerda con la fase prealcohólica de Jellinek, donde se presumen cualidades medicamentosas para el alcohol;
- b) Las amnesias al día siguiente de un consumo excesivo de alcohol —por Jellinek presentadas como sintomáticas de la fase prodómica— son vistas como resultados de un 'borrarse la película', de una pérdida en la continuidad de la memoria y su aparición se compara con los efectos de 'pegarse un trancazo';
- c) La sed ardiente —forma fisiopatológica de expresión de la pérdida de control en la fase crítica de Jellinek— es asignada en forma peyorativa como 'andar con los cachos calientes' o 'calentarse la jeta';
- d) Los síntomas de abstinencia que en la fase crónica mortifican al enfermo alcohólico se manifiestan en la versión popular como provocados por espíritus o seres ajenos a él: 'Andar espirituado' y la urgencia de beber ya de mañana se llama 'arreglar el cuerpo' o 'hacer la mañana';

Suena sarcástica la alusión a la búsqueda per-

manente de razones y coartadas con que algunos bebedores excesivos tratan de ocultar su dependencia del alcohol. Ellos 'andan con el tonto Morales', pues su ambigua moral los fuerza a tratar de engañar sin éxito a su contorno social;

- e) La transformación en el estado psíquico que tiene lugar en el curso de psicosis alcohólicas con alucinaciones, por lo común acústicas, es percibida como 'andar con la radio'. Así se hace referencia a las voces extrañas que solo el afectado puede oír; forma más seria y amenazante se habla de 'andar con don Lucifer' para referirse a las alucinaciones visuales y a la fuerte angustia vital que afectan al enfermo alcohólico durante el delirium tremens.

Recapitulando:

En términos generales se puede afirmar que la percepción fenomenológica del pueblo chileno sobre la relación hombre-alcohol ha alcanzado un buen nivel de desarrollo a través de la observación cotidiana y se refleja en forma bastante diversificada en el lenguaje popular.

Considerando situaciones similares a ésta, la OMS se muestra bastante cauta en su definición de "formas problemáticas de beber" y no establece ya una relación lineal y progresiva entre la intensidad y duración del consumo de alcohol de un individuo y los grados de dependencia social, psíquica y física hacia la sustancia, sino que en una estrecha interdependencia con su ambiente, en tanto que el consumo excesivo de alcohol implique perjuicios para el individuo, su familia o la sociedad en general (28). Pues, de muchos esfuerzos infructuosos por introducir patrones normativos de regulación del consumo alcohólico —esfuerzos más bien propios del despotismo ilustrado— en las comunidades, la OMS ha realizado una experiencia que indica lo errado de una visión imparcial del problema o de basarse en las buenas intenciones de algunos individuos. Aquí también tiene vigencia el refrán que dice: "El camino al infierno está empedrado con buenas intenciones", ya que la percepción de lo 'normal' difiere mucho entre los

agentes sanitarios, habitualmente con condiciones de vida satisfactorias y los enfermos alcohólicos, en su gran mayoría acosados desde siempre por la inseguridad económica y por tanto con otro sistema de juicios y valores (17, 31).

La cuestión central no me parece, pues, que sea: ¿Por qué bebe excesivamente un cuarto de la población masculina mayor de 15 años? Sino que superando la relación lineal de causa y efecto, enfocada exclusivamente al proceso patológico individual, debe preguntarse:

- ¿En qué contexto de motivaciones psicoculturales tiene lugar el consumo de alcohol en la actualidad?
- ¿Cómo influye el trasfondo socioeconómico y sus perspectivas sobre la conducta de consumo individual y en grupos?
- ¿Existe alguna correlación entre la pérdida individual de un "sentido de orientación psicosocial" y una pérdida semivoluntaria del control para beber? (De tal modo que la enfermedad alcohólica venga a ser la manifestación errada de una protesta justa del enfermo, en tanto que se expresa solo como una negación global.)
- ¿Son posibles de reactivar algunas formas de comunicación y recreación propias de la cultura popular (así música y teatro) que permitan el desarrollo de alternativas culturales 'desde adentro' al consumo masivo de alcohol?

Es claro que el desarrollo temático de este cuestionario no puede realizarse tan solo en términos teóricos; veamos, pues, qué nos ofrece la ciencia social de la antropología al respecto.

5. Estudios antropológicos sobre el consumo de alcohol

Las únicas investigaciones acerca de los conceptos de salud y enfermedad, así como sobre actitudes frente al consumo de alcohol en diversos grupos de la sociedad chilena, de que se dispone hasta ahora en publicaciones, son las realizadas sobre la base teórica de la antropología cultural, en especial por el grupo de trabajo en torno a Marconi (17).

De acuerdo a ellos existen en Chile varios patrones culturales de ingestión de alcohol que corresponden a diferentes clases sociales las que, a su vez, tienen concepciones distintas de lo que es medicina:

"El Modelo de Ingestión Europeo Meridional: Este modelo corresponde a la clase media y es típicamente moderado; se bebe en familia en el hogar todos los días con las comidas, siendo criticada la embriaguez como algo indeseable.

"Es este grupo social el que se rige por los valores indiscutiblemente europeos o científicos de la medicina que son impulsados por el Servicio Nacional de Salud y enseñados en las Escuelas de Medicina. Por lo tanto, se aceptan los conceptos científicos de las enfermedades y al médico y su equipo de salud como únicos agentes de salud.

"El Modelo Mestizo-Chileno y el Aborigen: En estos grupos los hombres beben fuera de su hogar con amigos varones, buscando activamente la embriaguez, que es valorada positivamente como signo de hombría y amistad; las mujeres y los niños tienen una pauta de ingestión moderada, pero aceptan y toleran la norma masculina de ingestión excesiva.

"Estos grupos sociales, a diferencia de la clase media, se orientan primariamente por la medicina de su propia cultura. Aquí la enfermedad es un daño inferido mágicamente, cuya etiología es la envidia o la ruptura de algún tabú. El diagnóstico se hace por adivinación y el tratamiento y prevención se basan en amuletos o ceremonias rituales. Las curanderas, las meicas y las machis juegan un rol como agentes de salud; los servicios de salud son netamente comunitarios."

Discusión:

Me parece bastante problemático realizar una clasificación de los "patrones socioculturales" de consumo de alcohol en una sociedad como la chilena, puesto que esta sociedad ha recibido y recibe influencias de diverso origen cultural y su proceso de desarrollo de ningún modo ha culminado.

Más allá del carácter estático de una clasificación que parece definitiva, corresponde considerar también que los niveles de análisis y las categorías empleadas en cualquier clasificación son una representación funcional de la escuela que las produce —con todas sus virtudes y deficiencias— y que la realidad social puede parecer, por lo tanto, “encasillada y congelada” en la perspectiva particular de esa escuela.

Así aparece en esta clasificación un cuadro fijo de atribuciones, condicionadas culturalmente, para las diversas actitudes de la población frente al proceso de salud/enfermedad y al consumo de alcohol y cada quien puede buscar el lugar que aparentemente le corresponde en este orden de cosas.

Solo que las categorías aquí utilizadas corresponden a las ciencias naturales, en una transcripción bastante literal y es ya conocido que su adaptación a otras esferas de actividad científica, tales como las ciencias sociales, por lo común es muy precaria en sus resultados.

No es posible acceder, por medio de esta clasificación, ni a la dialéctica propia del “proceso de alcoholización” (23), el que, como se ha visto, tiene en Chile una larga tradición y una cultura popular bastante diversificada, ni tampoco a la forma de desarrollo del sincretismo cultural en la percepción popular de la salud/enfermedad, dentro de su desarrollo cultural propio y bajo la influencia económica y cultural exterior (2, 34).

Estos trabajos de la Escuela de Antropología Cultural permitieron, sin embargo, una primera aproximación teórica de los expertos de la salud a las actitudes de diversos grupos de la población frente a la salud y el consumo de alcohol y, en tanto que se hacía hincapié en las diferencias existentes (así lo que significa consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias), ayudaron a superar en parte el etnocentrismo de la forma de pensar científico natural, puesto que la educación y la práctica profesional de los agentes de salud académicos solo seguían hasta entonces sendas bastante estrechas para la comprensión de fenómenos sociales.

En contra de esta clasificación estricta de costumbres

de beber y de conceptos de salud/enfermedad se pronuncian estudios recientes acerca de la epidemiología de la cirrosis hepática en la población de Chile (22), en ellos se aprecia que esta enfermedad en verdad no hace grandes distinciones de status social para aparecer como causa de muerte en la tarjeta de defunción sino que, particularmente, se presenta en una relación significativa con el así llamado grado de urbanización: en las ciudades de 20.000 habitantes o más tiene casi el doble de incidencia que en el resto del país; el nivel de alfabetismo —aunque no se especifica si éste incluye al analfabetismo funcional— no parece influir directamente sobre la incidencia de la cirrosis hepática en la población.

Por último creo que no está de más insistir en que una forma tan contundente de clasificar grupos sociales y sus probabilidades de adquirir la enfermedad alcohólica en el curso de su existencia puede conducir a una visión nihilista de la situación social y terapéutica que conforma el problema del alcohol en Chile y acentuar así la percepción del alcoholismo, entre los agentes sanitarios, como si fuera éste una endemia insuperable en la población (32, 33) a la que debe aceptarse como uno más de los “males naturales” a que está sometida la población chilena.

6. Perspectivas de la investigación sobre alcohol y sociedad en Chile

Si bien es de destacar que Chile es en el mundo uno de los países en donde la labor estadística sobre el alcoholismo ha sido desarrollada con mayor intensidad y eficiencia y que, por lo tanto, dispone de “datos puros” muy elaborados sobre el tema, no se puede afirmar lo mismo en cuanto a los efectos específicos de este conocimiento cuantitativo del problema.

Y es que en tanto que el consumo excesivo de alcohol constituye una parte integral de las actividades sociales en Chile, parece bastante ilusorio diseñar planes y programas de escritorio que, en corto tiempo, condujeran al

control técnico definitivo del síndrome alcoholismo en la población.

En términos ya históricos debo referirme a algunos proyectos de trabajo comunitario en salud mental que, en su oportunidad, se centraron decididamente en los aspectos cualitativos del consumo de alcohol y comunicativos en experiencia comunitaria. Entre estos, son de mi conocimiento los realizados en el área sur de Santiago bajo la dirección del doctor Marconi; en Concepción, a través de la "Brigada de Liberación Obrera" (3); en forma más general durante los "grupos de investigación temáticos" en "pedagogía de la liberación" de Freire (véase pág. 51) y su grupo de trabajo y, particularmente, los esfuerzos realizados por el "Centro de Antropología Médico-Social" (4) durante el gobierno de Allende, en Santiago.

Aquí los problemas propuestos eran "observar la salud y los problemas de salud en un contexto global, estos, en sus aspectos sociales, psicológicos, culturales y económicos y comprender la actividad profesional en el sector salud desde la perspectiva de transición sociocultural".

A pesar de que sus integrantes no alcanzaron un grado de madurez teórica que les permitiera especificar más claramente sus postulados metodológicos y su marco de referencia conceptual pues la dictadura militar cesó sus actividades radicalmente, habían llegado a especificar sus temas básicos de trabajo, entre otros:

- La nueva cultura popular.
- El alcoholismo, los factores político-económicos y socioculturales que lo condicionan.
- Sexualidad y familia, la liberación de la mujer, problemas del "machismo", de la familia proletaria.
- Problemas de la juventud en una sociedad de transición al socialismo.

Y consideraban la empresa de investigación como, obligadamente, de larga duración en tanto que los colaboradores de este Centro centraran sus esfuerzos en crear y mantener una base de interacción simétrica —no jerárquica— con la población y propugnar así un proceso de

aprendizaje mutuo entre los participantes populares y académicos.

Esta me parece una visión adecuada del trabajo de investigación social y psicocultural en la comunidad, especialmente en relación al consumo de alcohol en particular o a la promoción de salud mental en general ya que la investigación en la comunidad tiene sentido ético y es factible de realizar con provecho solamente en la medida en que se conciba como proceso de comunicación directo y de aprendizaje continuo de todos los participantes y se proponga llegar a ver y comprender la realidad social y cultural (formas de consumo de alcohol) desde una perspectiva de interpretación cualitativa. Focos de interés específico de una tal investigación serían:

1. El estudio de las condiciones situacionales (micro-sociales) en que tiene lugar el consumo de alcohol en una comunidad.
2. El estudio de las motivaciones, necesidades y formas de proceder en personas o grupos que se autoidentifiquen como bebedores excesivos y como abstemios.
3. La observación sistemática de formas de expresión cultural, estén ellas o no en una relación directa con el consumo de alcohol, en la perspectiva de madurar alternativas junto a la comunidad.
4. El análisis sistemático de las formas de comercialización de alcohol existentes, dentro y fuera de los marcos legales, como fuente de reconocimiento —y de virtual actividad— sobre los intereses socioeconómicos relacionados con el alcohol en una sociedad como la chilena.
5. El estudio de la política de salud estatal en su relación al problema médico-social del alcohol.
6. La puesta a prueba y el desarrollo de métodos de la investigación social cualitativa, adecuados a la investigación psicocultural comparativa de salud —tales como entrevista abierta, entrevista narrativa, observación reflexiva y entrevista biográfica— en base a los cuales será posible la reconstrucción situacional de procesos de interacción mi-

erosociales, simbólico y cultural específicos, en los cuales se realiza la actividad social de beber alcohol. Objetivo metodológico ulterior es el diseño de un "paradigma interpretativo" que facilite la comunicación entre los participantes en trabajo comunitario y el desarrollo de materiales didácticos "desde dentro de la cultura popular".

Todo esto con el propósito de investigar en sus orígenes psicoculturales y sus manifestaciones de la vida cotidiana las ambigüedades que rodean a la "forma de vida alcoholizada" en Chile y dar así un paso hacia una conciencia más amplia del problema, sobre todo, desde la perspectiva de los participantes en este proceso psicocultural.

Summary

The socio-cultural meaning of consuming alcoholic drinks by Chilean population is the essential theme of this article. Combining socio-medical and ethno-medical aspects is aimed towards a holistic representation of the alcohol problem. Picturesque details of a "subculture" are not represented in this article, but relevant contents of culture which are reflected in the daily life of the majority of the Chilean population (from chronicles and field research from 1551 up to the present time).

This methodic approach is helpful for the understanding of excessive consuming of alcohol and its often medically relevant consequences, the syndrome of alcoholism being viewed by people who lives in this sociocultural context; because this approach shows the underlying psychocultural roots of excessive consumption of alcohol and allows a broader base of understanding between healthworkers and the people concerned. This allows for a conscious means of coping with the "alcoholic way of life" in the situation of social and economic alienation by the majority of the Chilean population. It also helps to promote the realization of a community-based approach through programmes of participatory research.

Key Words: *Alcoholization in Chile; culture of the daily life; qualitative research.*

Referencias bibliográficas

1. Alcalde, Alfonso, *Comidas y bebidas de Chile*. En "Nosotros los chilenos", Santiago de Chile, 1972.
2. Arbeitsgruppe Basisgesundheitsdienste (Jarke, J.; Jarke-Pen-

- gova, L. y Riquelme, H.), *Arbeitsbericht und Fortsetzungsantrag zum Forschungsprojekt "Gesundheitsversorgung und Self Reliance" in Mexiko*, Universität Heidelberg, Ende, 1980.
3. Barudy, Jorge y Vásquez, Gloria, *Las brigadas de liberación obrera*. En "Medicina", vol. I, 123-31, Concepción, Chile, 1972.
 4. Elgueta, B y Chelén, A., *Breve historia de medio siglo en Chile*. En "América Latina. Historia de medio siglo", vol. I, América del Sur, México, 1977.
 5. Ercilla, A. de, *La araucana*, Madrid, 1569; México, 1978.
 6. Frank, André Gunder, *La inestabilidad urbana*. En "Cuadernos Americanos", Nº 3, México D.F., 1965.
 7. Freire, Paulo, *Pedagogía del oprimido*, Santiago de Chile, 1969.
 8. Guevara Silva, T., *Historia de la civilización de la Araucanía*, Santiago de Chile, 1902.
 9. Guinsberg, Enrique, *Sociedad, salud y enfermedad mental*, Buenos Aires, 1973; México, 1981.
 10. Hamel, P. y Asun, D., *Los clandestinos: venta ilegal de alcohol en poblaciones obreras*. En "Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina 24" (pp. 49-57), 1978.
 11. Horwitz, José et al., *Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile*. En "Revista Servicio Nacional de Salud 3", 277, Santiago de Chile, 1958.
 12. Jellinek, E. M., *Phases in the drinking history of alcoholics*. En "Quarterly Journal of Studies on Alcohol 6", 1-88, New Haven, Conn., 1946.
 13. Jellinek, E. M., *The disease concept of alcoholism*, Hillhouse Press, New Haven, 1960.
 14. Kattán, Lidia et al., *Características del alcoholismo en la mujer y evaluación del resultado de su tratamiento en Chile*. En "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 19", 194-204, 1973.
 15. Lomnitz, Clarissa, *Patrones de ingestión de alcohol entre migrantes mapuches en Santiago*. En "América Indígena", vol. XXIX, Nº 1, 43-71, México, 1969.
 16. Lomnitz, Clarissa, *Alcohol and culture: The historical evolution of drinking patterns among the mapuche*. En "Cross-cultural approaches to the study of alcohol. An interdisciplinary perspective", The Hage, Paris, 1976.
 17. Marconi, Juan, *Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención del alcoholismo*. Manuscrito para la VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria, Buenos Aires, 1969.
 18. Marconi, Juan, *Alcohol y alcoholismo. Unidades de adiestramiento para D4 y D5*. En "Universidad de Concepción. Programa Intercomunitario de alcoholismo" (mimeo), Concepción, Chile, 1970.
 19. Mariani, Carlos, *Alcoholismo y giros folklóricos chilenos*. En Saguin, C. A. y Ríos, C., "Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría", pp. 321-331, Lima, 1966.

20. Mariño de Lobera, Pedro, *Crónica del Reino de Chile*, Lima, 1594.
21. Medina, E. y Marconi, J., *Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos de la zona rural de Cautín*. En "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 16", 273-285, Buenos Aires, 1970.
22. Medina, E. y Kaempfer, A. M., *Epidemiología de la cirrosis hepática en Chile*. En "Revista Médica de Chile 102", 466-76, Santiago de Chile, 1974.
23. Menéndez, E. L., *Investigación del proceso de alcoholización en Latinoamérica* (mimeo), X Congreso Mundial de Sociología, México, 1982.
24. Navarro, L., *Crónica militar de la conquista y pacificación de la Araucanía desde el año 1885 hasta su completa incorporación al territorio nacional*, vol. I, 1909.
25. Neruda, Pablo, *Las manos del día*, Buenos Aires, 1968.
26. Neruda, Pablo, *Canto general*, Buenos Aires, 1955.
27. Nohlen, Dieter, *Chile*. En "Handbuch der Dritten Welt Band 3", 104-35, 541-7, Hamburg, 1975.
28. OMS/WHO, *Problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas: necesidad de ampliar la acción de la OMS*, Ginebra, 1978.
29. Pineda y Bascuñán, Francisco Núñez de, *Cautiverio feliz y razón de las guerras dilatadas en Chile*, Madrid, 1673. En "Colección de Historiadores de Chile", vol. III, Santiago de Chile, 1862.
30. Poeppig, Eduard, *Reise nach den Anden von Santa Rosa (1827)*. En "Im Banne der Anden", Berlín, 1979.
31. Riquelme, Horacio, *Alkoholismus. ¿Sackasse in der Untereentwicklung?* En "Medizinsoziol. Mitteilungen Heft 1-2", 66-73, 1978.
32. Riquelme, Horacio, *Entstehungsbedingungen und Folgen übermäßigen Alkoholkonsums in Chile. Beispiele einer Kampagne gegen den Alkoholismus in Armutsgürteln einer Großstadt*. Inaugural-Dissertation, Hamburg, 1980.
33. Riquelme, Horacio, *Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile. Entstehungsbedingungen und Sozialmedizinische Bewältigungsansätze*. En "Jahrbuch für kritische Medizin Band 7", 146-58, Argument-Sonderband, Berlin, 1981.
34. Riquelme, Horacio, *Soziokulturelle Aspekte des Alkoholkonsums in der chilenischen Bevölkerung*, "Curare", vol. V, band 3, 143-152, 1982.
35. San Martín, H., *Medicina popular de Chile*. En "Nosotros los chilenos. Tres ensayos antropológicos de interpretación", Santiago de Chile, 1970.
36. Servicio Social, Departamento de Relaciones Industriales, Carbonífera Lota-Schwager S. A., *Trabajo de investigación sobre alcoholismo en la carbonífera Lota-Schwager*, Ebenda, Chile, 1972.

37. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, *Allgemeine Statistik des Auslandes Länderkurzberichte: Chile*, Stuttgart, 1979.
38. Stegen, G., *Consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil*, "Revista Chilena de Pediatría", 30, 53, 1959.
39. Valdivia, Pedro de, *Indios araucanos de Concepción. Carta al Emperador, Concepción del Nuevo Extremo, 25-IX-1551*. En "Descubrimiento y Conquista de América, una antología general", México, 1982.
40. Wittker, A., *Chile: Sociedad y política. Antología*, México, 1978.

ARTE POPULAR Y CONTEXTO PSICOCULTURAL EN UN POBLADO MEXICANO

La tradición de los códices de papel de amate, representando en forma ideográfico-figurativa escenas del mundo social circundante, se puede seguir hasta los tiempos precolombinos (cfr. ilustraciones 1 y 2, págs. 68 y 69).

Independientemente de su calidad estética —curiosamente el color de la piel de los hombres representados es semejante al color de fondo del papel de la corteza utilizada—, esta forma de pintura tiene hoy como ayer un elevado valor comunicativo para la población indígena-campesina de México¹.

¹ El concepto "códice" que en México se aplica a determinadas representaciones pictóricas hechas a mano, es una extensión del término latín "codex", "códices", que los eruditos de los siglos pasados utilizaban para denominar los libros manuscritos de la Edad Media.

Los códices o escritos pintados de México, constituyen una fuente invaluable para el conocimiento de las culturas prehispánicas y la historia de los pueblos indígenas durante la época colonial.

Gracias al carácter representativo de sus pinturas, los códices proporcionan buenas imágenes sobre las condiciones reales de vida de los grupos de población nativa. Además, a través de la interpretación o bien descodificación de algunas de las pinturas más complejas, se puede obtener información sobre ciertos temas muy especializados de la cultura, como por ejemplo, la medición del tiempo, la astronomía o las concepciones que estas civilizaciones ya desaparecidas tenían sobre la religión, la política o su propia historia. (INAH, 1979: 19, trad. del autor.)

Es probable que una de las causas que mantienen hasta el momento la importancia de la transmisión ideográfico-figurativa de las pinturas en amate, sea el elevado grado de analfabetismo de la población campesina. "Los murales verdaderamente buenos son, de hecho, biblias pintadas, y el pueblo las necesita tanto como a las

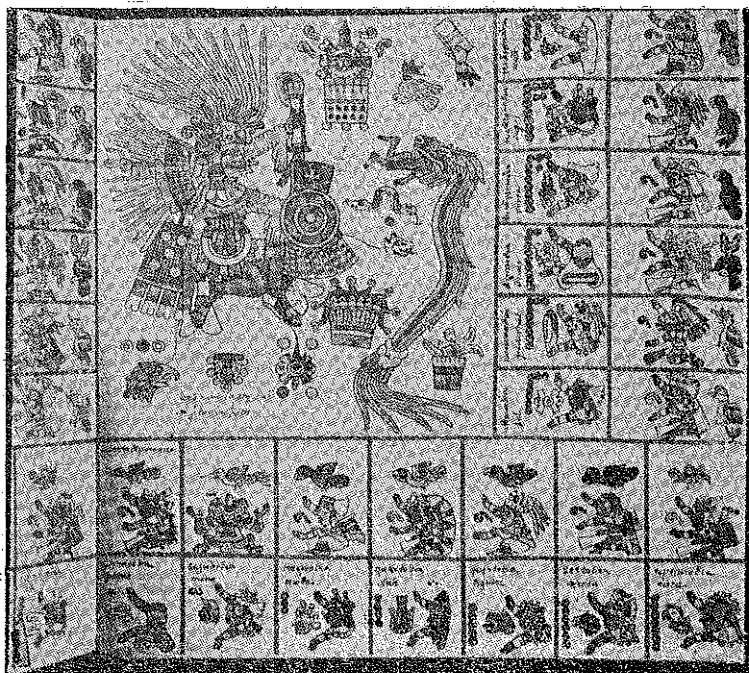


Ilustración 1: del *Codex borbonicus*. Originario de la primera mitad del siglo XVI. Contenido: representación de elementos culturales náhuatl de carácter premonitorio en un calendario. Material: papel de amate. Biblioteca de la Asamblea Nacional francesa, París.

A continuación haremos la relación de un cuadro pintado sobre papel de amate, en el cual se presentan gráficamente actividades dirigidas a solucionar conflictos psi-

biblias narradas. Mucha gente no puede leer libros. En México son verdaderamente muchos." (José Clemente Orozco, en la Galería Nacional de Berlín, 1982: 11.) Es de presumir que antiguamente estos dibujos sirvieran para superar la diversidad de lenguas y dialectos existentes en el imperio de los pueblos náhuatl.

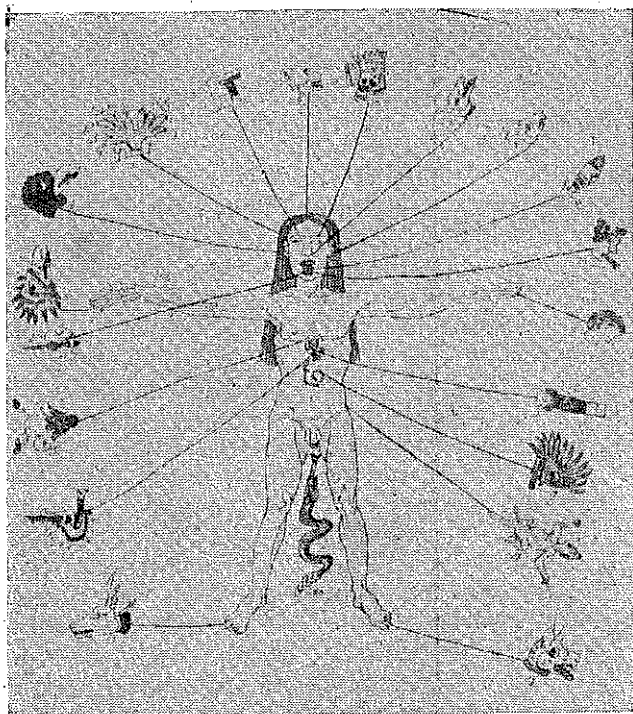


Ilustración 2: *del Codex Vaticanus-Rios*. Lugar y fecha de origen: Valle de México, 1562-1563. Contenido: Correlación de las diversas partes del cuerpo con los días del mes según el calendario azteca. Material: Papel. Biblioteca Nacional, París.

cosociales en un poblado mexicano. Una primera aproximación a la forma de comunicación visual de los amates se obtiene explicando el contenido de los dibujos, sobre la base de observación participante en el poblado de X y de entrevistas temáticas abiertas con el pintor del cuadro.

En primer lugar, algunos datos biográficos del pintor: Gregorio Martínez (de cerca de 50 años), vive con su familia en una comunidad indígena de unos 600 habitan-

tes en el Estado de Guerrero. La familia posee tierras ejidales², que Gregorio trabaja conjuntamente con algunos de sus hijos, lo cual proporciona el sustento básico de la familia. El jefe de familia pinta desde hace unos 35 años; primero pintó figuras sacras sobre papel para las fiestas de la aldea, luego cerámica decorativa para vender y en los últimos 15 años ha pintado sobre papel de amate. Para esto último ha desarrollado una técnica propia que le permite representar de manera explícita su medio ambiente, reproduciendo de modo directo diversas escenas de la vida cotidiana del pueblo (trabajos agrícolas, como por ejemplo, la siembra, la cosecha, etcétera, distintas festividades)³.

Visitamos la aldea donde vive Martínez en 1980, en el transcurso de un viaje de información, dentro del marco del proyecto de investigación "Atención de salud y autoayuda en México" con base en la Universidad de Heidelberg. Martínez rápidamente se compenetró, a su modo, de nuestro interés principal: comprender la situación de la salud en el campo en México, desde la perspectiva de los participantes/afectados⁴. Pintó un cuadro de unos 110 x70 cm. sobre la manera como se trataban las enfermeda-

² Las tierras ejidales son una forma de propiedad comunal y no enajenable, tomada de las grandes comunidades indígenas de las épocas precolonial y colonial. Las demandas de tierras son realizadas por aldeas o familias. Respués de la Revolución Mexicana (1910-1917) las tierras ejidales quedaron fijadas constitucionalmente. Desde entonces contribuyen a proteger a la población campesino-indígena de México contra el exterminio económico (p. e., comp. Wolf, 1972).

³ Su prestigio como pintor hace ya tiempo que ha traspasado las fronteras de su aldea. Ya en el período gubernamental de Echeverría (1970-76) fue llevado a Ciudad de México para que hiciera una exposición de sus pinturas, dentro del marco de una política de promoción de la artesanía mexicana impulsada por dicho gobierno. Luego expuso en Los Angeles. Sin embargo, debido a las fuertes fluctuaciones de la demanda no ha podido dedicarse por entero a la pintura, sino que ha tenido que dedicarse a ella siempre como una actividad secundaria, al lado de la agricultura que sigue siendo su principal modo de ganarse la vida.

⁴ Sobre las condiciones de vida en el campo en México, véase Lewis, O., 1960. Sobre la atención que se le da a la salud, v. Riquelme, H., 1982.



des en la aldea, donde se hace manifiesto que el trato se realiza al margen de las instituciones estatales de salud (ver ilustr. 3, pág. 71). El cuadro muestra —desde el punto de vista del pintor— un microcosmos sociocultural en la vida cotidiana de la aldea y refiere lo relativo al proceso de salud, enfermedad y curación. Es interesante observar como él utiliza una gran cantidad de elementos simbólicos de la cultura náhuatl, que supuestamente habían sido desplazados desde hace más de cuatro siglos por la cultura española, así como elementos estéticos y comunicativos de esta cultura⁵.

⁵ A partir de la descripción francamente poética hecha por León Portilla (1979: 266-7) acerca de la posición social que tenían los pintores en las antiguas culturas náhuatl, se puede comprender la estimación respecto de sí mismo que tienen los actuales pintores. La figura del tlacuilo, pintor, era de máxima importancia dentro de la cultura náhuatl. El era quien pintaba los códices y los murales, conocía las diversas formas de la escritura náhuatl, así como todos los símbolos de la mitología y la tradición. Era dueño del simbolismo, capaz de ser expulsado por la tinta negra y roja. Antes de pintar, debía haber aprendido a dialogar con su propio corazón. Debía convertirse en un *yoltéotl*, "corazón endiosado", en el que había entrado todo el simbolismo y la fuerza creadora de la religión náhuatl. Teniendo a Dios en su corazón, trataría entonces de transmitir el simbolismo de la divinidad a las pinturas, los códices y los murales. Y para lograr esto, debía conocer mejor que nadie, como si fuera un tolteca, los colores de todas las flores.

De acuerdo con ello, los pintores gozan hoy como ayer, de un gran respeto entre los miembros de la aldea. Sin embargo, debido a la gran demanda de artesanía que existe, especialmente en los mercados de los Estados Unidos y Europa, han sido envueltos por el remolino de la exportación de productos culturales, en las condiciones más desfavorables que se puede imaginar: como productores se han convertido ellos mismos en objetos de explotación cultural. Refiriéndose a la generación más vieja de pintores, G. Martínez nos cuenta al respecto lo siguiente: "Un 'coyote' (término despectivo para denominar en México a los intermediarios), que no estaba satisfecho, a pesar de que en la aldea todos estábamos muy intensamente ocupados en pintar pequeños cuadros individuales en papel de amate, me compró un cuadro especialmente bonito, que en un principio yo pensaba guardar para nosotros, y luego lo utilizó, sin que yo supiera, como modelo para reproducirlo en masa. No vimos ni un centavo de las ganancias que eso le produjo...".

De vez en cuando, en los pintores más jóvenes se puede notar un proceso de enajenación sociocultural. Por ejemplo, de cuando en cuando algunos de ellos pintan en papel de amate figuras de mons-

Comentarios sobre el cuadro (v. ilustr. 3)

La descripción de las situaciones representadas en el cuadro se basan en las explicaciones proporcionadas por Martínez. En general, el cuadro muestra cuatro situaciones de la vida cotidiana de la aldea. En la mitad superior se presentan situaciones de atención de salud nocturna (izquierda) y diurna (derecha). En la mitad inferior se muestran escenas relacionadas con la recuperación y el descanso (izquierda) o bien la producción (derecha). En el centro del cuadro donde se entrecruzan las cuatro partes antes descritas, está sembrado un árbol. Este árbol simboliza la relación existente entre los mundos superior e inferior y las cuatro direcciones del cielo según la concepción del mundo náhuatl. Sobre el árbol se encuentran un quetzal y su cría. Este pájaro mexicano es el símbolo de la libertad en la cultura náhuatl, ya que se cuenta que no puede sobrevivir cautivo. El árbol y el pájaro representan la vida libre bajo el ancho cielo. En contraste con ello, el pintor ha dibujado en la parte superior derecha la inmanente iglesia del poblado mexicano con algunos creyentes cubiertos de un ropaje que los oculta, más que simbólicamente, de la luz solar.

Cuadro superior izquierdo:

Consulta y curación de una enfermedad

En esta parte del cuadro la historia central comienza

truos marinos o dragones de colores chillones por encargo de intermediarios ávidos de ganancias, que especulan con el gusto superficial y la ignorancia sobre el arte popular mexicano que tienen los consumidores, particularmente en los Estados Unidos.

De esa manera, los pintores actuales han caído en un proceso en el cual su situación económica está siendo determinada, cada vez más, desde el exterior (por quienes les encargan cuadros), y su producto se está volviendo más y más enajenado (comp. en relación a esto a Stomberg en Sep 1982: 7-12). Pues como magistralmente lo ha señalado Traven (1974: 92-98), el talento de un campesino mexicano, al caer en algún tipo de dependencia, puede más fácilmente llevarlo a la depauperación que al éxito financiero.

con una conversación nocturna sostenida entre un enfermo y una curandera, doña Josefa. Ambos están sentados al aire libre frente a la casa de la curandera (arriba a la izquierda) y conversan sobre la situación. Desde un tiempo acá, don Manuel se siente débil e indispuesto y sólo puede llevar a cabo su trabajo con mucho esfuerzo. El considera que su debilidad proviene del hecho de que uno de sus hijos se fue del pueblo a buscar trabajo en la ciudad. Por ello la curandera decide celebrar una ceremonia con el fin de fortalecer su *tonalli* (sombra, estrella), que debe proporcionarle fuerzas para terminar con ese decaimiento.

Las medidas necesarias para efectuar la curación deben realizarse de noche. Doña Josefa se prepara mediante una especie de meditación nocturna que ejecuta debajo de un árbol, arrodillada ante una tumba. También están presentes un tecolote y un coyote, símbolos ambos de la noche y su influencia sobre los hombres (tendencia a la tristeza). En esa escena, la curandera quema copal (una resina que produce humo aromático como el incienso) y utiliza, además, una corona ceremonial de hierbas, sobre la cual hay montadas unas figuras de papel con forma humana.

A la mañana siguiente recoge las flores blancas del *tsesejzin* (abajo, en medio). El tratamiento para fortalecer el *tonalli* de don Manuel se extiende por todo el día (la parte inferior).

Don Manuel reposa en una casa en una especie de camastro, mientras doña Josefa canta letanías, lo rocía con el jugo de las flores y camina alrededor de él. Otra mujer llena el cuarto con humo de copal y tres familiares del enfermo ayunan, acurrucados, todo el día, repitiendo el canto de las letanías de la curandera. Otra mujer reza con un rosario, arrodillada frente a la corona de hierbas antes descripta.

Al finalizar, ya entrada la noche, el tratamiento para curar al enfermo, todos los participantes toman parte en una cena de ofrenda, para la cual se preparan tortillas de maíz y mole (un sustancioso puré de nueces, maíz, ca-

cao, chile molido, etcétera), con el fin de dar gracias por la curación.

Poco después, el enfermo sometido a ese tratamiento puede reanudar su trabajo en el campo. Mediante esta intensiva confirmación de su *tonalli*, siente que la comunidad comparte con él su tristeza y entonces puede creer que su hijo a pesar de haberse ido a la lejana ciudad, tiene en el poblado raíces emocionales tan fuertes como las suyas y, en consecuencia, regresará a menudo de visita. Así, la pérdida del hijo se vuelve soportable, porque no es definitiva y es compartida por la comunidad.

*Cuadro superior derecho:
Un antídoto contra un hechizo*

La historia comienza cuando un campesino que regresa de su trabajo, encuentra a su mujer conversando íntimamente con un extraño (escena por encima de la mitad, a la extrema derecha). Se siente muy afectado y se dirige rápidamente hacia su casa. Allí permanece largo rato meditando, hasta que su mujer regresa a casa y calienta agua para el café. Por el mutismo que guarda, la mujer se alarma, comprende que ha sido sorprendida y decide recurrir a un hechizo (hacer un "mal" o un "daño") para salir de la situación. Para ello se limpia con un trapo algunas gotas de sudor de su axila y las exprime en la taza de café del hombre. Este bebe el café y a partir de entonces pierde el sentido, deambula sin orientación por el lugar, de modo que al final sus padres lo tienen que llevar de la mano como a un ciego. El padre consulta con una curandera sobre el estado de su hijo (escena por debajo de la mitad, extrema derecha). Esta opina que puede ayudarlo, dándole un tratamiento específico, lo cual queda representado por la mariposa que vuela sobre ambos. Le encarga al padre que vaya al campo y recoja una buena cantidad de avispas rojas y negras, hormigas negras y abejas grandes, de las cuales se dice que son todas muy venenosas. Con ellas se debe preparar un brebaje, diluido en agua, para que lo tome el hijo. Ese brebaje debe alejar el "mal".

El antídoto contra el hechizo parece haber tenido efecto, pues el afectado recupera el control sobre sí mismo y las energías necesarias para expulsar del poblado a su contrayente como se aprecia en la escena final, donde él conmina al hombre de camisa naranja, con el brazo extendido, a abandonar el pueblo.

En la parte inferior de esta parte del cuadro están representados otros tres tratamientos curativos.

- A un hombre en cama se le hace una "limpia"; la lleva a cabo una curandera con un huevo fértil⁶.
- Una comadrona tradicional reubica en una mujer, que ha dado a luz recientemente, los órganos internos a su sitio normal, mediante masajes y fuertes sacudidas, hechos con un paño: "manteada".
- A un hombre se le estimula la irrigación sanguínea cutánea, frotándolo (dándole ligeros golpes) con una gruesa cuerda anudada.

Cuadro inferior: Festividades y trabajos

La gente sale de la aldea hacia la fiesta (izquierda) o hacia el trabajo (derecha). A la izquierda, una banda de música y algunos campesinos, cargados de provisiones, se encaminan hacia el corral. Un burro blanco acompaña con un largo rebuzno la música de los instrumentos de viento que pasan por allí. En el corral un campesino trata de mostrar su destreza de jinete en el "jaripeo", para lo

⁶ La "limpia" es una forma de limpieza ritual. "La mayoría de las 'limpias' se hacen con un manojo de plantas aromáticas de diversas clases, entre ellas, la del pirul. La explicación que nosotros encontramos para esa costumbre, es la siguiente: el 'aura', o sea, la 'bruma' que rodea a cada persona, se encuentra contaminada con el 'mal'; a las hojas pegajosas del pirul que rozan el cuerpo se va adhiriendo dicho mal, mientras el aroma benefactor de las otras plantas —entre ellas el romero, la albahaca y las flores de geranio—, toma su lugar. Otra forma de 'limpia' menos conocida, se lleva a cabo con un huevo fecundado, con el cual se trazan círculos sobre el cuerpo del enfermo. La vida que recién germina en el huevo se transmite al enfermo, al mismo tiempo que dicho huevo absorbe la enfermedad" (de Anzures, Ma., 1978: 152-53).

cual debe montar un toro enfurecido. O bien el toro se da por vencido, o bien el campesino se cae del animal; en este último caso los acompañantes deben distraer al toro con trapos y rescatar con lazos al campesino caído⁷. El público que presencia este arriesgado juego, lo forman mujeres y hombres luciendo sus mejores vestidos.

Por el lado derecho, unas mujeres salen del poblado llevando sobre la cabeza cestos con comida para sus maridos que trabajan en el campo. Los hombres están ocupados arando y sembrando. El trabajo en el campo se realiza con herramientas muy simples, por lo cual resulta intenso y duro.

Se puede apreciar una transición directa entre las festividades y las actividades laborales. De ello se puede inferir que estas dos actividades todavía se desenvuelven en consonancia entre sí y en base al ritmo de producción agrícola.

Discusión

Algunas interpretaciones de la situación de la salud que priva en la aldea, derivadas de lo que aparece en el cuadro, son las siguientes:

1. No hay personal médico. Muy raras veces se ven por el poblado representantes de los servicios de salud estatales (enfermeras, trabajadores sociales), por lo cual éstos no tienen influencia alguna sobre la situación de salud. Gregorio Martínez conoce algunos médicos en la ciudad; hasta el momento ninguno ha ejercido en la aldea.

2. Los habitantes del poblado consideran que los conflictos psicosociales tienen una gran importancia en el surgimiento de las enfermedades en general. El bienestar físico y mental de los individuos trata de recuperarse por medio de actividades sociales de la comunidad. Martínez realmente casi no podía imaginarse cómo alguien podía ser curado en el anonimato de un hospital.

⁷ Según Martínez, los toros domados en el jaripeo podían incorporarse con mayor facilidad al trabajo con el arado o las carretas.

3. En la vida de aldea las representaciones tradicionales sobre enfermedad y salud, así como sus correspondientes tratamientos, mantienen aún una gran importancia. En relación a la terapia de los "masajes" y el "man-teo", Martínez nos informó que una mujer de la aldea, quien había dado a luz en el hospital, se sintió mal durante mucho tiempo después y temía un nuevo parto, debido a que en el hospital no había sido sometida a este tratamiento. "Todavía guardaba en su cuerpo las huellas del embarazo anterior, ya que no se habían corregido los cambios provocados por aquel y realmente se sentía incómoda y temerosa de un nuevo embarazo."

4. En la primera parte del Cuadro está representado el tratamiento que se le da a una situación que nosotros llamamos depresiva. Después de varios reveses, de los cuales el último suceso lo constituía la emigración de su hijo, el paciente cayó, en un principio, en apatía. Trató de mantenerse lo más alejado posible de efectos supuestamente dañinos de su entorno —por ejemplo, nidos de hormigas, telarañas y lugares frecuentados por búhos— y se llevó un susto al darse cuenta que las medidas de precaución adoptadas no eran suficientes (es decir, entró en lo que nosotros llamamos un proceso de ansiedad neurótica). Ya no tenía capacidad para superar su desesperación, pero confió en que la curandera podía compenetrarse de su estado de ánimo y escenificar con sus parientes (del enfermo) una ceremonia que reconociera su decepción y tristeza y de esa manera contribuyera a curarlo.

5. También la historia del "hechizado" presenta concepciones muy antiguas y tradicionales sobre el origen de las enfermedades psíquicas. Los celos y los sentimientos de estar a merced de alguien se pueden orientar contra la misma persona que los siente. Según el pintor, si no se hace algo en contra el afectado puede caer en un estado tal de tristeza y de descuido personal, que no pocas veces conduce a la muerte. El tratamiento que debe dársele al afectado consiste en que sus familiares y amigos más cercanos le demuestren de modo permanente su disposición a ayudarlo y se ocupen de manera intensiva de él. "Es como si uno tuviese que aprender nuevamente a caminar."

Todos estos tratamientos tienen en común el hecho de que se basan en una atribución clara y definida de normas y roles sociales, pudiéndose caracterizar su objetivo como una forma de catarsis ritual.

A partir del cuadro que hemos comentado se pueden establecer algunos aspectos de la situación de la salud en la vida cotidiana de la aldea. La cuestión de hasta qué punto se pueden generalizar las situaciones representadas aquí solo se podría aclarar en el mismo lugar de los hechos, conversando con otros campesinos de la región. Sin embargo, si tenemos en cuenta que la comunicación no está limitada a la expresión verbal y que este cuadro refleja una realidad, que se encuentra precisamente más cerca de la población campesino-indígena mexicana que de nosotros, entonces podemos concluir que las situaciones representadas pueden proporcionarnos una base para que personas pertenecientes a círculos culturales diferentes se puedan llegar a entender, estimulando con ello el respeto por la identidad psicosocial de la población campesina mexicana.

Literatura

- Anzures, M., *Medicinas tradicionales y antropología*, "Anales de Antropología", XV: 131-164, 1978.
- Benítez, F., *Historia de un Chamán Cora* (Serie: Los indios de México), México, 1973.
- Dibble, Ch., *Códice Xólotl: Edición, Estudio y Apéndice*, México, 1980.
- Espejel, C., *Las artesanías tradicionales de México*, México, 1972.
- INAH (Instituto Nacional de Antropología e Historia), *Los Códices de México*, México, 1979.
- Leander, B., *Herencia cultural del mundo náhuatl (a través de su lengua)*, México, 1972.
- León-Portilla, M., *Los antiguos mexicanos (a través de sus crónicas y cantares)*, México, 1961.
- León-Portilla, M., *La filosofía náhuatl*, México, 1979.
- Lewis, O., *Tepoztlan, Village in México*, Nueva York, 1969.
- Nationalgalerie Berlin, *Wandbild Mexiko*, Berlín, 1982.
- Riquelme, H., *Basisgesundheitsversorgung in Mexiko*. Ein Diskussionsbeitrag zur neueren WHO-Politik. Argument Studienhefte, SH 41: 16-36, 1982.
- , *Beobachtungen zur Hagelemacherzunft im psychokulturellen*

Kontext des heutigen Mexiko. Aztekisches Kulturrelikt oder psychokultureller Schmelztiegel?, Morelos-Hamburg (in Vorbereitung.).

S.E.P. (Secretaría de Educación Pública), *El Universo del Amate*, México, 1982.

Soustelle, J., *Mexiko*, München, 1978.

Traven, B., *Der Banditendoktor. Mexikanische Erzählungen*, München, 1974.

Wolf, E., *Pueblos y culturas en Mesoamérica*, México, 1967.

—, *Las luchas campesinas del siglo XX*, México, 1972.

Títulos traducidos

Lewis, O., *Tepoztlán. Aldea en México*, Nueva York, 1969.

Galería Nacional de Berlín, *Murales de México*, Berlín, 1982.

Riquelme, H., *La atención primaria de salud en México. Situación ejemplar para la discusión de las nuevas políticas de la OMS. Cuadernos de Estudio "Argument", SH. 41: 16-36, 1982 (en alemán).*

Soustelle, J., *México*, Munich, 1978.

Traven, B., *El médico bandido. Cuentos mexicanos*, Munich, 1974 (en alemán).

ALCOHOLISMO EN CHILE. FORMAS DE TRATAMIENTO PARTICIPATIVO EN LA COMUNIDAD

“Mejor que el vino” es el título de una novela autobiográfica de Manuel Rojas (6). En un lenguaje sensitivo y directo, que recuerda a menudo al joven Gorki, describe allí Rojas sus experiencias juveniles, vitalmente intrincadas a la dura lucha por la existencia en el Chile de los años cincuenta. Rojas pertenecía al tercio de la población chilena definido como “marginalizado”, esto es, sin lugar físico ni derechos civiles en la sociedad.

El vino tinto juega en esta novela un papel discreto pero muy efectivo; no representa un encauce de la alegría de vivir, sino que es mucho más una fuente de consuelo para las muchas privaciones y decepciones que acosan diariamente a los “extraños en su propia tierra”.

Las experiencias descriptas en la novela mantienen aún hoy actualidad para un importante sector de la población chilena. Del mismo modo es similar a entonces la actitud general de la población frente al consumo de alcohol. Tiene efecto así una relación de circunstancias sociales y psicoculturales bastante aciagas y que puede conducir al embotamiento de la conciencia social, en pocas palabras, a la resignación y apatía de los afectados.

Pues en tanto que:

- La gran producción de vinos —cada persona mayor de 15 años puede disponer de una oferta de 100 litros por año— se exporta en cantidades mínimas y su consumo en el propio país es impulsado por una propaganda penetrante desde hace decenios.

- El efecto calmante del alcohol es utilizado específi-

camente como narcótico frente a la inestabilidad socioeconómica en las condiciones de vida de la mayoría de la población.

• La actitud permisiva frente al consumo excesivo de alcohol tiene bases socioculturales de profundo arraigo en la población chilena (5), se llega a constituir una "forma de vida alcoholizada" en amplios sectores de la población chilena y con importantes secuelas sociales (4).

Desde una perspectiva médico-social son aquí dadas algunas cifras: 20 a 30 % de la población masculina mayor de 15 años bebe en forma excesiva, de ellos son 5 a 7 % enfermos alcohólicos.

CUADRO 1

MORTALIDAD A CONSECUENCIA DE CIRROSIS HEPATICA EN ALGUNAS CIUDADES ESCOGIDAS *

Cifras adaptadas de acuerdo a la edad y al sexo a 100.000 habitantes entre 15 a 74 años

Ciudades	Cirrosis hepática		Alcoholismo y psicosis alcohólica	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Santiago de Chile	152	45	22	2
Ciudad de México	110	37	14	2
San Francisco (USA)	76	47	8	5
Ciudad de Guatemala	38	13	53	3
Caracas (Venezuela)	24	6	3	1
La Plata (Argentina)	22	4	7	1
São Paulo (Brasil)	21	4	12	2
Lima (Perú)	20	9	6	1
Bogotá (Colombia)	15	9	2	1
Riberao Presto (Brasil)	15	5	8	4
Cali (Colombia)	14	7	4	1
Bristol (Inglaterra)	2	2	0	0

Fuentes: Puffer, R. et al., 1965.

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, la mortalidad por cirrosis hepática en Santiago es, con mucho, la mayor de todas las ciudades estudiadas.

* *The Inter-American Investigation of Mortality.*

Pero el hecho de que incluso la menor tasa en una ciudad de América latina sea casi 7 veces mayor que la de Bristol, Inglaterra, hace pensar que además de los factores de consumo de alcohol excesivo y desde temprana edad también tienen importancia la mala alimentación en todas las edades y la sobreexplotación en el proceso de trabajo para aumentar la relevancia de la cirrosis hepática en la tasa de mortalidad de América latina y de Chile en esta forma extremada.

Pues la cirrosis hepática representa, en última instancia, junto a otras enfermedades de primera prevención tales como neumonía y enteritis, tan solo un dato estadístico significativo, sobre el cual se puede ejercer influencia con ayuda de la medicina clínica; sin embargo, para actuar sobre los orígenes de estas afecciones en la vida concreta de los afectados se precisa de una disposición integral médico-social, en tanto que no se desee tan solo conocer las condiciones de origen sino también modificarlas.

Conciencia y participación de la población

El consumo excesivo de alcohol en Chile ha sido descrito desde hace más de cincuenta años como el mayor problema de la salud pública.

Un ejemplo paradigmático de la forma tradicional de tratamiento en salud pública del problema del alcohol constituyó el "Programa Nacional para el Control del Alcoholismo y de los Problemas del Alcohol", 1957, que tenía la intención de tratar el problema a nivel geográfico comunal y que fue coordinado por expertos del Servicio Nacional de Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

Este programa debía desarrollarse sobre criterios estrictamente biomédicos y administrativos. Así, debía construirse un centro de atención médica por cada 100.000 habitantes y una vez en funcionamiento integrarse ipso facto al "Club de Alcohólicos Recuperados". Como medios de propaganda para incentivar la participación de la población en el programa se utilizaba material fotográfico

y escrito, en el cual se mostraban los efectos dañinos fisiopatológicos del consumo excesivo de alcohol en el organismo humano (así, por ejemplo: fotos de hígado cirrótico en perspectiva macro y microscópica, descripción médica de la psicosis alcohólica).

Se trataba, así, de crear conciencia sobre el peligro del alcoholismo en base a su patología final en el individuo. Comparar esta estrategia con la a realizarse para erradicar una epidemia de origen infeccioso no parece fuera de lugar. La percepción diferente del problema del alcohol en la población explica el hecho de que este programa encontrase tan poco arraigo en ella.

Pues a pesar de que en el curso de 10 años se crearon 25 de estos centros y los alcohólicos tratados en concordancia con el programa se organizaron en una confederación, el programa en cuestión no consiguió romper con la dura costra de la falta de interés en la mayoría de la población hacia una percepción biologicista del problema. Los participantes en él se aislaron del "ciudadano promedio" en su enfoque del problema y el tratamiento médico mantuvo habitualmente un carácter individual; por lo demás, los pacientes alcohólicos que participaban en este programa fluctuaban en su grado de interés en forma bastante intensa.

Esto significa que este programa no pudo ofrecer perspectivas de relevancia para una solución del problema de alcohol en forma integral en ausencia de una integración socio-cultural y una dinámica de participación interna de los enfermos alcohólicos.

Solo a fines de los años sesenta empezó a constituirse una nueva percepción del problema de alcohol entre algunos estudiantes y parte del personal del sector salud. La convicción de que la situación precaria en que vive la mayoría de la población chilena solo puede ser superada sobre la base de una política de salud y social dirigida a la satisfacción de las necesidades básicas, condujo a la introducción en forma primordial de problemas de salud en el programa de la Unidad Popular. Este programa se puso como objetivo delimitar las condiciones en el ámbito de lo político, social y económico, elementales para la cons-

trucción de una sociedad justa y democrática. De las 40 primeras medidas del programa de gobierno 7 se referían al sector salud.

En forma general se explicaba aquí que la superación del problema del alcohol debiera impulsarse a través de la implantación de programas atentos a la realidad local y a través de la promoción de iniciativas de la población misma, en lugar de basarse sobre un aparato institucional amplio y superficial. Se esperaba a través de esto evitar las dificultades de organización y de comunicación entre institución y comunidad arriba descritas.

En este contexto conceptual se desarrolló una campaña en contra del alcoholismo en las poblaciones "marginales" de Concepción con el apoyo de miembros de la Universidad y del Servicio Nacional de Salud desde 1968 hasta el golpe de Estado reaccionario en 1973; campaña que mantiene aún hoy su carácter ejemplar en tanto que pretendía dar curso a una cooperación entre pobladores, estudiantes del sector salud y personal sanitario; cooperación basada sobre comprensión y solidaridad. Nosotros, en tanto que estudiantes y cogestores, partimos en este proyecto de la convicción de que las condiciones de enfermar de origen social, que surgen de la pobreza, alienación social y del fatalismo de nuestro pueblo, sólo pueden ser enfrentadas en el marco de un proceso global de cambios y que la educación —en la acepción de Paulo Freire— no debe constituir una práctica hacia la domesticación sino hacia la liberación de los participantes (1).

Para ello debían interactuar:

- la universidad, en tanto que vehículo cultural y agencia educativa;
- los servicios de salud, en cuanto instituciones poco "congeladas" en el burocratismo y la administración abstracta, y
- la comunidad como cogestora de la cultura y participante activa en el devenir social.

Se trataba así de reivindicar el diálogo social, rompiendo con el "autismo institucional" y la desconfianza entre población e institución.

Esto significa que las tres entidades debían empeñarse por la ruptura paulatina de la forma de comunicación asimétrica existente entre ellas hasta entonces y crear las bases de una nueva participación integral.

La actividad de pobladores y estudiantes en los políclínicos periféricos de Concepción hasta 1973 puede ser considerada como una realización concreta de esta nueva concepción de la actividad de prevención sanitaria.

El enfermo alcohólico en tratamiento se transformó aquí en una figura central en la interacción de su comunidad con el sistema sanitario. Él discutía con los miembros académicos y técnicos del programa acerca de las condiciones de origen cultural y social del consumo de alcohol excesivo en la población chilena, así como sobre formas adecuadas de tratamiento ambulante y específicamente aquí sobre los criterios para definir cuándo se hace necesario enviar a un paciente alcohólico a un examen médico profesional y definir cuándo el paciente alcohólico podía atenerse a la ayuda de su comunidad. De esta manera disponía él, como líder en alcoholismo, sobre información básica para las actividades solidarias de educación sanitaria en su comunidad, labor en la cual su comunidad lo aceptaba y apoyaba, pues las experiencias de él, sus formas de percepción y expresión culturales y sus condiciones de pobreza económica eran similares a las de sus vecinos y de los enfermos alcohólicos a tratar. Se compartía pues un lenguaje común. El nuevo maestro popular en asuntos de alcoholismo estaba enraizado en la misma realidad vital de los enfermos alcohólicos y podía por lo tanto seguir y motivar el tratamiento de una manera por lo demás imposible de realizar para un médico de afuera, aunque éste estuviera lleno de las mejores intenciones.

Así no sólo se consiguió desarrollar condiciones estructurales para una atención de salud de mayor justicia, se pudo además definir innovativamente el status de la comunidad en cuanto participante activo en la atención de salud y los roles profesionales del personal sanitario en tanto educadores y coordinadores en salud de la comunidad.

En pocas palabras, esta forma de abordar el problema del alcohol se manifestó como una posibilidad para todos los participantes de influir sobre las condiciones sociales que propician el alcoholismo. Para el poblador enfermo alcohólico tuvo lugar aquí una actividad solidaria en la cual él pudo realizar por sí mismo y en un contexto social aceptable una reflexión crítica del problema de alcohol, esto significa, en su propio lenguaje y forma de pensar, acompañado por el apoyo activo de la comunidad y de colaboradores entusiastas.

Esta campaña contra el alcoholismo en la comunidad se apoyaba en la concepción que afirma que el alcoholismo no puede ser abordado con un espíritu idealista moralizante, ni haciendo abstracción biologicista de los afectados directos y anonimizándolos; que el lugar de acción para el tratamiento no debe ser el hospital, sino la comunidad y por último que la campaña se debía sustentar menos en el tratamiento del alcohólico como enfermo individual que en un diálogo continuo entre comunidad, SNS y universidad que permita a los afectados llegar a ser participantes y a los colaboradores académicos o funcionarios conocer y actuar en la realidad social concreta de Chile.

Como es de común conocimiento, estas experiencias médico-sociales han sido brutalmente interrumpidas por el golpe militar. Consideramos que es importante mantenerlas presentes en nuestra memoria social y promover su nuevo desarrollo en un esfuerzo común con la población*.

* ABSTRACT. The Chilean rate of deaths due to liver cirrhosis is the world's highest. Excessive drinking —specially of wine— is part of everyday life at all societal levels, but its health-impairing effects hit those who are considered marginalized hardest (men and women alike). The most important programs, carried out to solve the problem of alcoholism in Chile can be characterized by a) central health planning (1957) and b) raising of social consciousness and participation of the people concerned (1968-1973). The development and importance of both programs are being described and discussed in this article.

Referencias bibliográficas

1. Freire, P., *Pedagogía del oprimido*, Santiago de Chile, 1969.
2. Giusti, P., *Organización y participación popular en Chile*, Buenos Aires, 1973.
3. Puffer, R. et al., *The Inter-American Investigation of Mortality* (mimeographed), P.A.H.O., 1965.
4. Riquelme, H., *Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile. Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze*. Argument-Sonderband AS 73. Jahrbuch für kritische "Medizin 7" (146-58), Berlín, 1981.
5. Riquelme, H., *Soziokulturelle Aspekte des Alkoholkonsums in der chilenischen Bevölkerung*. "Curare", vol. 5 (143-52), 1982.
6. Rojas, M., *Mejor que el vino*, Santiago de Chile (Ed. Zig-Zag), 1957.

EL PROCESO DE CONSTITUCION DE LA ATENCION PSICOSOCIAL EN LA NUEVA NICARAGUA *

I. Las condiciones de partida

Es de conocimiento público que Nicaragua ya en 1980 declaró su adhesión a las metas programáticas de la Organización Mundial de la Salud (resumidas en la fórmula: "Salud para todos en el año 2000") y que desde entonces se ha concentrado en la estructuración de la atención básica de salud (ver Cuadro 1). Esto sorprende poco si se toma en cuenta que Nicaragua, considerándose como un país en desarrollo, aspira a una nueva forma de sociedad, en la que la participación directa de la población en este proceso y la satisfacción de las necesidades básicas —entre ellas la salud— han de ser la base y la garantía de una estructura social justa ¹.

* Las informaciones para este trabajo fueron obtenidas durante una estadía de investigación en Nicaragua en el otoño de 1984. En relación a las condiciones sociales generales en la Nueva Nicaragua, quisiera mencionar que la creación de la atención psicosocial, que se ha venido desarrollando durante los primeros cinco años de reconstrucción de este país, tan expoliado por el clan de los Somoza, tiene que sobrellevar además —como todos los cambios fundamentales— la política de agresión de los Estados Unidos en los últimos tres años. Esta "guerra sucia" ha significado para el pequeño pueblo de Nicaragua la muerte de por lo menos 2.000 civiles, el secuestro de alrededor de 4.000 personas y daños económicos por un valor aproximado al 40 % de las exportaciones. En su aspiración a una sociedad más justa es, desde mi punto de vista, una actitud humana sobresaliente del pueblo nicaragüense el no dejarse ni endurecer ni desanimar por las permanentes violaciones al Derecho internacional de "el Coloso del Norte" (R. Darío), sino, por el contrario, seguir trabajando decididamente por el logro de sus metas para el mejoramiento de la sociedad global.

¹ Consultar: Ministerio de Salud (MINSA), *El sistema único*

CUADRO 1

EL SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD (S.N.U.S.)

Principios:

La salud se considera un derecho de todos los individuos y es responsabilidad del Estado y del pueblo organizado.

Los servicios de salud serán accesibles a toda la población y se orientarán a la satisfacción de las necesidades básicas en salud.

La comunidad debe participar activamente en todas las actividades y gestiones del S.N.U.S. que la impliquen. Para estos efectos es necesario fomentar un diálogo continuo y directo entre las necesidades explícitas de la población y el tratamiento institucional de ellas, por medio de la actividad de los Consejos Populares de Salud.

La investigación debe tender a la utilización óptima de los recursos disponibles, a fines de garantizar la eficiencia necesaria a una situación de austeridad prolongada y permitir sin embargo la formación y el desarrollo científico.

Organización:

Ministerio de Salud, con Viceministerios específicamente dedicados a: Medicina Preventiva, Atención Primaria, Educación Popular, Salud Mental, Medicamentos, Docencia.

Regiones sanitarias, con dirección regional y poder ejecutivo descentralizado: asumen la responsabilidad de la previsión sanitaria de las regiones.

Áreas sanitarias o de salud, definidas en función a las características geográficas y de accesibilidad, abarcan de 15-80.000 habitantes y disponen de Consejos Populares de Salud para garantizar y verificar el funcionamiento coherente.

de Salud: Tres años de revolución 1979-1982, Managua, 1982; MINSA, *Plan de Salud 1983*, Managua, 1983; y Tognoni, G., *L'esperienza sanitaria del Nicaragua*. En "The Practitioner", Edizione Itailana (settembre 1984), 74: 40-54.

CUADRO 1 (Continuación)

Coordinación de la infraestructura a tres niveles: hospitales, centros de salud con camas y postas de salud.

Integración en la praxis de los técnicos sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares) y otros operarios "no técnicos" a través de una formación básica continuamente reactualizada y "enfocada a los problemas" (Brigadas de Salud y "parteras empíricas").

Fuentes: Minsa, 1983 y Tognoni, 1984.

Lo nuevo en esta política de salud es, sin embargo, la integración explícita del sector psicosocial en la concepción fundamental de los servicios de salud, pues así no solamente se prevén el fomento y la mantención de la salud en su sentido orgánico exclusivo —como es lo habitual—, sino que se parte de un concepto de salud integral que incluye a la salud mental en su dimensión dinámica.

El Programa Nacional² plantea como definición: "Las enfermedades mentales se originan por las mismas causas que las demás enfermedades del hombre, obedecen a alteraciones en la interacción del organismo y el medio ambiente natural o social... y deben comprenderse en su dimensión histórica y cultural respectiva."

Y en consonancia con el propósito de desarrollar una atención de salud accesible para todos, se postula como meta de trabajo común: "La salud mental es un derecho del individuo y constituye una obligación del Estado. La Revolución y sus instituciones realizan múltiples actividades que contribuyen a lograr una mejor salud mental de la población, aún cuando éste no sea el objetivo específico."

Esta preocupación explícita por la situación de salud psicosocial revela —según mi opinión— la disposición de poner de manifiesto públicamente el latente poder explo-

² Ver: MINSA, Area de Salud Mental, *Programa Nacional de Salud Mental*, Managua, 1982.

sivo de este sector y, consecuentemente, iniciar una discusión permanente —a todo nivel— con el objeto de encontrar una nueva relación en la población con respecto a la salud psíquica y sus condiciones individuales y sociales.

Esta exigencia programática nos confronta sin embargo con la evidencia de que los recursos actuales no son en absoluto suficientes para garantizar una atención psicosocial que alcance a toda la población y que, por lo tanto, es necesario propulsar las actividades preventivas, y sobre todo la participación activa y continua de la población en salud mental³.

Para entender la deficitaria situación actual en la atención psicosocial hay que considerar la sistemática pauperización del país y de sus instituciones en los tiempos de Somoza. La salud mental, entonces, no encontraba casi referencia en los planes oficiales de salud. Toda la previsión sanitaria estaba orientada principalmente a intereses económicos y no podía alcanzar estructuralmente a más del 30 % de la población. Las características esenciales de una atención de salud organizada sobre capital privado se podían observar entonces en términos ejemplares.

Las consecuencias se pueden observar en el Cuadro 2 (pág. 93). Algunas características estructurales de este tipo de atención de salud son: la fuerte concentración de personal médico en las ciudades; el número extremadamente reducido de enfermeras y parteras comparado en términos absolutos y relativos con el número de médicos y la negligencia con respecto a políticas preventivas de salud —abastecimiento de agua potable, por ejemplo—. Esta asistencia permitía solo el tratamiento curativo de un minoritario grupo de clientes solventes en un país empobrecido⁴.

³ Ver: Williams, H., *An uncertain Prognosis: Some Factors that may limit future Progress in the Nicaraguan Health Care System*. En "Medical Anthropology", XV, 3: 72-3 (May 1983).

⁴ Ver: Favilli, L., *Ejerciendo*, Managua, 1979.

CUADRO 2

ALGUNOS INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

		1978	1983
Esperanza de vida al nacer		52,6 años	57,6 años
Tasa global de mortalidad		16,4/10 ⁵	11,1/10 ⁵
Mortalidad infantil		aprox. 130/10 ³	88,2/10 ³
Tasa de vacunaciones infantiles (< 1 año)	trivalente tuberculosis poliomielitis	? ? ?	61,5 % 65,2 % 83,1 %
Relación: Nro. de habitantes/médico *	promedio urbano rural	? ? ?	1833 986 4063
Relación: Nro. de habitantes/enfermera u obstetra *	promedio urbano rural	? ? ?	8183 1844 6158
Agua potable: % de la población con acceso a ella	urbano rural	? ?	68,8 % 6,2 %
% en los gastos del erario público	educación salud pública	? ?	12,2 % 12 %
Tasa de analfabetismo		50 %	aprox. 13 %
Relación: Nro. de habitantes/equipo psicosocial		—	aprox. 200.000

* Aquí están incluidos los 'internacionalistas'.

Fuentes: Minsa, 1983 y Tognoni, 1984.

Este cuadro permite, además, una comparación entre los años 1978 y 1983, exponiendo la miseria de la situación sanitaria en los últimos tiempos de Somoza y los cambios desde entonces. Se puede apreciar, por ejemplo, la variación en la incidencia de mortalidad infantil (de aproximadamente 130 % en los años '70 al 88,2 % en 1983) así como el alcance de las campañas de vacunación (la poliomielitis fue erradicada en 1982/83).

Una característica en la situación social de la nueva Nicaragua es la importancia que se le ha dado a la educación y a la salud. Esto se manifiesta concretamente en un presupuesto del 12 % para cada uno de estos ítems en el plan actual del gobierno⁵.

Los datos del Cuadro 2 muestran la relación media de 200.000 habitantes por cada equipo psicosocial en 1983, lo que evidencia una realidad asistencial extremadamente deficitaria. La gran distancia que existe entre los propósitos de trabajo de salud mental y sus recursos de personal y materiales, incitan a la observación del proceso de constitución de la atención psicosocial en la nueva Nicaragua. Para esta observación diacrónica se toman como líneas de referencia la dimensión histórica y la de actividad cotidiana.

La situación de partida en 1980 se caracterizaba, de un lado, por un número reducido de especialistas en psicoterapia (aproximadamente 60 psicólogos, 30 psiquiatras y menos de 10 enfermeras especializadas), de los cuales la mayoría tenía consultorios privados y era reacia a una democratización de los servicios; y, de otro lado, por la existencia de un manicomio en la capital, el que a través de 45 años de funcionamiento se mantenía con las pésimas condiciones de infraestructura iniciales —con peligrante constante de desplome— y que, por lo tanto, no era apto para ser usado ni siquiera como asilo. De los 400

⁵ Para una comprensión cualitativa de la importancia de la salud y de la educación en la sociedad nicaragüense actual, apréciense los éxitos de las campañas de alfabetización y vacuna. A través de una entusiasta participación, especialmente de los jóvenes, se puede constatar un avance decisivo en los esfuerzos contra el analfabetismo y la mortalidad infantil. Ver: M. Rojas, "El aula verde", La Habana, 1982 y Cuadro 2.

pacientes que, en término medio, estaban internados desde hacía décadas, no existía, por lo común, registro de nombre, diagnóstico o fecha de internación. No sorprende, pues, que este hospital psiquiátrico fuera considerado por la población como "un lugar de olvido" y que, con respecto a sus efectividad terapéutica, pareciera bastante poco convincente.

Además, hay que mencionar la actividad permanente de innumerables curanderos, yerbateros y brujos, de los que solo se sabe indirectamente que ejercen diagnósticos adivinatorios, por ejemplo con ayuda de cartas y conchas y tratamientos sugestivos o rituales. Aunque no sean mencionadas en las estadísticas, se puede suponer que su actividad en la promoción de la salud psicosocial tiene una relevancia bastante importante; además del papel cohesivo que cumplen ellos junto al "clan familiar" (red relacional amplia) dentro de la sociedad nicaragüense.

II. Salud mental:

Programa y estrategia

La sección Salud Mental fue fundada en 1980 en el Ministerio de Salud para hacerse cargo del fomento de la salud psicosocial.

Sus perspectivas conceptuales se definen así (2):

"La salud mental es entendida como un estado de bienestar integral que permite a quien lo siente vivir activamente, participar en el proceso de desarrollo social y enfrentarse con eficiencia y serenidad a las vicisitudes de la vida..."

Esta sección debe preocuparse, como es habitual, de labores de prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo psicosocial, pero también del asesoramiento para la gestación de una nueva legislación y del trabajo de cooperación con otros ministerios (por ejemplo, con el de Educación y el de Asuntos Sociales) ⁶.

⁶ El trabajo de Salud Mental no aspira, sin embargo, de ninguna manera a una "medicalización" total de la salud psíquica.

Para ello, Salud Mental ha desarrollado un plan que, por un lado, reivindica la participación activa de la comunidad como condición imprescindible para el fomento de la salud psíquica y, por otra parte, intenta realizar la atención psicosocial a través de la actividad de equipos interdisciplinarios (compuestos de psiquiatras, psicólogos, visitadoras sociales y enfermeras).

Programáticamente se consideraron tres puntos esenciales:

1) Las actividades de atención debían extenderse a las provincias, así se propone una asistencia especializada de enfermos psíquicos en su ámbito de vida —dentro de su propio contexto social— y para contrarrestar el centralismo todavía existente.

2) Los pacientes del hospital psiquiátrico debían ser examinados a la brevedad posible, con el objeto de poder decidir sobre virtuales formas de rehabilitación y tratamiento. Su identidad y origen deben ser determinados. También deben mejorarse las condiciones de vida en el hospital (para esto se consideran reparaciones del local, así como ropa nueva y alimentación suficiente para los pacientes hasta entonces extremadamente desatendidos).

3) Debía iniciarse un perfeccionamiento sistemático de todo el personal, a través de seminarios, cursos, etcétera, así como también una sensibilización del pueblo en general hacia la problemática psicosocial, a través de “sociodramas”⁷ y “tiras cómicas”⁸ que informen sobre el origen y el significado del sufrimiento psíquico.

Salud Mental apoya fuertemente el desarrollo de otras formas generales de promoción de salud psíquica, como por ejemplo los proyectos para la integración social de los niños de la calle, la autoayuda de prostitutas, el tratamiento de los llamados “niños torturadores”. Ver: Riquelme, H., *El trato social con las minorías en Nicaragua. Una aproximación psicocultural*. En esta obra.

⁷ Se entiende por sociodrama un modo de actividad pública relacionada con la tradición del teatro callejero. Empleando formas de expresión corporal, escénica y verbal, se presentan temas, por ejemplo de medicina preventiva, por actores aficionados (pacientes de CAPS, empleados y vecinos) en mercados, escuelas, fábricas e iglesias. Desde su introducción, a principios de 1980, este

En Nicaragua se puede observar que casi todas las corrientes psicoterapéuticas están representadas individualmente (la formación de psiquiatras, psicólogos y enfermeras especializadas se dio hasta hace poco solo a través de la propia iniciativa de los psicoterapeutas y en el extranjero).

Estos puntos programáticos esenciales de Salud Mental permitieron la integración de profesionales de diversas tendencias así como de algunos "internacionalistas"⁹ latinoamericanos, españoles e italianos en las actividades del sector psicosocial, sin que las diferencias psicoculturales y el desarrollo especializado respectivos hayan significado un obstáculo significativo en el trabajo común. Por el contrario, se dio una posibilidad de confrontar opiniones contrarias del sector psiquiátrico y así cuestionar las propias limitaciones e intentar superarlas en común¹⁰.

III. La realización del Programa

El programa para el sector psicosocial ha sido reali-

método de estímulo y mediación se ha mostrado eficaz en la política de educación y salud.

⁸ El uso de "tiras cómicas" representa una forma de comunicación ya casi tradicional en Latinoamérica, para poner en discusión problemáticas socialmente relevantes dentro de un público más amplio. Aquí se han obtenido buenos resultados en cuanto a la comprensión y toma de conciencia, incluso en temas de candente controversia.

⁹ Internacionalista es el término utilizado para designar a aquellos voluntarios que, desde todo el mundo, han llegado a Nicaragua a poner sus aptitudes profesionales al servicio del proceso de reconstrucción. Gran parte de estos internacionalistas son ciudadanos de los EE.UU., que de esta manera protestan activamente contra la política de exterminio del gobierno estadounidense.

¹⁰ Un ejemplo interesante para esta actitud crítica se observa en la aplicación de electroshock antes y después de que Salud Mental iniciara sus funciones. Antes, se hacía uso de este procedimiento diariamente y sin mayor reflexión. Hoy, sólo se usa antes de las 7 de la mañana (considerando eventualmente los ritmos circadianos) y sólo en presencia del médico tratante. Así, se ha llegado a ordenar y aplicar electroshock en términos muy esporádicos (informe personal del doctor Flores Ortiz).

zado de la siguiente manera en relación a estos tres puntos esenciales:

Referente al punto 1: Desde 1982 hasta hoy se han construido en la mayoría de las capitales de la provincia Centros de Atención Psicosocial (CAPS)¹¹. Los equipos interdisciplinarios realizan aquí las siguientes tareas:

a) De prevención: Mediante charlas públicas, mesas redondas y sociodramas sobre temas de salud psíquica locales, es decir, en las fábricas o en la vecindad o en cooperación con organizaciones locales;

b) De tratamiento psiquiátrico-psicoterapéutico ambulatorio: realización de terapias de grupo y de familia, de tratamiento psicofarmacéutico y de terapia de trabajo;

c) De rehabilitación: Entre otras, fomento de la reintegración de ex pacientes del manicomio.

Como los CAPS están integrados en los policlínicos locales se hace fácilmente visible la aspiración de fomentar el concepto de salud integral. Se realiza una atención psicosocial que pretende un tratamiento interdisciplinario/integrativo —no la imposición de normas autoritarias ni la marginalización de los pacientes— y esto ha permitido ganar en buena medida la confianza de la población: Ella participa en el trabajo de los policlínicos (por lo tanto también en Salud Mental) y se confronta en forma abierta y dispuesta con las actividades preventivas y reintegrativas de Salud Mental (en forma similar, por ejemplo, a las actividades de atención madre-niño).

Los CAPS son siempre accesibles para todos aquellos que quieren informarse sobre sus actividades en el lugar. Sus asistentes son muy cordiales. En los informes anuales de los CAPS ya se pueden apreciar resultados específicos de esta atención psicosocial descentralizada, en los que se evidencia la aceptación de la población en general y el progreso experimentado en las tareas iniciadas. Esto da motivo para pensar que esta forma de fomento y aten-

¹¹ Consultar: "Equipo Salud Mental-Ciudad Sandino: Estudio descriptivo epidemiológico sobre la prevalencia en la demanda asistencial de patología psiquiátrica en el área de Ciudad Sandino", Managua, septiembre de 1984.

ción de la salud psicosocial cumplirá un papel determinante en el futuro.

Estos centros, sin embargo, están actualmente pobremente equipados y funcionan con un personal mínimo (lo que a través del trabajo voluntario de la población se consigue superar en parte). Solo la cooperación entre los miembros del equipo interdisciplinario —entre ellos mismos y también con la población respectiva— contribuye a superar las insuficiencias de infraestructura y lograr la satisfacción manifiesta de los protagonistas de este experimento, se puede suponer que sin esa práctica cooperativa estas enormes tareas serían realizadas en forma menos creativa y, probablemente, se llegaría a capitular pronto frente a las inmensas dificultades.

Referente al punto 2: la reforma del hospital psiquiátrico se enfrentó desde el principio al obstáculo de la gran escasez de personal calificado y de recursos materiales que pudieran servir a este fin. Sin embargo, esta reforma va abriéndose caminos hacia metas de corto y largo plazo.

A corto plazo se aspira a una institución en la que las actividades terapéuticas y las condiciones humanas de vida tengan prioridad.

Una de las características más pregnantes de la situación inicial era el anonimato de la mayoría de los pacientes internados durante decenios. Hubo de recurrirse a anuncios en los periódicos para conseguir informaciones sobre la identidad y el origen de muchos de ellos. Hoy es necesario superar el abismo que separa a los internados de la población para poder crear condiciones sociales de reintegración, así también cambiar tan fundamentalmente las condiciones de vida miserables y humillantes de los pacientes en el hospital, como para que se produzca una capacidad de ingreso a éste no solamente condicionada por la muerte de los pacientes (se considera que en 1977-1978 la cuota de mortalidad entre los internados fue del 10 %), sino por alta regular.

Como un buen ejemplo para estos esfuerzos de reintegración plena de pacientes asilados por muchos años, se puede considerar su participación en los cortes de café del último tiempo, pues por medio de esta participación acti-

va en el proceso social tenían y tienen la posibilidad de verse tratados como iguales. Así, ellos mismos pueden iniciar la superación de su dependencia institucional.

El informe de experiencias¹² deja traslucir algo de esto: "El sábado, día de pago, no se trabajó, los compañeros pacientes recibieron su salario y fueron llamados junto con todos los trabajadores de la finca... La expresión de cada uno al recibir su pago, demostraba la satisfacción de haber hecho lo que cada cual pudo y de obtener por ello, algo para sí mismo."

A largo plazo la meta en la reforma es el traspaso paulatino de la responsabilidad en la atención psicosocial a los CAPS; las actuales dependencias deberán albergar algunos centros especializados de la atención ambulatoria.

En la descripción de un equipo italiano¹³ que trabajó en un servicio de pacientes de larga permanencia en el manicomio de Managua, se puede seguir este proceso:

"En los primeros tiempos se realizaron sesiones plenarios con los 80 pacientes. Esto se dejó de hacer pronto para disponer de más tiempo en los programas de rehabilitación. Poco a poco el paciente abandonó su comportamiento de adaptado anónimo y expresó preferencias, preguntas y necesidades con respecto a la relación con los nuevos asistentes y su modo de trabajo en el servicio: ninguna separación rígida de roles, ninguna diferencia entre las palabras y los gestos del paciente y del asistente. La ropa del paciente fue arreglada, se le dio mucho tiempo para encuentros, se conoció la situación familiar y se iniciaron excursiones a la ciudad. Rápidamente se formó un equipo multidisciplinario de italianos y nicaragüenses, ágil y activo en grado sumo. Cuando los pacientes del servicio se habían acostumbrado al equipo, se inició más específicamente una estimulación corporal y psicomotora a través de ejercicios de relajación y natación, de bailes con

¹² Ver: "MINSA: Informe de la experiencia en los cortes de café con la participación de pacientes y trabajadores del Hospital Psiquiátrico Nacional" (mimeo de varios autores), Managua, enero de 1983 (pág. 6).

¹³ Terranova-Cechini, R., *Gemeindepsychiatrie im Neuen Nicaragua*. En "Curare", Sonderband 2/84, 125-144 (pp. 140-141).

música de guitarra y percusión interpretada por grupos invitados, lectura de periódicos, recitales de poesía, un grupo de teatro y proyecciones de diapositivas y películas cuyos temas eligieron los mismos pacientes. Estas actividades conllevaron un primer reencuentro con la lectura y también un primer contacto con la nueva sociedad, que se había desarrollado afuera, al otro lado de las rejas de la institución.

Pronto nacieron deseos de reencontrarse con la familia. Sin embargo, muchos pacientes ya no la tenían; los parientes se habían muerto o mudado; otros vivían en alejadas aldeas de la montaña; algunos pacientes fueron rechazados por sus familias.

Los asistentes comenzaron estos reencuentros con familias que habitaban en la montaña, apoyados por las organizaciones que afortunadamente se hallaban por todas partes. Como resultado de estos esfuerzos algunos pacientes fueron reintegrados a sus lugares de origen: en el primer año 18, de ellos 5 habían permanecido entre 10 y 20 años en la institución. En casa estos pacientes son atendidos por los centros y puestos de salud, distanciándose de su primer equipo, aún cuando se habían planeado algunos encuentros. Para los pacientes sin familia se buscan albergues de 3 a 4 personas, de donde puedan salir a ejercer trabajos de comercio ambulante, muy extendido en el país, para ganarse la vida."

Referente al punto 3: El perfeccionamiento sistemático de todo el personal de Salud Mental ha madurado conceptualmente. Mediante cursos regulares, análisis de casos y simposios nacionales, se fundamenta y verifica teóricamente una actividad interdisciplinaria.

Esto se ve apoyado por la actividad educativa de formación dada por especialistas de Italia, México y Francia, que permanecen en Nicaragua durante algún tiempo y que participan en el perfeccionamiento, especialmente de estudiantes del sector salud, dentro del sistema estudio-trabajo ¹⁴.

¹⁴ En el sistema "estudio y trabajo" se aspira a una formación médica que corresponda a las condiciones de vida y necesidades de salud reales de la población nicaragüense.

La sensibilización de la población con respecto a la problemática psicosocial se realiza a través de los medios de comunicación de masas (radio, televisión y periódicos) y se propone la inclusión activa de la población, sobre todo en actividades preventivas. El buen éxito obtenido hasta hoy con estas campañas (niños de la calle, alcohol al volante, reintegración de pacientes psiquiátricos a su hogar de origen) se puede fundamentar como sigue:

a) La población nicaragüense manifiesta un alto grado de aceptación de formas poco habituales de conducta ("De poeta y loco, cada quien tiene un poco"). En esto influye el hecho de que las costumbres practicadas en el seno del "clan familiar" aún mantienen su vigencia integrativa;

b) La tan mentada franqueza de los nicaragüenses en la interacción social facilita un buen resultado en los propósitos de Salud Mental (así se explica, por ejemplo, la clara aceptación de las terapias de grupo y familia);

c) La posición —fomentada por el proceso revolucionario de que el pueblo entero asuma progresivamente responsabilidades en todos los ámbitos sociales, tiene un efecto positivo en la actitud y disposición hacia el trabajo común entre población y Salud Mental.

IV. Comentario

En la nueva Nicaragua se propone Salud Mental la construcción de una atención psicosocial a partir de un vacío institucional. Apenas a cinco años de transformaciones sociales, tras la caída de la dictadura somocista, los

Mediante una conexión más directa entre una teoría y una práctica médicas adecuadas a este país, se consigue superar la paradoja, tan habitual en América latina, de que un médico recién licenciado sepa casi todo sobre una enfermedad sumamente rara, como la mucoviscidose, y al mismo tiempo conozca sólo superficialmente las enfermedades infecciosas, de gran importancia en la salud pública. En el sistema "estudio y trabajo" se fomenta especialmente una responsabilidad médica temprana, sobre todo en el campo preventivo.

obstáculos y las posibilidades de solución en este proceso creativo pueden ser seguidos a través de tres puntos esenciales:

1) Se trata de superar institucionalmente la gran escasez de personal especializado y de recursos materiales, en forma específica mediante la constitución de equipos interdisciplinarios con gran capacidad de decisión en las actividades locales y en forma general mediante una cooperación entre todas las disciplinas médicas, garantizando una atención de salud integral.

2) No se considera a la población como un receptor pasivo de atención psicosocial, sino que se la integra activamente a la mayoría de las tareas de Salud Mental.

3) La práctica psiquiátrica se liga cada vez más a las actividades locales a través de la influencia dominante de los centros psicosociales (CAPS) y se orienta progresivamente hacia las condiciones de vida específicas de la población. Esta práctica coordina impulsos de diferentes tendencias psicoterapéuticas y sabe integrarlas en el proyecto fundamental del programa de Salud Mental.

La aceptación de formas poco habituales de comportamiento, la sensibilidad hacia el sufrimiento psíquico así como la carencia de una pronunciada "tradición de manicomio"¹⁵ en la cultura nicaragüense y el fomento programático de una salud integral por parte del gobierno sandinista, son motivos de esperanza para un nuevo desarrollo del sector psicosocial.

De esta manera se constituye por primera vez un área de interacción psicosocial con una dinámica particular. El trasfondo cultural y la nueva dimensión social y política hacen posible un desarrollo en el que la salud mental deja de ser un elemento estático de connotación normativa. La salud mental se considera, en este caso, como una caracte-

¹⁵ Consultar: Riquelme, H., *Die Tradition des Irrenhauses in Europa. Über die Aussonderungspraxis und deren Überwindungssätze aus der Perspektive eines Lateinamerikaners* (La tradición del manicomio en Europa. Sobre la praxis de la exclusión y sus tendencias de superación desde el punto de vista de un latinoamericano). Aparecerá próximamente en "Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik", Wien, 1985.

rística importante en el proceso revolucionario de toda la sociedad.

Pareciera, entonces, que en la Nueva Nicaragua se logran cotidianamente sólidas condiciones para un cuestionamiento fundamental de conceptos tales como desviación psíquica y disociabilidad o asociabilidad. Aquí, la salud psíquica no se mide ni se valora según la capacidad de adaptación del individuo a las estrictas normas de una sociedad no cuestionada. Por el contrario, vivencia y sufrimiento psíquicos se entienden aquí en el contexto de cambios intensos en la sociedad, pues estos cambios significan, al mismo tiempo, esfuerzo y esperanza para el individuo y los juicios de valores deben ser revisados constantemente por los profesionales.

Resumiendo, se puede decir que las condiciones objetivas bajo las cuales se construye la atención psicosocial en la Nueva Nicaragua son muy modestas y que las labores de los protagonistas se asemejan a menudo a la tarea de Sisifo. Sin embargo, no se debe olvidar que la política de salud aspira a una participación activa de la población y que pone los pocos recursos que existen decididamente al servicio del proyecto "Salud para todos". Por lo tanto, se debe considerar por un lado el efecto multiplicador que implica la participación activa en salud y por otro la influencia mutua y positiva de los esfuerzos de toda la sociedad por un futuro humano en este "país de las esperanzas concretas" ¹⁶.

La democratización de los servicios y la participación activa de la población constituyen pues el verdadero motor de este desarrollo. Así no solamente se cuestionan los principios tradicionales de atención psicosocial sino que se tiende a superarlos cotidianamente.

Referencia de publicaciones de los textos presentados

1. El trato social con las minorías en Nicaragua: *Aus dem neuen Nicaragua: drei beispielhafte Projekte zur Förderung der psy-*

¹⁶ Consultar: Cortázar, J., *Nicaragua, tan violentamente dulce*, Wuppertal, 1984.

- chosozialen Gesundheitssituation. En "Sozialpsychiatrische Informationen" (1985), XV, 2: 82-97.
- *Nuovo Nicaragua: tre progetti esemplari per il miglioramento della salute psico-sociale.* En "Fogli di informazione" (1985), 110: 60-75.
- *Der Umgang mit sozialen Minderheiten in Nicaragua. Eine psychokulturelle Annäherung.* En "Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik" (1985), X, 4: 24-42.
2. El proceso psicocultural de alcoholización en Chile: *Soziokulturelle Aspekte des Alkoholkonsums in der chilenischen Bevölkerung.* En "Curare" (1982), V, 2: 143-153.
- *Il processo psicoculturale dell'alcoholismo in Chile.* En "Fogli di informazione" (1986), 116: 35-50. Aparece en portugués, en "Revista de psicología" (Universidad de Belo Horizonte).
3. Arte popular y contexto psicocultural en un poblado mexicano: *Volkskunst und Psyche in einem mexikanischen Dorf.* En "Hamburger Ärzteblatt" (1983), X, 4: 122-26. Aparece en Revista de la Universidad de Guadalajara, México.
4. Alcoholismo en Chile...: *Alkoholismus, ¿Sackgasse in der Unterentwicklung?* En "Medizinsoziologische Mitteilungen" (1978), Heft 1-2: 66-73.
- *Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile. Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische beächtigungsansätze.* En "Jahrbuch für kritische Medizin" (1981), Band 7: 146-58.
- *Entstehungsbedingungen und Folgen übermäßigen Alkoholkonsums in Chile. Beispiele einer Kampagne gegen den Alkoholismus in Armutsgürteln einer Grosstadt.* Inaugural dissertation, Hamburg, 1980.
5. El proceso de constitución de la atención psicosocial en Nicaragua: *Il proceso di costruzione della previdenza psicosociale nel nuovo Nicaragua.* En "Fogli di informazione" (1985), 115: 47-56.
- *Nicaragua: Psychosoziale Versorgung im Aufbauproze.* En "Jahrbuch für kritische medizin". Argument Sonderband", 11: 36-46, Berlín, 1986.
- *La asistencia psicosocial en Nicaragua.* En "Le Monde diplomatique" (en español), VIII, Nr. 90: 30-32, 1986.
- *Nicaragua: Processo de onstituição da atença psicosocial.* En Temas IMESC (1986), III, 2: 183-94.
6. La tradición del manicomio en Europa: *Die Tradition des Irrenhauses in Europa.* En "Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik" (1985), X, 1: 7-30.
- *A tradição do manicomio na Europa.* Aparece en "Jornal brasileiro de psiquiatria".
- *La tradizione del manicomio in Europa.* Aparece en "Fogli di informazione".
7. Latinoamericanos en Europa: *Latino americains en Europe. Experience de déracinement et processus d'elaboration d'une identité psychoculturelle.* Aparece en "Antropología médica".
- *I latinoamericani in Europa. Esperienza di sradicamento*

e processo d'identità psicoculturale. Aparece en "Fogli di informazione".

— *Lateinamerikaner in Europa. Entwurzelungserfahrung und Prozeß der psychokulturellen Identitätsbildung*. Aparece en "Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik".

8. Riquelme, H., *Nicaragua: Divising a policy for psycho-social care*.

La traducción del alemán al castellano fue realizada en trabajo conjunto con Mauricio Torres Rojas, Managua, Nicaragua.

ABSTRACT. The new developments in Nicaraguan society have given rise to the need for a new project in the field of Social Medicine. The basic health programme must aim not only at the maintenance of organic health but must also deal with the question of mental health. Not only is psychic well-being a right of every individual, but it is also the State's responsibility and should be understood as part and parcel of well-being in general. Thus every individual should be able to take a creative part in the process of social development. In the CAPs —Centres for Psycho-Social Care— interdisciplinary teams are engaged in prevention, treatment and rehabilitation. In a period of generalized shortage of resources, the health policy has aimed at maximum efficiency in getting the population to participate actively in the realization of its basic directives.

KEY WORDS: Social Medicine, organic health, mental health, prevention, treatment, rehabilitation, Nicaragua.

LA TRADICION DEL MANICOMIO EN EUROPA

Sobre la praxis de la exclusión
y las premisas para su superación,
desde la perspectiva de un latinoamericano

Introducción

La vida cotidiana en las grandes ciudades de Europa nos ofrece ejemplarmente testimonios de una constante preocupación por la armonía geométrica. Simplemente cada cosa tiene su lugar y todos los acontecimientos van siendo registrados minuciosamente en vetustos archivos. La presencia irrevocable de relojes en casi cada esquina —como árbitros de un tiempo lineal— culmina la impresión de que todo está bajo un estricto control racional.

Esto siempre produce asombro a quienes visitan Europa y a mí mismo me dejó perplejo más de una vez. En tanto que a todo orden corresponde un desorden, me entró curiosidad por saber qué sucedía en estos países con el natural desconcierto humano. En estos estudios me toqué, entre otras, con la institución del manicomio y, a poco de observar en mi contorno y de leer en los archivos, pude constatar que dicho establecimiento tiene profundas raíces en la tradición europea y, lo que era más, ha impuesto su sello a un aspecto esencial de la cultura europea: la praxis de la exclusión de la mayoría de los pertenecientes a lo "otro extraño", al grupo de tipos raros o excéntricos que no se adaptan a la racionalidad y efectividad imperantes en la cultura. En la actualidad, solo en Europa Occidental, hay aproximadamente un millón de personas recluidas de modo permanente en manicomios.

Este ensayo desea profundizar en este aspecto de la cultura europea. Para que el fenómeno cultural de la exclusión institucionalizada se nos vuelva comprensible, me dispongo en este informe, en primer lugar, a exponer al-

gunos antecedentes históricos del surgimiento de los manicomios en la sociedad europea y luego —en base a ejemplos extraídos de fuentes literarias— a esbozar cómo la institución del manicomio se ha reflejado en la conciencia crítica de algunos intelectuales de influencia cultural significativa, desde el siglo pasado hasta ahora. Sin embargo, también quisiera señalar cómo se van haciendo manifiestas algunas expectativas de transformación en esa cultura de la exclusión y cómo, así, ha sido posible, en una primera etapa, el proceso de cambios de los centros de reclusión en establecimientos terapéuticos.

Finalmente, me tomaré la libertad de informar sobre un nuevo tipo de experiencia en una región de Europa, en la cual la atención psiquiátrica en cuanto institución para la protección social frente a los imponderables humanos ha sufrido un cambio radical, de tal manera que la sociedad en la que se encuentra da la impresión de ver cada vez como la cosa más natural el poder desenvolverse a satisfacción sin recurrir al manicomio.

Si se desea indagar acerca de la tradición y la práctica de la institución del manicomio, se debe tomar a Europa como campo de investigación ya que aquí el desarrollo del manicomio muestra una continuidad ininterrumpida y sistemática. De tal modo que hasta los mismos esfuerzos por superar ese tipo de establecimiento, se comprenden mejor a partir del contexto histórico-cultural de esta tradición. El desarrollo que se observa en el continente americano es desigual y diverso. Así, por ejemplo, en Sao Paulo: Mientras de una parte, 4.000 personas pueden ser excluidas para el resto de su vida, esgrimiéndose supuestas causas psiquiátricas, de la otra la participación masiva en el candomblé y la macumba ofrece la oportunidad de un tratamiento integrativo a quienes tienen padecimientos psíquicos en la sociedad, sobre la base de sus propias fuentes culturales.

En los capítulos II y III, en los cuales se plantean las posibilidades que existen de superar de manera efectiva la praxis de la exclusión para los enfermos mentales, nos concentraremos en el norte de Italia y, particularmente en Trieste, pues es allí donde la cultura del manicomio

parece haber experimentado las profundas transformaciones, que ya han desembocado en una nueva forma de atención psicosocial sin manicomio.

Es inevitable que este documento sea fragmentario. De otra parte, como viajero me ha parecido mejor que sean los propios implicados quienes tengan la palabra. Por ello me remitiré siempre a los documentos originales.

I. El manicomio en el medio ambiente psicocultural de Europa

La certeza de que en toda gran ciudad de Europa es necesario disponer de un hospital psiquiátrico con pabellones cerrados que alberguen de por vida a gran número de pacientes, se ha enraizado de manera profunda en la conciencia cotidiana de los ciudadanos civilizados, en el transcurso de los últimos trescientos años, de tal manera que ha llegado a ser una evidencia sociocultural y para muchos incuestionable.

Todavía en el siglo XV, los elementos intranquilos y perturbadores de la sociedad eran embarcados y expuestos a la fuerza de los elementos con la esperanza de que, tanto el abrupto cambio y las nuevas impresiones como su traslado forzoso por los ríos europeos a lugares con otros hábitos de vida, pudieran acercar al polo de la razón al "espíritu descarriado de los extraviados".

Sin embargo, ya en el siglo XVI el aislamiento de este círculo de personas fue conducido de manera creciente hacia el interior de los centros de custodia en proceso de constitución, esto es en tanto que se constituían "islas de la insensatez", en una sociedad cada vez más organizada.

Las raíces de este desarrollo se encuentran entre los siglos XVI y XVIII, es decir, en la fase del desarrollo histórico que en Europa significó la transformación de las relaciones de producción e intercambio feudales en capitalistas, en el curso de la cual se produjo la disolución de las formas tradicionales de vida y trabajo y su sustitución por nuevas formas. Este profundo proceso revolucionario de la sociedad tuvo su prolongación ideológica en

la búsqueda de una nueva definición de lo que es el hombre como ser social y, por ello, en el desarrollo de un nuevo paradigma científico social.

El enciclopedista Diderot es quien formula de manera más categórica el contenido esencial de este indispensable esfuerzo por alcanzar un mayor grado de orden y coordinación social. Según él, lo que se debe hacer es apreciar en particular la composición de "nobleza de ánimo y ruindad, racionalidad y tontería de los hombres", con el fin de determinar si está cada uno de ellos en capacidad de vivir como ciudadano responsable o no.

Como resultado de ello se introdujeron nuevas pautas de trato social que tendrían una influencia duradera en la vida ciudadana, ya que condujeron a que personas que aparentemente no se adecuaban a las nuevas estructuras sociales, se entresacaran y poco a poco se fueran convirtiendo en un "colectivo de pacientes psiquiátricos".

Estos hábitos de selección social se constituyeron institucionalmente durante la llamada época clásica y de la manera siguiente:

De una parte, los leprosarios —los lugares para la reclusión de los leprosos, en gran parte víctimas de las epidemias de lepra que se dieron en la Edad Media como consecuencia de las Cruzadas—, conservaron su función de lugar destinado para el aislamiento geográfico y se acomodaron para cumplir con la tarea de mantener a buen recaudo a los elementos marginales.

"La lepra desaparece, los leprosos casi caen en el olvido, pero las estructuras permanecen. A menudo, dos o tres siglos después, se pueden encontrar en los mismos lugares formas de exclusión asombrosamente semejantes. El papel que antes lo desempeñaban los leprosos, recae esta vez en los pobres vagabundos, presidiarios y cabezas turbadas" (1).

Los orígenes de este desarrollo se pueden encontrar en el orden económico y social burgués que iba surgiendo, ya que el proceso de urbanización concomitante implicaba una nueva praxis para controlar los grandes flujos

de población que confluían a las ciudades, migraciones masivas de gentes que habían sido expoliadas de sus formas tradicionales de vida y de trabajo. Y esos nuevos requerimientos de control represivo se pretendían satisfacer, entre otras cosas, con la apertura de manicomios. Sin embargo, de hecho solo:

“Una décima parte de todos los detenidos que se encuentran registrados en el Hospital General de París (en el siglo XVII) se refieren a... dementes, gente ‘que ha perdido la razón’, hombres ‘trastornados del alma’ y personas que se han vuelto ‘totalmente locas’” (2).

En ese período, los enfermos mentales servían más bien de coartada, legitimaban la existencia del Hospital General, como si la atención de ellos constituyese la tarea central.

“Desde un principio, el Hospital General tuvo como tarea evitar que ‘la mendicidad y la vagabundería se pudieran convertir en fuente de desórdenes’” (3).

Así se hace evidente el carácter explícitamente normativo del centro de exclusión.

También se puede apreciar con claridad cuáles eran las funciones sociales fundamentales que cumplía este proceso de exclusión; esto es, de control represivo de aquellos factores humanos y sociales potencialmente perturbadores, funciones de fundamental importancia para las nuevas estructuras sociales y de dominación. No obstante, hasta el momento, se ha hecho poco trabajo histórico encaminado a explicar por qué y en qué magnitud se llevó a cabo el proceso de exclusión de personas que no era posible integrar a la sociedad, mediante su internamiento en manicomios. Ya que existían, además, otros mecanismos de selección y/o exclusión: desde el encierro de vagabundos en talleres y fábricas hasta su ahorcamiento. Sin embargo, no es éste el lugar para responder a esta pregunta. En lo que sigue, más bien queremos concentrarnos en de-

mostrar cómo se enraizó en la cultura la práctica de la exclusión y cómo ésta moldeó de manera esencial la actitud de la población hacia los manicomios.

El segundo proceso mencionado anteriormente consiste en que, hacia finales del siglo XVIII, en los lugares de exclusión se comenzó a fomentar en forma reflexiva un cierto trato con la demencia desde una perspectiva *médica*. En tanto que, desde principios del siglo XVI, lo racional y lo irracional se habían definido como propiedades inherentes a los hombres individuales de acuerdo con las reglas cartesianas, con lo que, además, se determinaba en gran medida la posición jurídica de los hombres concretos en la sociedad, ahora se realizaron las primeras observaciones "clínicas" del comportamiento de los reclusos y, poco a poco, se fueron integrando en un sistema coherente de pensamiento médico. Así fue como en las condiciones de encierro se le dio una enorme importancia tanto a la identificación y el desarrollo de las diversas "enfermedades" mentales, concebidas por primera vez como tales, como a su posible tratamiento en los individuos, con el fin de obtener mayor aceptación de la sociedad en cuanto agentes para el trato con los perturbados mentales.

En consecuencia, se luchó para que el respeto por los conocimientos médicos creciera y su competencia para el manejo de los manicomios se considerase más adecuada que la de los juristas o los religiosos. Lo cual no fue nada fácil si recordamos que solo una décima parte de los reclusos podían considerarse enfermos mentales.

"La práctica del internamiento se estructura de acuerdo con otros criterios muy distintos. De ningún modo se decreta por decisión médica, ya que depende de un tipo de conciencia diferente. La conciencia práctica que separa, condena y hace desaparecer al demente, es necesaria para una concepción política, jurídica y económica determinada, revestida por el papel del individuo en la sociedad." (4)

Esto queda todavía más claro cuando consideramos que:

“en la época clásica no existían las enfermedades mentales (definidas como tales), si por ellas entendemos el estado natural del loco, la mediación entre los enajenados, que uno percibe y la demencia que uno analiza. En pocas palabras, la relación del demente con su propia locura” (5).

A la sombra de los grandes asilos se constituyó, pues, el conocimiento médico sobre la locura. Sin embargo, se desarrollaron por caminos separados; de una parte, la identificación y clasificación ideal de las perturbaciones mentales, como un conjunto dispar de nosografías orientadas hasta entonces en base a la Botánica de Linneo y, de la otra parte, los ensayos terapéuticos de orientación práctica. No fue si no hasta principios del siglo XVIII que cristalizó una especie de síntesis entre la teoría apegada a los mitos de un orden estático y la arriesgada praxis experimental. Dicha síntesis se dió en el momento

“en que la pareja constituida por el médico y el paciente estaban a punto de convertirse en el elemento constituyente. Con las estructuras imaginarias a través de las cuales se comunicaban, la pareja organizó de un modo nuevo el mundo de la locura. Las curas por medio de la excitación, el apaciguamiento, los reconstituyentes o el relajamiento, permitieron que el esfuerzo imaginativo común, tanto del médico como del paciente, reconstruyeran formas patológicas que las clasificaciones eran cada vez más impotentes para asimilar. Y fue dentro de esas formas, a pesar de que ahora ya son cosas del pasado, que se forjó la verdadera sabiduría sobre el tema” (6).

De ahí en adelante, una parte del personal médico en las casas de custodia asumió la función de la “razón observadora y nosológica” e introdujo sobre esa base formas específicas y explicables de tratamiento, las que cimentaron paulatinamente el significado que la actividad médica tenía en la confrontación con la locura. De esa manera, la tríada formada por el demente, el psiquiatra y el mani-

comio se pudo consolidar como una dimensión social firme y cimentó las bases para el desarrollo ulterior.

En esta tríada el espacio físico es determinante para comprender a los enfermos mentales y a los psiquiatras, ya que esas "islas de lo irracional" se van delimitando geográficamente de manera muy clara y llegan a constituir una especie de "tierra de nadie". A los ojos de la población cristaliza el convencimiento de que la locura es doblemente peligrosa, pues tanto el sufrimiento psíquico en sí como el ostracismo y la pérdida de la personalidad subsecuente conducen a percibir la locura como un flagelo de dimensiones avasalladoramente destructivas, que en principio afecta a individuos, pero que pende como una espada de Damócles sobre cada uno de los miembros de la sociedad.

Como ya lo señalamos más arriba, de la reseña histórica expuesta hasta aquí no se puede concluir de manera unívoca por qué se "apartó", a los hombres que no se podían integrar socialmente, hacia los manicomios y no hacia otros lugares. Sin embargo, ya podemos afirmar que es indudable que una función esencial de esos asilos lo constituía el retirar de la circulación social a personas que pudieran convertirse en factores de perturbación, con el fin de desterrar de la conciencia de la población su existencia misma. Precisamente por eso es que muchos escritores han abordado con sentido crítico la costumbre de la exclusión destacándola de manera temática. Y debido a que dichos escritores son, sin duda alguna, testigos importantes de su época, quisiera incluir en este lugar algunas de sus opiniones literarias sobre el manicomio. De esta manera es posible un acceso al desarrollo psicocultural de los manicomios.

En su cuento "El método del doctor Alquitrán y el profesor Pluma" (1845), E. A. Poe se basa en las extravagantes opiniones que la gente comúnmente tenía sobre esos lugares, para describir de manera irónica y sutil un manicomio salido de quicio. Un viajero por el sur de Francia supera "el horror no falto de fundamento que le inspiraban los locos" y decide visitar un centro donde, mediante la aplicación de un método de terapia especial,

el "sistema de convencimiento apaciguante", se supone que se están logrando excelentes resultados. Durante su visita se percata de cosas que verdaderamente parecen extrañas y trata constantemente de bien explicárselas a sí mismo, o bien de relativizarlas, ayudándose del método de la narración comprensiva para provecho del lector. De una manera magistral, Poe sintetiza las opiniones dominantes de su época sobre los enfermos mentales:

"El humor de los locos es impredecible... por lo que de ninguna manera se puede aconsejar que se les deje andar de un lado a otro sin vigilancia. Un loco puede, como se dice, 'volverse tranquilo' por un tiempo, pero en el fondo mantiene un foco de furia peligrosa en sí. Su picardía es excepcional y cuando tiene algún plan, lo encubre con una astucia asombrosa. También, lo que coloca a los psiquiatras ante uno de los más arduos problemas, es la habilidad que tienen para simular estar curados. De hecho, tan pronto como un enfermo mental aparenta encontrarse totalmente sano, ha llegado la hora de ponerle la camisa de fuerza." (7)

El tema central del cuento de E. A. Poe es el temor a entrar en contacto con enfermos reclusos. Sin embargo, ese temor disminuye a medida que el trato con ellos produce episodios cómicos y se destaca la enorme variedad de facetas que tienen las posibilidades humanas. Al final de la historia se aprecia que el autor (y es de esperarse que también el lector) ha logrado una mayor apertura y simpatía frente a los reclusos en manicomios. El viajero manifiesta, por una vez, comprensión hacia los métodos heterodoxos para el tratamiento de los enfermos mentales, los que, irónicamente, en esa ocasión, han sido diseñados por los mismos enfermos. Enriquecido con esa experiencia abandona el centro y continúa su viaje.

Otro ejemplo de cómo se trataba a finales del siglo pasado en la vida cotidiana y ante la opinión pública el asunto de los límites de lo racional y, en particular, el oculto miedo que se tenía a contagiarse misteriosamente

de los dementes, lo tenemos en la breve novela de A. Chéjov (8), titulada *Sala N° 6*, escrita en 1894.

En esta novela, tanto en el hospital como en la ciudad, surgen fuertes sospechas sobre el comportamiento del médico A. J. Rágin, porque se dice que éste realiza visitas regulares al edificio contiguo donde están reclusos los locos y, lo que es más insólito, sostiene largas conversaciones con el ex estudiante I. Dimitrijevich, quien padece de episodios con delirios de persecución

El comportamiento impropio del director del hospital pone en entredicho la virtual tajante línea divisoria que existe entre un ciudadano honorable y normal y un demente, digno de compasión pero, en todo caso, carente de raciocinio. Gracias, además, a las intrigas de un colega interesado en ser su sucesor, la municipalidad decide al poco tiempo destituirlo sin reconocerle, además, ningún derecho a pensión. Como el doctor Rágin no ha tenido la previsión de ahorrar algún dinero y además se sospecha de él abiertamente, ya que piensa y actúa de una manera no adecuada a su posición social, pronto se toma la decisión de internarlo en el anexo donde están los locos. Bajo tales condiciones, muere el doctor Rágin poco tiempo después.

La sutil descripción de las contradicciones que se dan entre Rágin y sus conciudadanos sobre la concepción que se tiene de los dementes, la expone Chéjov no desde el punto de vista de un narrador que se encuentra por encima de las circunstancias y puede actuar como fiscal acusador. Más bien, al narrar de un modo sereno las circunstancias conflictivas, nos permite inferir con qué grado de intensidad y significado los tabúes y los temores de la época determinaban la conciencia del hombre promedio. El temor, la desconfianza y un pesimismo impregnado de sentimientos caritativos frente a los perturbados mentales, manifiestan tener profundas raíces en la conciencia cotidiana de la mayoría de la población. De ahí que el aislamiento de esos perturbados en asilos y manicomios pareciera hasta entonces como la única solución válida y efectiva.

Sin embargo, en los últimos tiempos han sido plan-

teadas muchas preguntas llenas de controversia por quienes laboran en el campo de la psiquiatría. Esas cuestiones han trascendido frecuentemente al campo de la literatura y, en consecuencia, al de la opinión pública.

La novela *Marzo*, de H. Kipphardt (9), presenta un testimonio de la forma cómo en la actualidad se perciben las relaciones entre quienes padecen trastornos psíquicos y los psiquiatras.

En un estilo que mantiene la forma documental, el doctor Kofler —como médico cronista— describe la historia de la vida del poeta esquizofrénico *Marzo*. Luego de un tercer internamiento en el centro —esta vez durante 11 años— la existencia de *Marzo* está marcada ya sustancialmente por las condiciones del manicomio. La Clínica “Lohberg” se encuentra:

“a suficiente distancia de la ciudad, pero no tan distante... si no lo adecuado para el aislamiento que requiere una clínica psiquiátrica”.

Los moradores de la clínica se expresan directamente en esta novela-crónica, de tal manera que el entretendido de las actuaciones humanas no parece esquemático ni planificado. El poeta *Marzo* documenta la historia de sus vivencias en muchas pequeñas composiciones, las cuales a menudo, debido a la intensidad con que él las percibe, están redactadas en tercera persona:

“El soldado psiquiátrico *Marzo* solicita ser dado de baja con honores gracias a su buena conducta. Su más humilde servidor. Alejandro”

Debido a que el autor es un especialista en psiquiatría y ha tenido experiencias directas en el propio establecimiento, en la novela no aparecen descripciones altisonantes o sobrecargadas de emoción. Más bien pareciera que se deja entrever una ligera esperanza personal, cuando el doctor Kofler anota en su diario:

“Hay una semejanza en las vivencias, que me hace interesarme en *Marzo*.”

El estilo narrativo de la novela se puede denominar como el de una observación llena de simpatía, que no le teme ni a las contradicciones ni a la crítica, debido a que precisamente de ellas surgen por lo general importantes momentos de comprensión, sobre todo en relación a las barreras de comunicación interpersonal existentes en la vida diaria del establecimiento. Lo anterior lo documenta Kofler en sus notas sobre "Equívocos y falsas interpretaciones psiquiátricas". Por ejemplo:

"Cuando le pregunté a *Marzo*, quien se sentía afectado por fuerzas sobrenaturales, si realmente creía que existían los espíritus y otras fuerzas sobrenaturales que actuaban contra él, me respondió que al fin y al cabo él también era un espíritu y una fuerza sobrenatural. Y sonrió."

En el ámbito de la clínica muy raras veces se puede romper la distancia existente entre el paciente y el psiquiatra, en gran parte debido al muro psicocultural que interpone la interacción dirigida por el médico en la cual tanto los síntomas "objetivables" como las minuciosas normas de trato institucional actúan como formas de comunicación, dificultando hasta lo imposible cualquier intento de comunicación directa.

"*Marzo*. Exploración.

—¿Quién es una persona normal, señor *Marzo*?

—Una persona sana es aquella que no tiene que venir a Lohberg.

—Por lo tanto, ¿usted no es una persona sana?

—Yo fui internado en la clínica, porque estaba a punto de sanar.

—Y yo como médico en Lohberg, ¿puedo considerarme sano?

—No.

—¿Qué deficiencia tengo?

—Usted, señor doctor, está totalmente embebido en su medicina y a menudo no lo quiere creer."

La última afirmación conmovió íntimamente al doctor Kofler quien la escuchó y guardó silencio. La forma aprendida de comportamiento médico e institucional no le permite adoptar, en una situación semejante, más que la actitud de un observador distante.

Quizás, para muchos pacientes, la clínica satisface la necesidad momentánea de recogerse en un momento de crisis. Pero, debido a que en la institución el aspecto custodial ocupa por lo general un ámbito mucho mayor que las actividades dedicadas al tratamiento, esa posibilidad de encontrar reposo temporal se convierte para los afectados a menudo en una trampa, de la cual no hay salida a corto plazo, sino que de acuerdo a leyes propias de las "islas de lo irracional".

La aceptación irreflexiva del asilo (como lugar de exclusión) por parte del cuerpo médico bien podría considerarse de mayor significado que la aceptación de un simple e irrefutable golpe del destino. En tanto que en el ámbito institucional el proceso de recuperación de la salud del enfermo mental no se efectúa en el ambiente social propio del afectado y el posible tratamiento queda prácticamente socavado por el acto de la exclusión. En relación a esto, Hegel, al desarrollar la dialéctica de la salud y la enfermedad en el proceso psíquico nos enseñó lo siguiente:

"Por ello, el tratamiento psíquico verdadero mantiene el punto de vista de que la locura no es una pérdida abstracta de la razón, ni por el lado de la inteligencia ni por el de la voluntad y su responsabilidad moral, sino que se trata simplemente de la locura. En consecuencia, su tratamiento presupone que el enfermo es racional y sobre esa base es que se le puede llegar a comprender, como la corporeidad de lo viviente, que como tal contiene siempre alguna salud." (10)

Podemos suponer que en la forma en que el cuerpo médico se ha comprometido con el sistema de predetermi-

nar socialmente un ámbito geográfico para los que adolecen de enfermedades mentales —como lo es el asilo—, poco puede él cambiar en su estructura e implicaciones (11). Más bien parece que el marco de condiciones propias de los manicomios ha influido determinantemente en el desarrollo de las concepciones teóricas y prácticas de la actividad médica frente a la locura. Es posible que en ese marco de condiciones encontremos el origen de los curiosos planteamientos del enfoque psiquiátrico ya tradicional, según el cual la “gran psiquiatría” poco o nada tiene que ver con los procesos psicológicos de la vida cotidiana, sino que debe ocuparse casi exclusivamente de las graves perturbaciones de comportamiento y comunicación, que además se dan en los “reservados psiquiátricos”, es decir, en el lugar donde viven conformes, a veces la vida entera, segregados del “mundanal ruido”, psiquiatras, enfermeros y administradores, quienes desarrollan y mantienen una cultura propia, entre otras cosas caracterizada por el “nihilismo terapéutico” en su trato con los pacientes. Como es sabido, los enfermos mentales que caen en ese marco de condiciones adquieren rápidamente ciertas pautas de conducta establecidas por el encierro, con lo cual los conocimientos psiquiátricos desarrollados al interior del manicomio mantienen su validez no cuestionada y los “pacientes” se deben adaptar más o menos pasivamente a su destino infausto (12).

Como analogía, si un etólogo realizara sus observaciones sobre el comportamiento animal en un zoológico, donde los animales viven enjaulados en condiciones muy estrechas, y luego pretendiera que sus conclusiones tuvieran validez universal, ¿podría ser tomado en serio y respetado como autoridad competente? Sin embargo y en términos más generales, ¿es posible vislumbrar otras formas de trato social, con las personas cuyo comportamiento es notoriamente disímil, que no sea la de aislarlos geográficamente para documentar su conducta como “anormal”?

Algunos cambios ocurridos, tanto en el interior de los propios manicomios como fuera de ellos, demuestra que esta actitud sociocultural adoptada en Europa frente a los

“locos” no se debe considerar irrevocable. A continuación, trataremos de exponer los rasgos fundamentales de dichos cambios.

II. Dialéctica de la superación sociocultural del manicomio en Europa

El proceso para superar al manicomio tradicional como rasgo característico e imprescindible de la Europa civilizada comenzó, aproximadamente, hace unos 35 años.

Fue, sobre todo, en los países anglosajones donde, en aquel entonces, se intentó convertir a los establecimientos cerrados en “comunidades terapéuticas”, lo que trajo consigo una enorme distensión de las rígidas reglas y preceptos utilizados hasta entonces para articular autoritariamente la vida de las personas asiladas y al margen de la sociedad.

Tras la Segunda Guerra Mundial, durante la fase de la reestructuración y consiguiente reorientación, en Inglaterra se recuestionaron muchos temas político-culturales, en cuya solución se trabajó de manera pragmática y con base en la experiencia colectiva ganada durante la guerra. Se fundó el Servicio Nacional de Salud, en el cual quedó incluido el tratamiento terapéutico de los enfermos mentales a través de la introducción de la *Disabled Person Act*. De esa manera, los enfermos mentales obtuvieron por primera vez un marco de condiciones legales, donde también se hacía referencia explícita a programas de rehabilitación fuera de la clínica, o sea, superando el hasta entonces habitual aislamiento del enfermo mental.

Prácticamente se percibió al manicomio como a una institución donde deberían hacerse serios esfuerzos para reincorporar a la sociedad a quienes hasta entonces habían sido excluidos de ella. La “comunidad terapéutica” se puso como meta promover la gradual superación de los muros del establecimiento e impulsar con la sociedad un diálogo sobre el significado que tienen los padecimientos psíquicos para el bienestar común.

Mediante la modernización y la humanización de las condiciones de vida en la institución (13), así como a tra-

vés de un trabajo público bien orientado, se trató de desmontar el carácter apodíctico que el manicomio tenía en la conciencia de la población y se consiguió que la comprensión que había surgido durante la guerra para el "comportamiento desviado" no cayese en el olvido. La comunidad terapéutica fue introducida en muchas clínicas como una prometedora posibilidad para superar al manicomio (14). Se abrieron las puertas y se cultivó la hospitalidad ("días de puertas abiertas"), ya que había que dismantelar el anatema que durante siglos había pendido simbólicamente sobre el manicomio:

"Lasciatte ogni speranza, voi che entrate"
("Quien entre aquí, que pierda toda esperanza")

Los intentos por reestructurar y modernizar el establecimiento psiquiátrico se emprendieron durante la postguerra especialmente en el área anglosajona y fueron acogidos por algunas instituciones asesoras internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el informe sobre la situación de la salud psíquica en sus países miembros (1953), los expertos de la OMS hacen una recomendación —apoyada sobre la evaluación de las experiencias de modernización y humanización de dichos establecimientos— en el sentido de que las clínicas psiquiátricas deberían trabajar como comunidades terapéuticas, con el fin de preocuparse por la preservación de la individualidad del paciente, es decir, estimular su responsabilidad e iniciativa y dejar claro el derecho que poseen a ser dignos de confianza. También debería asegurarse que el paciente estuviera en capacidad de dedicarse a una actividad regular, por medio de la cual pudiera promoverse su reintegración social.

En cuanto a estas perspectivas de reforma institucional también debe ser mencionado que ellas estuvieron dominadas por unas explícitas pretensiones de eficiencia, de manera que estructuralmente solo podían aplicarse donde también era de hecho posible una resocialización económica de los reclusos, o sea, donde éstos podían ser incluidos sin problemas en actividades productivas.

Por otra parte y para entender mejor la situación socio-cultural de la post-guerra, es importante señalar dos aspectos relevantes. Primero, por aquel entonces se llevaron a cabo estudios sobre el microuniverso del manicomio, preponderantemente aplicando el método de la observación participante (15). Esos estudios proporcionaron una sólida base testimonial para cuestionar de manera pública y masiva las condiciones de vida en los "museos de la locura" (16), tanto desde la perspectiva ética como desde la terapéutica. De otra parte, se realizaron algunas experiencias en la gestión de terapias psicosociales, propendiendo a que en el trabajo terapéutico cotidiano se borraran las fronteras entre categorías como normalidad y desviación y, en consecuencia, las jerarquías entre paciente y terapeuta (17). De esa manera fue posible que, por primera vez, se desarrollara una situación similar a la que se da en *Sala N° 6*, con la diferencia de que en esta ocasión la opinión pública reaccionó con mayor flexibilidad y permitió que la experiencia a flor de piel con la locura se afianzara, de manera que el conocimiento obtenido de esta praxis de convivencia no fuera destruido en embrión. Así, por ejemplo, se pudo percibir el significado que la comunicación directa y empática tiene para un tratamiento psiquiátrico basado en la comprensión (18). Así como que es precisamente en la situación de crisis cuando la necesidad de aceptación y de comunicación son más intensas en los afectados y que, por tanto, se hace muy necesario superar el habitual nihilismo terapéutico y buscar nuevos rumbos en la praxis psiquiátrica.

En resumen, se puede sostener que la comunidad terapéutica se pudo desarrollar en una atmósfera psicocultural de espíritu abierto y transcurrió paralelamente a una multifacética renovación psiquiátrica.

La comunidad terapéutica se puede considerar como un ensayo de transformar de modo global y profundo, desde la perspectiva de la sociología y psicología operacional, a la "isla de lo irracional" existente hasta el momento, hacia una entidad moderna, la cual debería señalar el camino hacia una institución más eficiente. Sin embargo,

ese ensayo no logró introducir cambios sustanciales en la praxis de la exclusión de las personas, cuando la reintegración social y laboral de los reclusos no contaba con los medios suficientes y necesarios (19).

A diferencia de Inglaterra, en Italia después de la guerra en la población no se cuestionó mayormente el problema de los enfermos mentales y la situación de los manicomios. Más bien, la nueva estructuración de la vida pública no le puso atención al tema de la salud psíquica, manteniendo incuestionada vigencia la ley de 1904. Presumiblemente, los políticos actuaron así confiando en la conocida tolerancia con los perturbados psíquicos, existente dentro de la gran familia tradicional y tratando de que la responsabilidad de su atención recayese sobre ese sector (20).

El panorama psicocultural se mostraba como perseverando en las formas más tradicionales. En la conciencia de la población, los manicomios tenían un significado firmemente establecido, aún cuando se prefería no hablar de ellos. Se les consideraba un mal necesario. Tampoco entre el personal especializado había nadie que se mostrara dispuesto a cuestionar profundamente la situación existente. La tríada demente-psiquiatra-manicomio mantenía su validez en el trato social con lo extraño y no manejable de los hombres.

No fue sino hasta principios de los '60 que se manifestaron algunos signos de cambio. El desarrollo económico registró entonces una tendencia ascendente y el clima sociocultural adquirió una creciente flexibilidad y una apertura para discutir los problemas sociales.

Eran los tiempos del llamado "milagro económico italiano", el que trajo consigo transformaciones estructurales a todo nivel. Por ejemplo, fue en esos años que los sistemas informativo y de educación fueron replanteados, con el fin de adaptarse a las necesidades de la época industrial moderna.

Dentro de este clima político-social de transformaciones, se constituyó el C.A.R.M. (*Comitato Anti-Ricovero Manicomiale* - Comité Contra el Internamiento en el Manicomio), el cual pronto se convirtió en una de las inicia-

tivas más importantes para la transformación global de la atención psiquiátrica. C.A.R.M. es una organización de autoayuda. Su núcleo director está formado por antiguos pacientes, amigos y parientes de pacientes psiquiátricos. El *Partido Radical* le proporcionó apoyo logístico y en el trabajo público.

A través de la gestión del comité se produjo un profundo cuestionamiento político de las condiciones jurídicas de los pacientes en particular y de atención sanitaria en general, existentes en el ámbito psiquiátrico. Como prueba de su importancia social señalemos aquí que la organización logró reunir en 1978 unas 700.000 firmas de ciudadanos con derecho a votar, para la realización de un referéndum que condujera a la abolición de las leyes del internamiento forzoso y el confinamiento de los llamados enfermos mentales en clínicas psiquiátricas.

Sobre esta base de conciencia del problema en la opinión pública, se pudo dar curso a nuevas iniciativas para la constitución de los servicios psicosociales. Ante todo, se trató de integrar algunas sugerencias provenientes de los conceptos de la comunidad terapéutica (Inglaterra) y la psiquiatría territorial (21) (Francia).

La nueva conformación de la atención psiquiátrica, sobre todo dentro de los propios manicomios, comenzó fundamentalmente en el norte de Italia. Gorizia cumplió en esto una especie de función precursora, ya que en ese lugar, desde principios de 1961, ya no se llevaron a cabo más discusiones metafísicas sobre la esencia de la locura y su "incomensurabilidad" comprobada —como es usual entre colegas—, sino que el personal psiquiátrico discutió abiertamente acerca de las condiciones existentes en el manicomio y desarrolló concretamente el interés de trabajar por el mejoramiento de las condiciones de vida de los internos y de cuestionar el papel y el significado del personal especializado de la institución.

Con ello, la praxis de la exclusión sufrió una notable distensión y se estableció una comunicación permanente entre el "interior" y el "exterior".

Testigos presenciales de la vida dentro de las instituciones manicomiales se dirigieron a la opinión pública y

pusieron al descubierto, entre otras cosas, los ritos absurdos de un orden estancado, por medio de los cuales se sometía a los reclusos de los manicomios a un horario colectivo represivo, previsto hasta en sus mínimos detalles:

“Anteriormente aquí estábamos prácticamente encarcelados, vivíamos tras rejas y eso no era lo peor: en la sala de espera nos hacinábamos hasta unos 80 hombres... Ni siquiera a los servicios sanitarios podíamos ir solos. Y luego, a las 5 de la tarde se servía la cena y después inmediatamente a los dormitorios, incluso en verano, cuando todavía quedaban unas 3 horas más de sol... A menudo yo salía al aire libre, a respirar un poco, pero siempre llegaba de inmediato alguien para encerrarme otra vez.” (Andrea, paciente por muchos años de la Clínica de Gorizia, en 1968) (22).

La misma compartimentación de las existencias al interior de los manicomios —el aislamiento progresivo de los reclusos por medio de una masificación destructora de la identidad, el mantenimiento de una elevada barrera jerárquica entre los médicos y el personal de servicio— pudo también ser desmontada lentamente a través de un prolongado proceso de trabajo conjunto de todos los participantes y afectados.

Un antiguo asistente expresa una de las consecuencias de esos esfuerzos colectivos:

“Ante todo hubo una mejora de las relaciones interpersonales; los enfermos se volvieron más comunicativos. Anteriormente, en las salas de espera de las secciones cerradas se daban por momentos, terribles algarabías y en ocasiones un silencio absoluto; todos se mostraban como ensimismados... Cuando se dio la apertura cada recluso que abandonaba la sala tenía la necesidad de que otros le acompañaran. Comenzaron a salir en pequeños grupos de dos,

tres ó cuatro y, en esos grupos, se dieron las primeras conversaciones; platicaban entre ellos. Surgió algo así como relaciones sociales (23).

También se establecieron nuevas formas de relaciones entre los reclusos, los cuidadores y los médicos. A través de la celebración de asambleas generales se desarrolló una comprensión cada vez mayor sobre el significado existencial que había tenido la rígida compartimentación hasta entonces existente en el manicomio y gracias a la comunicación establecida con la sociedad "exterior" se logró romper el cerco de silencio que, hasta ese momento, rodeaba a los internados en su aislamiento absoluto.

Por supuesto que estos esfuerzos solo pudieron realizarse a través de la superación activa de profundas contradicciones, ya que la praxis de la exclusión implementada hasta entonces había afectado hondamente a todos los participantes. En el ejemplo de los intentos de dar de alta a pacientes que ya tenían 20 ó más años de estar reclusos, se puede apreciar bien la profundidad de las contradicciones que surgieron. En esas condiciones, la salida del microcosmos del manicomio a la sociedad exterior, no se puede realizar mediante un simple acto burocrático; más bien, la maduración personal de esa separación/liberación solo es posible mediante la creación de una nueva relación que se establece entre la sociedad "exterior" y el centro de reclusión y que es integrada en la conciencia personal de cada ex recluso en su proceso de reintegración social.

Por esa razón, los efectos de la "humanización de la institución", no pudieron quedarse entre las cuatro paredes, sino que tuvieron una amplia y variada receptividad en la opinión pública. Se propendió a una sensibilización duradera en la cultura psicosocial en relación a los problemas de los reclusos. Los medios de masas no solo se abocaron, como es usual, a difundir el aspecto sensacionalista y difamatorio de los hechos, sino la percepción de los afectados como parte de la sociedad.

“La situación de los enfermos mentales en Italia es, de hecho, escandalosa. Son los únicos enfermos a los que se les niega el derecho a su enfermedad, pues se les considera ‘peligrosos para sí mismos y para otros’ y, además, como un ‘escándalo público’.

Los encerramos bajo cuatro llaves y —para no tener que preocuparnos de sus problemas— los manejamos como si fueran ‘paquetes’, tal como lo expresó una paciente en Gorizia. En pocas palabras, los convertimos en ‘objetos’ y dejamos que el incierto destino se encargue de ellos...” (24)

Empero, quienes participaron en la transformación práctica de la comunidad terapéutica en Gorizia descubrieron, a través de un largo proceso, que los hospitales psiquiátricos en Italia no constituían “islas de lo irracional” coercitivamente reglamentadas dentro de una geografía ordenada rigurosamente, sino que los manicomios más bien deberían considerarse como colonias caídas en el olvido de la cultura civilizada. En el sombrío ámbito de los proscriptos en esas instituciones, se mezclaban de una forma paradigmática las fronteras entre la pobreza y la desviación psíquica, el infortunio personal y la condena institucionalizada. No se descubría más que miseria humana, potencializada por la violencia estructural y la soledad. A ello habría que agregar que, al igual que en una isla de desterrados, la sociedad prácticamente no estaba en capacidad de reincorporar nuevamente a los excluidos al trabajo productivo. Eran los marginados mismos quienes tenían que preocuparse por su reintegración social, porque nadie lo haría por ellos.

Incluso, en abril de 1967, Basaglia describía el marco de condiciones existente en Italia, de la manera siguiente:

“...Sin embargo, en Italia todavía nos mantenemos inhibidos por un escepticismo y una desidia injustificadas. Ese estado de ánimo solo se puede explicar por medio de las condiciones socioeconómi-

cas: nuestro sistema social, que todavía se encuentra muy lejos del pleno empleo, no puede tener ni el menor interés en la rehabilitación de los enfermos mentales, ya que éstos no podrían ser absorbidos en una sociedad en la cual el problema de los puestos de trabajo no está resuelto ni siquiera para sus miembros sanos." (25)

A partir de ese conocimiento, en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia se desarrolló un proceso de transformaciones radicales, que Pirella (1968) califica como una negación de la institución tradicional:

"Con ello queda claro que las posiciones iniciales y la posterior 'transformación' del establecimiento, no surgieron de intenciones ya acabadas y basadas en la experiencia, sino más bien del rechazo y la negación. El punto de contacto con el modelo anglosajón, únicamente se considera como un punto de partida y de ninguna manera como un ensayo de reestructuración articulado, es decir, realizado. La negación no contenía ningún 'positivo' con el cual se pudiera orientar, sino el rechazo simple y directo de permitir que la institución se mantuviera inalterada toda una eternidad. Era, pues, el intento de cambiarla mediante un cuestionamiento permanente... La negación práctica que día a día se hace del establecimiento tradicional, va dejando algunas experiencias... un número cada vez mayor de personas (pacientes, familiares, especialistas, políticos) se ven involucrados. Y todo esto adquiere un significado precisamente porque logra cambiar cualitativamente la cantidad opaca, elemental: el número de secciones abiertas, el número de los que empiezan a pensar dialécticamente, el número de pacientes que participan en diversas actividades de manera independiente de cualquier sugerencia paternalista o seudotécnica directa." (26)

Los esfuerzos por crear condiciones más humanas para los reclusos dentro de la institución y el desarrollo de una nueva actitud para el trato con los marginados y los enfermos mentales, que fuese aceptada tanto por el personal psiquiátrico como por la población en general, se prolongaron durante una década.

En su sentido más amplio, las nuevas experiencias en el trato con los pacientes psiquiátricos ofrecieron una base concreta para realizar una profunda discusión política y científica sobre el sentido y significado de conceptos como aislamiento, desviación, normalidad, sufrimiento psíquico, adaptación prescrita, etc., que todavía se mantiene.

Esta interacción entre la sociedad en general y la nueva práctica psiquiátrica condujo en Gorizia a una profunda transformación en el medio ambiente psicocultural: de una parte, en el sentido de que la población llegó a integrar en su percepción conciente la problemática del manicomio y de sus reclusos, o sea, que ya no la excluyó como antaño de su visión de las cosas; y de la otra, porque quienes laboran en las actividades psiquiátricas extrajeron de su nueva práctica la convicción de que la mayoría de los reclusos pueden volver a incorporarse a la sociedad, aun cuando para ello se hiciese necesario crear condiciones ambulantes para atenderlos y poder asegurarles la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para la gran mayoría de los reclusos en el manicomio se evidenció como absurda su permanencia en él, una vez que las condiciones materiales "exteriores" hicieron posible su salida después de 10 años de esfuerzos reintegrativos.

En 1961, en el manicomio de Gorizia había más de 600 pacientes. Diez años más tarde todavía permanecían allí 440 personas, la mayoría de los cuales no había salido por la exclusiva razón de que no encontraban posibilidades de vivir fuera de la institución.

Pues a pesar de todo, por mucho que los "operatori" y la administración general se habían comprometido, sobre la base de un involucramiento cada vez mayor de la

población, en la conformación de una comunidad terapéutica, dicha administración general no pudo ni quiso echarse sobre los hombros el riesgo de disolver el establecimiento y se negó resueltamente a proporcionar los medios necesarios para sustituir la institución a través de clínicas ambulantes, costear viviendas y responsabilizarse por la atención permanente en los casos de pacientes que requiriesen todavía un tratamiento ambulatorio prolongado.

Esta controversia no pudo ser solucionada, produciéndose en 1972 un conflicto insoluble entre la administración general y el personal de planta de la clínica, lo que llevó a una suspensión del trabajo conjunto. La administración general nombró un nuevo personal de planta y trató de mantener el *status quo*. Los "operatori" encontraron oportunidades de aplicar su experiencia de una nueva práctica psiquiátrica en otros lugares del norte de Italia (27).

De esa manera, las experiencias acumuladas en Gorizia sobre el nuevo trato, tanto con los asilados como con la población, pronto se difundieron por todo el norte de Italia.

Como consecuencia de ello, el significado, tanto social como médico, de la institución del manicomio fue cuestionado (28). Además, mediante un diálogo permanente con la población, se puso también en duda el carácter supuestamente inevitable del proceso social de exclusión de los "locos".

Como un resultado ejemplar de este movimiento psiquiátrico de proporciones, vamos a describir aquí el nuevo planteamiento de servicios impulsado en Trieste, a partir de 1971. Pues ya desde 1980, Trieste se convirtió en la primera provincia del norte de Italia que ha podido sustituir totalmente al manicomio, creando un sistema ambulante de atención psicosocial, y en la actualidad ofrece un panorama psicosocial totalmente diferente: sin manicomios. Muchas otras provincias del norte de Italia han podido entretanto superar el imperativo cultural y social del manicomio (29), la situación de Trieste reviste aquí un valor de ejemplo histórico.

III. Y sin embargo, se justifica... Notas de viaje sobre el nuevo panorama psicocultural sin manicomio en Trieste

¿Trieste? Sí, es la ciudad donde he visto a más locos en las calles. Sin embargo, todo parecía andar a plena normalidad... (comunicación personal, Gunter Schmidt).

La praxis de la exclusión y del aislamiento en islas de lo irracional tiene una tradición de siglos en Europa. Se puede considerar que a través de esta praxis han surgido y se han enraizado muchos prejuicios sobre los así llamados locos, en la percepción psicocultural de la población en general. Incontables personas han sido ya condenadas a vivir su vida entera en un manicomio, no habiéndose iniciado sino hasta tiempos recientes un cuestionamiento de las condiciones existentes en esas instituciones, específicamente por parte del personal terapéutico. Habitualmente sin embargo, cuando ese personal percibe que sus esfuerzos por reintegrar a las personas que les han sido encomendadas, en lugar de ser estimulados por la institución más bien son obstaculizados, vacilan en su voluntad por cambiar el *status quo*: la tradición cultural de la praxis de la exclusión también hace presa de ellos.

Ahora bien; ¿cómo se configura un panorama psicocultural sin manicomio?

Para responder de manera satisfactoria a esta pregunta, consideraré que valía la pena dar un vistazo algo dilatado por la ciudad-provincia de Trieste. Esta reflexión fue la que me decidió a emprender un viaje de estudio a ese lugar.

Sabiendo que desde hacía cuatro años en Trieste ya no existía ningún manicomio y que, por decirlo así, esa situación se había vuelto cotidiana, decidí visitar esa provincia italiana en la primavera de 1984. Mi principal interés no se basaba en la euforia inicial porque allí se hubiera logrado la gesta revolucionaria de superar el manicomio, sino que, lo que me parecía más interesante, fue el poder constatar cuál era el trato que se le daba a quie-

nes padecían trastornos psíquicos y si la nueva atención psicosocial efectivamente reintegraba al paciente/usuario, no sólo desde el punto de vista de un trabajo permanente, sino en todos los demás aspectos de la vida diaria de la ciudad.

No se trata aquí de presentar un modelo para su implementación repetitivista y vicaria. Lo que intentaremos hacer es reconstruir el proceso que llevó a esa eliminación consecuyente del manicomio, a través del análisis de las condiciones que lo hicieron posible. La atención psiquiátrica se encuentra en un período de transición en toda Europa, por lo que consideramos que es conveniente que nos ocupemos de manera concreta con algunos acontecimientos de trascendental importancia en su respectivo lugar de origen.

Expondremos los cinco aspectos siguientes:

1. La provincia de Trieste: una breve introducción.
2. La transformación del servicio de atención psicosocial en términos sistémico-organizativos.
3. La reconstrucción del proceso según los actores.
4. La atención psicosocial en la actualidad. Y
5. Notas de viaje: Algunas impresiones y reflexiones sobre este lugar sin hospital psiquiátrico.

La mayor parte de la información de este capítulo se la debo a María Grazia y Lorenzo (interlocutores críticos con quienes conversé ampliamente durante mi estadía en Trieste), así como a las publicaciones del equipo coordinado por Diana Mauri (30).

1. *La provincia de Trieste: breve introducción.*

La provincia italiana de Trieste tiene 280.385 habitantes sobre una superficie de 211,3 km². En la ciudad, la densidad de población es de 3.215 h/km². En las últimas décadas el desarrollo de Trieste ha estado determinado por dos acontecimientos de gran importancia.

El primero se refiere a su situación geográfica. Des-

de que finalizó la Segunda Guerra Mundial, Trieste constituye la región fronteriza con Yugoslavia. En tiempos pasados, la provincia mantuvo vínculos estrechos con Austria. A través de su azarosa historia se ha ido constituyendo una población proveniente de diversos ámbitos culturales, en la cual, por ejemplo, la minoría eslovena es muy importante. Debido a que en la región fronteriza del lado yugoslavo priva una situación de signo contrario (una parte significativa de la población es italiana), en toda la región fronteriza se ha dado un desarrollo sociocultural peculiar, seguramente de importancia al considerarse la cuestión del aislamiento y la delimitación de los llamados excéntricos en la sociedad contemporánea de Trieste.

El segundo acontecimiento se refiere a la historia y el desarrollo económico de la provincia. Durante la época de los Habsburgos, Trieste gozó del status de un puerto importante de Austria, de tal manera que tanto la vida comercial como la cultural pudieron desarrollarse sobre una base sólida.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Trieste perdió ese status y se convirtió en un puerto más del Estado italiano, el que, prácticamente, se encuentra rodeado por mar. Pero también recibió aproximadamente unos 200.000 inmigrantes de otras partes de Europa, de los cuales finalmente unos 60.000 permanecieron en la ciudad.

La composición sociocultural de Trieste es muy compleja. Tal como ya lo hemos mencionado, los eslovenos constituyen el grupo minoritario de mayor importancia, que habitan en la región desde hace ya varios siglos. A ello hay que agregar la fuerte inmigración proveniente de otros lugares de Europa. Esta mezcla sociocultural pudiera ser el fundamento para la tolerancia que se observa en la población frente a las diversas formas de vida y costumbres sociales, así como para explicar la diversidad religiosa, ya que los tres grupos principales, católicos, protestantes y judíos están repartidos casi por igual en la población. Pero la tolerancia recíproca con que se maneja la diversidad sociocultural, posiblemente también tiene que ver, entre otras cosas, con la tradición de ideario ilustrado de la provincia.

Sin embargo, las condiciones económicas de la región pueden considerarse algo precarias. En abril de 1983, sólo cerca del 30 % de la población estaba empleada, en tanto que el 43 % ya se encontraba jubilada. La mayoría de las posibilidades de trabajo, se encontraban en el llamado sector terciario (comercio, servicios, seguros, bancos, etc.). El sector industrial padece una fuerte contracción. El número de ancianos que viven solos es bastante elevado. Sin embargo, a través de las iniciativas de autoayuda en el vecindario, muchos de los momentos conflictivos que se dan pueden resolverse de manera no-burocrática, manteniéndose para los ancianos una forma de involucramiento sociocultural.

En pocas palabras, parece incluso paradójal que una ciudad provincia como Trieste implemente un cambio radical en el trato social con la locura, precisamente en tiempos de declinación de su poder económico. Pero quizás haya sido precisamente este proceso de contracción de recursos lo que ha ayudado a buscar soluciones nuevas, más acordes a las condiciones sociopolíticas y psicoculturales de la región en la etapa histórica de los setenta en adelante.

2. *La transformación del servicio de atención psicosocial en términos sistémico-organizativos*

Esto se puede exponer con mayor claridad a través de gráficas comentadas.

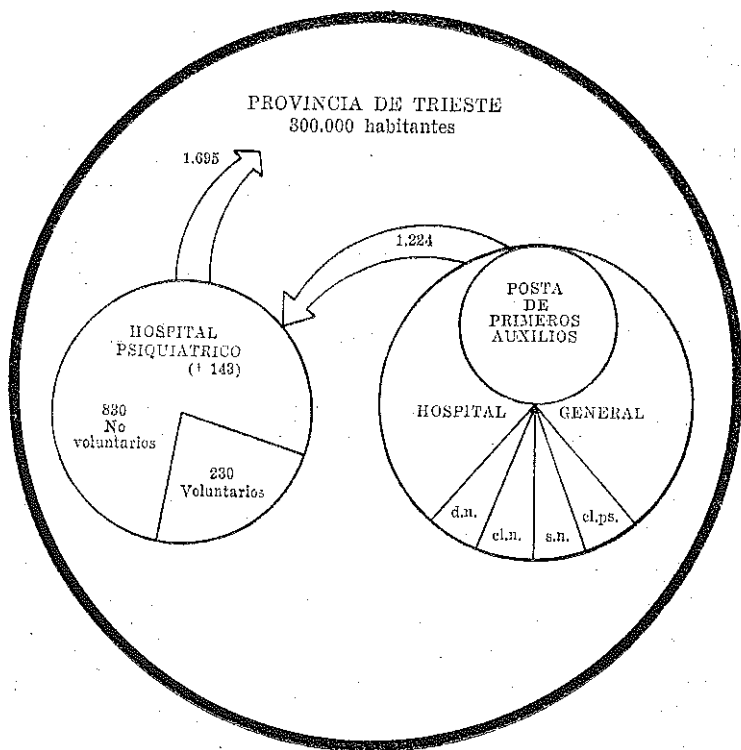
En la provincia de Trieste hasta 1971 se dispensaba a las personas que actuaban de manera incongruente el tratamiento tradicional: hasta esa fecha, aproximadamente un 0,5 % del total de la población se encontraba recluida y bajo cuidados institucionales, separada de la población "normal" (véase Gráfico 1 en página 136).

El lugar a donde primero se remitían y de donde eran distribuidos los pacientes era el Servicio de Primeros Auxilios (o Emergencia) del Hospital General.

Allí se llevaba a todas las personas a las cuales se les quería brindar ayuda médica urgente.

También llegaban a ese servicio las llamadas "emergencias psiquiátricas". La mayoría de ellas eran remitidas directamente al Hospital Psiquiátrico, en donde por regla general eran sometidas a una observación diagnóstica más detenida y que duraba un tiempo.

GRÁFICO 1
 CIFRAS DE INGRESOS Y ALTAS
 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO - 1971



Abreviaturas: d.n.: departamento neurológico; cl.n.: clínica neurológica; s.n.: sanatorio neurológico y cl.ps.: clínica psiquiátrica

La composición de los pacientes en el Hospital Psiquiátrico muestra un total de 230 que están voluntaria-

mente internados comparado con 830 que no están por su voluntad. (La elevada tasa de mortalidad de aproximadamente el 15 % puede tomarse como un indicador de las condiciones generales de vida en la institución.)

En 1971 se comenzó a enviar a algunos pacientes al primer Centro Ambulante (llamado entonces *Centro d'igiene mentale*). Tres años después, en 1974, podemos señalar notables cambios operados en la atención psicosocial. El Servicio de Emergencia del Hospital General todavía continúa remitiendo pacientes al Hospital Psiquiátrico. Pero la situación en este último está cambiando. En esos momentos ya se diferencia entre "huéspedes" y "voluntarios", con lo cual los primeros quedan, incluso, semánticamente excluidos de poder permanecer por mucho tiempo en la institución. En comparación con 1971, el porcentaje de "voluntarios" ha crecido: en 1974, únicamente la octava parte de los antiguos "no voluntarios" mantienen todavía ese status (véase Gráfico 2 en página 138).

Por entonces se comenzó a realizar esfuerzos dirigidos a reintegrar a los reclusos en el manicomio a la comunidad, con lo cual se pudieron remitir a las instalaciones ambulantes de las seis zonas, un 20 % de "las existencias en pacientes".

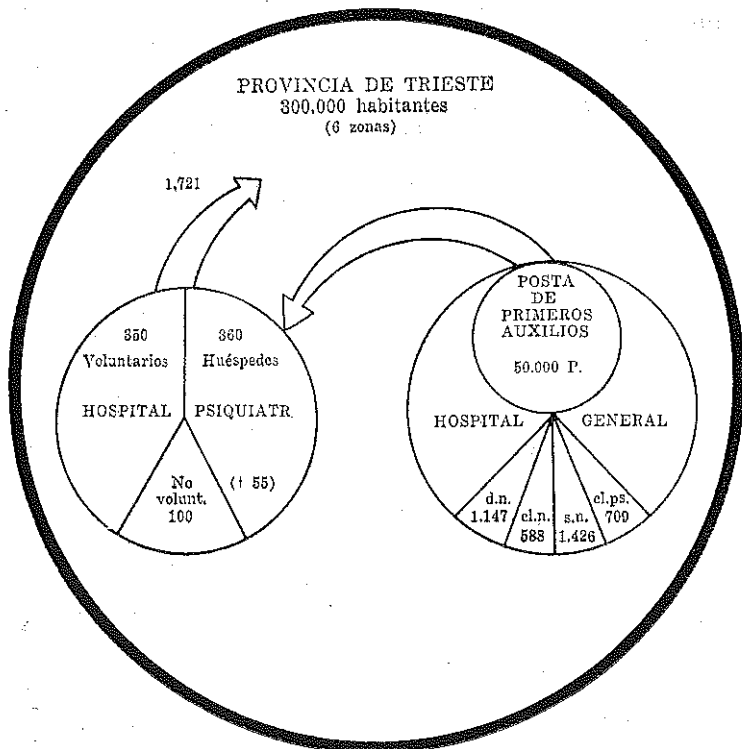
Ya en 1977 se puede comprobar la consolidación del proceso de cambios en la atención psicosocial.

Desde el punto de vista organizativo se introdujo un Servicio para Diagnóstico Psiquiátrico entre el Servicio de Emergencia y los nuevos Servicios Psiquiátricos organizados. De esa manera se pudo hacer más expedito el proceso de admisión selectiva y enviar a una parte importante de las personas examinadas psiquiátricamente, a las secciones especializadas del Hospital General (1.144) y ya separar a un grupo más pequeño para darle atención psicosocial (492) en los centros ambulatorios (véase Gráfico 3 en página 139).

Se asignaron seis lugares ubicados en distintos sectores para prestar la atención psicosocial ambulante (*Centri di salute mentale*). Los usuarios llegaban a ellos o bien porque el psiquiatra del S.D.S. los remitía directamente, o bien porque el paciente era primero enviado a

GRÁFICO 2

CIFRAS DE INGRESOS Y ALTAS
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO - 1974
REDISTRIBUCION ORGANIZATIVA
DEL HOSPITAL GENERAL



Abreviaturas: d.n.: departamento neurológico; cl.n.: clínica neurológica; s.n.: sanatorio neurológico y cl.ps.: clínica psiquiátrica

casa y se le pedía que se pusiera en contacto sin dilación con el centro sectorial correspondiente.

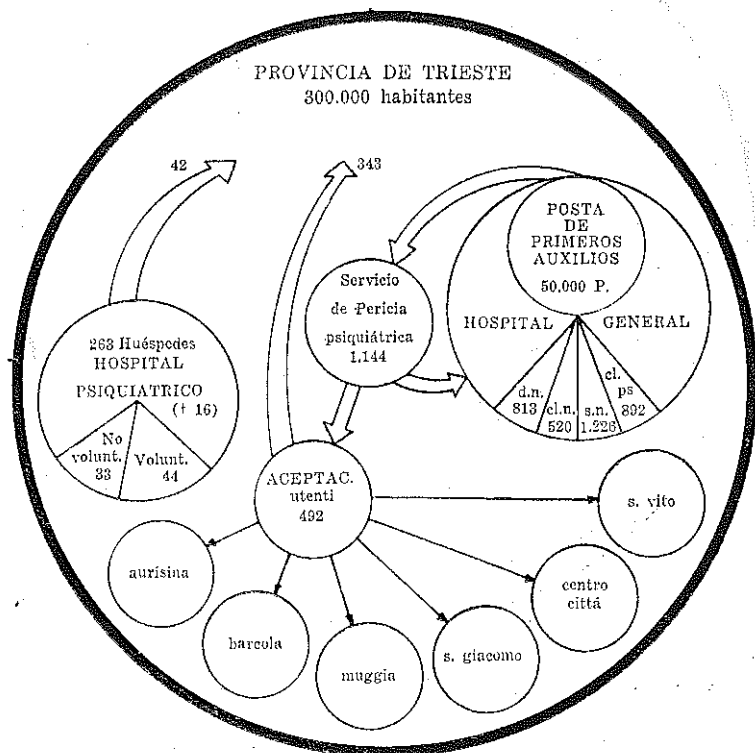
La situación en el Hospital Psiquiátrico se continuó modificando hasta 1977. Ese año la población del hospital ya sólo registra 33 pacientes no voluntarios, 44 volun-

tarios y 263 "huéspedes". En el mismo años se reintegran 42 personas a la comunidad.

Hacia 1980-81 se puede considerar que la organización de la atención psicosocial en la provincia de Trieste ha sido completamente psicotransformada (véase Gráfico 4 en página 140).

GRÁFICO 3

CIFRAS DE INGRESOS Y ALTAS
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
Y DEL REPARTO PSIQUIATRICO A TRAVES
DEL SERVICIO DE PERICIA PSIQUIATRICA - 1977

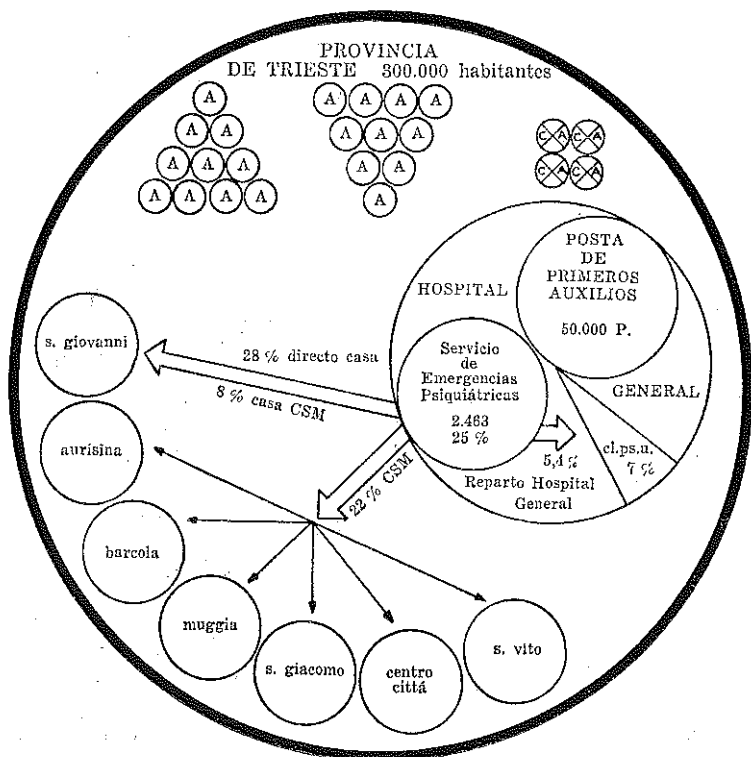


Abreviaturas: d.n.: departamento neurológico; cl.n.: clínica neurológica; s.n.: sanatorio neurológico y cl.ps.: clínica psiquiátrica.

Al Hospital General se le incorporó un Servicio Psiquiátrico de Emergencia, donde una cuarta parte de las

GRÁFICO 4

SERVICIO DE EMERGENCIA PSIQUIATRICA.
VOLUMEN Y DESTINACION DE USUARIOS
DEL SERVICIO DE 24 HORAS - 1980/1981



Abreviaturas: A: apartamentos; CA: casa albergue; CSM: centro de salud mental; cl.ps.u.: clínica psiquiátrica universitaria.

personas que se examinan pueden pernoctar. La posterior atención se lleva a cabo en los Centros Ambulantes.

A partir de entonces, ya no se remiten pacientes al

Hospital Psiquiátrico. Su papel y significado en la región va a ser absorbido en su totalidad —naturalmente de acuerdo con las nuevas condiciones— por las nuevas instalaciones.

3. *La reconstrucción histórica del proceso según los actores.*

Los actores han acuñado el concepto de desinstitucionalización (*de-instituzionalizzazione*) para designar al proceso de superación del hospital psiquiátrico y diferencian en él tres etapas: "obtención de carta de ciudadanía para los reclusos"; "de la tutela al convenio civil" y "atención psiquiátrica sin manicomio".

La primera fase se prolonga desde 1971 hasta 1974, año en el cual se introdujo la atención ambulante sectorial; en el curso de ella se reestructuró el manicomio y se elaboró un "reglamento" para los reclusos.

La etapa se caracteriza por una disposición general favorable a las transformaciones dentro de las instituciones mismas, las cuales activaron y comprometieron todos los recursos de que disponían. Se dan discusiones intensas sobre el sentido y el significado de la institución, como por ejemplo sobre la llamada pedagogía institucional y sobre la experiencia de Gorizia con la comunidad terapéutica al interior del manicomio.

Pero en el manicomio de Trieste pronto se desecha como irrelevante la posibilidad de crear una comunidad terapéutica. Los esfuerzos más bien se concentran en la creación de una atención alternativa para la región, que pueda paulatinamente asumir las funciones del manicomio tradicional. A menudo surgen fuertes diferencias entre los diversos actores (reclusos, enfermeros y médicos) en relación a la forma que debe adoptar el proyecto de reestructuración en su conjunto o en relación al tiempo en que puede realizarse. La forma en que se dirimen estas diferencias es mediante la discusión abierta y el esfuerzo colectivo por crear y cultivar contactos externos, esto es, con la "sociedad abierta".

El éxito más importante de esta primera consiste en el reconocimiento de los derechos ciudadanos generales para los reclusos, esto es, la carta de ciudadanía (*cittadinanza*).

No obstante que la mayor parte de las actividades anteriores se realizaron en la clínica, la tendencia a incorporar al resto de la población fue de gran importancia. La ciudad comenzó a tener un espacio dentro de la institución. Se abrió el manicomio a la opinión pública. Dentro del manicomio en proceso de transformación nacieron y se impulsaron gran variedad de iniciativas culturales. Se invitó a la población a que participara en la vida cultural de los reclusos dentro del recinto. Se organizaron conjuntamente fiestas, conciertos y se escenificaron piezas de teatro. Poco a poco se fueron restableciendo los contactos con los parientes más cercanos de los pacientes, y éstos a su vez salieron a la ciudad. Se fortaleció grandemente el trabajo para que los pacientes dados de alta pudieran reincorporarse al trabajo y tener una vivienda.

La segunda etapa se realiza entre 1975 y 1978, desde la apertura de los centros ambulantes para la promoción de la salud psicosocial, hasta la promulgación de la ley 180. Esta fase se caracteriza porque la municipalidad logra impulsar una "prosperidad de la emergencia" (*welfare d'emergenza*) que no sólo aceptaba esta forma de atención psiquiátrica, sino que también valoraba correctamente las ventajas económicas del nuevo desarrollo. Con la aprobación expresa de la municipalidad se reestructura la distribución del presupuesto para la atención psiquiátrica, de manera que la mayor parte de los recursos quedan a disposición de los servicios sectoriales. A pesar de ello, se tropieza con grandes dificultades en el proceso de reintegración de los reclusos, por ejemplo, para encontrar vivienda. La solicitud para ocupar viviendas deshabitadas de propiedad municipal, sólo es aceptada después de una prolongada pugna entre los pacientes y el personal de la clínica (todavía) de una parte, y la oficina municipal de la vivienda de la otra. Es interesante señalar que en este enfrentamiento la población del muni-

cipio se puso del lado de los antiguos reclusos de la clínica y manifestó una solidaridad activa frente a sus demandas.

El hecho de que la población en general se haya involucrado en los esfuerzos por superar la institución del manicomio, debe verse como uno de los primeros signos del cambio sicocultural en Trieste. Las nuevas experiencias en el trato —sin manicomio— con las personas de comportamiento disímil condujeron políticamente más allá de las fronteras de Trieste a nueva forma legal: la ley 180. Y si bien dicha ley difícilmente se podía poner en práctica de inmediato en toda Italia, dada la falta de recursos humanos y materiales necesarios para ello, en el norte del país sólo significó la adecuada sanción legal de un proceso sistemático de reestructuración que ya estaba en marcha.

Su título, *De la tutela al convenio civil*, indica que en esa fase se alcanzó un estatuto legal para la nueva situación psicosocial.

La tercera etapa que abarca de 1978 a nuestros días, consiste en lo fundamental en la ampliación y fortalecimiento de una red de atención ambulante, que se presenta como organización alternativa al manicomio. En detalle: en el primer mes de 1980 se cerró la oficina de admisión del hospital psiquiátrico, como la última parte de la antigua institución que todavía funcionaba, si bien en forma muy modificada. La clausura definitiva del manicomio va a ser posible y se va a consolidar, mediante una actividad ambulante e ininterrumpida, y por medio del establecimiento de un servicio psiquiátrico de emergencia permanente dentro del mismo hospital general. La transformación de la atención psicosocial se realiza a través de la transferencia, legalmente reconocida, de las obligaciones psiquiátricas de la clínica a los centros ambulantes en cada una de las regiones que deben atenderse. En la práctica, la atención sectorial es complementada mediante la habilitación de camas (un promedio de cinco por centro) para los casos en que sea necesaria una atención intensiva pasajera.

Esta fase se caracteriza por una dinámica que tien-

de a estabilizarse. Se puede prever una profundización de la interacción entre las instalaciones psicosociales ambulantes y otros organismos sociales, políticos y culturales.

4. *La atención psicosocial en la actualidad.*

Esta se garantiza en el marco de las dependencias siguientes:

a) Siete centros para la promoción de la salud mental (*Centri di saluti mentale*) o Centros Ambulantes, accesibles 24 horas al día y siete días a la semana, atendidos siempre por personal especializado. Constituyen la estructura fundamental para la atención psiquiátrica en la región. Los siete centros ambulantes integran una red de atención geográficamente articulada, atendiendo cada uno entre 20.000 y 45.000 habitantes. Cada centro hace anualmente un promedio de 6.000 visitas a las personas que lo requieren en sus propios domicilios.

b) Una unidad para enfrentar situaciones de emergencia (el servicio psiquiátrico de emergencia en servicio permanente), que tiene su sede en el hospital general y que cuenta con personal psiquiátrico de planta. Frente a cada nuevo ingreso aquí se recogen los datos de admisión y se hace una valoración diagnóstica de las circunstancias que han conducido al internamiento del paciente. Hay ocho camas a disposición que se pueden ocupar por un tiempo máximo de 24 horas. Así se busca lo más rápidamente posible contacto con el centro correspondiente, para evitar que la situación de crisis por la que atraviesa el paciente lo aisle y el tratamiento de emergencia adquiera un valor demasiado grande, lejos del ámbito social del paciente.

c) Instalaciones de servicio para un total de 289 personas, ancianos y antiguos pacientes de la clínica, consistentes en viviendas administradas individual o colectivamente.

d) 22 viviendas para antiguos pacientes, que estuvieron internados por muchos años en el hospital psiquiátrico.

e) Un equipo de psiquiatras para asesorar presidiarios.

f) Una sección de psiquiatría infantil con 40 camas en el hospital de niños, adscrita a la administración de salud pública local. Y

g) Una clínica psiquiátrica universitaria con 40 camas, también adscrita a la administración de salud pública de la localidad.

La responsabilidad por las primeras cinco instalaciones recae sobre el "Servizio di Salute Mentale".

Las últimas dos disfrutaban de autonomía. Sólo se encuentran asociadas a la administración de salud pública local en el aspecto técnico-administrativo. En el hospital general existen además dos secciones neurológicas, una adscrita a la Clínica Universitaria (30 camas) y la otra subordinada al Hospital y destinada al servicio general (53 camas). Finalmente, en la provincia de Trieste también hay 22 neuropsiquiatras activos.

Si comparamos la situación en que se encuentra actualmente la atención psiquiátrica con la situación prevaliente en 1973, podemos constatar que el número de camas para pacientes psiquiátricos ha disminuido en 1.400, de las cuales 1.200 correspondían al antiguo hospital psiquiátrico y 200 al sanatorio neurológico.

El desmantelamiento de las camas del hospital psiquiátrico se efectuó gradualmente y con el respaldo paulatino del establecimiento a la atención psiquiátrica ambulante en los seis sectores. Por eso, sólo se le puede considerar concluido en 1980, una vez que comenzó a funcionar el último centro ambulante.

Un estudio de cohorte realizado de enero de 1980 a abril de 1982, destinado a definir en forma diferenciada la demanda de atención en los centros psiquiátricos ambulantes, deja entrever dos aspectos interesantes: de una parte, registra que la población de mayor edad recurre con frecuencia a sus servicios; sólo el 5 % de la población de más de 65 años no tuvo en ningún momento contacto con algún centro en ese período (lo que tal vez es

un indicio de la aceptación de este servicio aún por los grupos de población menos "flexibles"). De la otra parte, el porcentaje de los pacientes a quienes se diagnosticó esquizofrenia permaneció invariable en comparación con anteriores encuestas: cerca de un 20 %. En cambio ha crecido el número de pacientes que sufren trastornos neuróticos y que requerían asistencia especializada. Esto se puede interpretar como una disminución del umbral inhibitorio frente a la atención psiquiátrica en los individuos implicados.

5. *Notas de viajes. Algunas impresiones y reflexiones sobre un lugar sin hospital psiquiátrico.*

Los nuevos conocimientos que extraje de mis experiencias con el ambiente psiquiátrico de Trieste, difícilmente se pueden incluir en la larga lista de informes y planteamientos profesionales ya existentes sobre el tema. Para hacerlos explícitos desearía abordar algunos aspectos del proceso de transformación psicocultural y así sentar bases para su discusión.

Parto pues con expresar una convicción: un cambio de tal profundidad no transcurre de manera mecánica de acuerdo con los planes elaborados por un pequeño grupo de vanguardistas, sino sólo a través de una amplia participación de la población en general, de los políticos y los portadores de opinión; además de que debe probar su eficacia durante un largo período, hasta decantar como una nueva forma de cultura general en el trato social con la gente diversa en la vida cotidiana.

Gracias a las conversaciones sostenidas con algunos trabajadores de los *Centri di salute mentale* y a la observación participante de sus actividades cotidianas, pronto pude formarme una idea de lo que en general se puede llamar la posición y la actitud que mantiene este personal ante quienes sufren padecimientos psíquicos. Y pude darme cuenta en qué medida depende el "encuentro" tanto del marco de condiciones en que tiene efecto, como de

las orientaciones culturales que posibilitan la comprensión y organización del trabajo psicosocial en términos de intercambio cotidiano entre "usuarios" y "operadores" del servicio.

a) Sobre el contexto sociopolítico: mis interlocutores con frecuencia se referían con orgullo a sus políticos. Estos cultivan una tradición de equilibrios ingeniosos y decisiones osadas, que ha hecho aparecer el norte de Italia como mucho más tolerante en el enfoque de la situación social y en el desarrollo de audaces ensayos de renovación. Este hecho lo explicaban recordando la rica tradición de navegantes que siempre ha tenido la región. Incluso en tiempos precarios los políticos —comerciantes que durante sus largos viajes se habían interesado por novedades desprejuiciadamente— no se habían atrincherado frente a situaciones nuevas tras sus viejas costumbres y enfoques, sino que le habían abierto posibilidades al progreso cultural y científico. A través de los siglos se desarrolló el Norte diferentemente del resto de Italia, fuertemente aprisionada en el espíritu oscurantista de la Edad Media; aquí esa actitud de apertura audaz no sólo era imponderable sino que, probablemente, se podía considerar como hereje.

Esa amplitud de criterio fue la responsable, por ejemplo, de que en la Universidad de Padua se fundara desde muy temprano la Academia de Anatomía. En ella, muchos estudiosos, desde Vesalio (1514-64) hasta Morgagni (1682-1771), hicieron observaciones directas del cuerpo humano que les permitieron desarrollar conocimientos que no podían ser del agrado de quienes defendían las concepciones aristotélicas y eclesiásticas de la época. Las conferencias sostenidas en el Teatro Anatómico de Padua, le abrieron el camino a varias generaciones de anatomistas e hisiólogos, que influyeron de manera esencial en los conocimientos sobre el cuerpo humano que poseemos en la actualidad. Interesante de señalar es la refinada construcción que tenía dicho teatro, la cual permitía que los objetos de estudio desaparecieran en cosa de segundos, por si las autoridades eclesiásticas intentaban sorprender *in flagranti* —lo que muchas veces intentaron—

a los anatomistas, con el fin de procesarlos. Y para los herejes en aquella época estaba de moda terminar en la hoguera.

Precisamente un contexto sociopolítico semejante fue el que hizo posible que Galileo pudiese durante varias décadas realizar sus estudios de astronomía para comprobar experimentalmente que el universo no era geocéntrico, sino que la Tierra —uno de tantos planetas— giraba en torno al sol (una estrella cualquiera). Al trasladarse de Padua a Pisa, ciudad donde tuvo problemas con la protectora de turno de la ideología dominante, y fue obligado a retractarse de sus ideas: “*¡E pur si muove!*”

Basaglia y su gente tenían a su favor la tradición de esta marcada seguridad en sí mismos y sus posibilidades, existente entre los políticos y los hombres cultos del norte de Italia, cuando se trasladaron a Trieste en 1971 y se inició la discusión pública sobre la disolución del manicomio. Ya que el gobierno que aceptó que se iniciara la transformación de las condiciones existentes en la atención psiquiátrica, no era extraordinariamente progresista. Más bien, fue un gran grupo de políticos reflexivos y sensatos los que en ningún momento le pusieron trabas a la sorprendente reforma que se inició en la atención psicosocial.

Hoy como ayer, se mantiene un coro de voces que se alza desde otras latitudes (desde fuera del norte de Italia) y que quiere dilucidar si es correcto o no que en un lugar no exista manicomio. Sin embargo, esa discusión desde la distancia ya no puede revertir el proceso de cambio político-cultural que tiene lugar en estas provincias.

b) En fin la población parece haberle dedicado tanto interés de transformación, cuanto fueron capaces de despertar en ella los integrantes del grupo de Basaglia. La labor de propaganda psicocultural despertó la atención general sobre la problemática de la exclusión y así fue que la población participó directamente en las actividades pa-

ra superar progresivamente al manicomio, y pudo así perder paulatinamente la repugnancia que sentía por los reclusos en el centro. Ha integrado así en su conciencia cotidiana el hecho de que no existe ningún lugar para encerrar en él a las personas que padecen trastornos psíquicos, y en la actualidad dicha población vive sin mayores abatares en un ambiente que para cualquier observador externo se constituye como fuera de lo común en la tradición europea.

La gente que solicita los servicios psicosociales para sus familiares o vecinos, lo hace con naturalidad pero al mismo tiempo se acerca a ellos en la forma tradicional. Por ejemplo, una madre que tenía un hijo sufriendo una descompensación psicótica, primero se informó con su párroco si podía poner a su hijo en manos del personal de un centro ambulante. Cuando el cura le afirmó que él trabajaba desde hacía largo tiempo con dicho centro y que existía una confianza recíproca, la madre no dudó en acudir al centro. De alguna manera, el procedimiento seguido se puede comparar al que se sigue cuando se pide el consejo del cura para escoger una escuela.

Parece ser, pues, que la nueva psiquiatría y los nuevos enfoques y formas de trato que propone, han arraigado en la mentalidad cotidiana de la población; lugar donde debe reafirmarse cualquier cambio social para que no sea sólo un fenómeno pasajero, que se olvide demasiado pronto. Aquí es de destacar el hecho de que los mismos parientes de los usuarios han continuado la labor de cambios sociales y políticos del CARM, en el sentido de manifestar continua y abiertamente a la opinión pública los déficits en la situación psicosocial italiana. Esta labor de difusión se desarrolla desde la posición de quien puede exigir derechos específicos y tiene como base la larga lucha política y social por condiciones de igualdad en el trato con los afectados en el ámbito de la sociedad global (31).

c) Probablemente, la mejor forma de ilustrar tanto la actividad que desarrolla la nueva psiquiatría en ausencia del manicomio, como el cambio que ha sufrido el trato

que la población le da a las personas excéntricas, sea a través de la presentación de casos extremos.

P. T., es un joven de 23 años de edad. A los 20 años sufrió por primera vez una crisis psicótica y fue atendido en un centro ambulante en Trieste. Durante mi visita se encontraba muy ocupado con otras personas preparando la presentación de la obra teatral *Macbeth*. Querían presentarla en Roma, en el marco del simposio "Alternativas para la psiquiatría en Europa", y a P. T. le correspondía desempeñar el papel del desenfrenado *Macbeth*. Era indudable que esto le causaba mucho placer y le permitía extraer del texto de manera creativa nuevas posibilidades de expresión.

Sin embargo, la madre de P. T. había expresado su preocupación y temor por el viaje a Roma. Su hijo jamás había salido de Trieste. Roma era una gran ciudad donde él se podía perder. Además, se le podían "aflojar otra vez los tornillos", con peligro para él mismo y otras personas. Estas incertidumbres eran para ella simplemente insostenibles, por lo que colocó a su hijo ante la disyuntiva: o permanecía en Trieste o se despedía de ella para siempre...

Los trabajadores del centro y los miembros del grupo de teatro se enteraron de la situación. Algunos de ellos trataron de entrar en contacto, individualmente, con la madre para hablar sobre el asunto. Durante dos días la situación permaneció incierta. En ese tiempo, P. T. iba y venía, lleno de tensión emocional, del centro ambulante a la sala donde se hacían los ensayos, acompañado de una trabajadora del centro. Durante su trayecto en la ciudad le presentaba a los transeúntes o vendedores una parte de su papel de *Macbeth*. El inadvertido público se mostraba en un principio un poco asombrado, tanto del intenso contenido del texto como de las inusitadas formas de expresión de P. T. Pero tan pronto como se daban cuenta de que el expresivo muchacho no hacía la representación únicamente para sí mismo, sino que trataba infructuosamente de incluir en la pieza a la persona que lo acompañaba, estos observadores casuales se mostraban

menos sorprendidos y continuaban con sus quehaceres: un cliente más de algún centro.

Después de dilatadas conversaciones con la madre, ésta desarrolló un cierto cambio de actitud. No dejó de manifestar sus temores, y finalmente otorgó aún titubeante su consentimiento. Pidió que su hijo permaneciera constantemente con el grupo de teatro; además como habían otros miembros del grupo que también nunca habían estado antes en Roma, se pudo formar un subgrupo de los "cautelosos" (*cautelosi*) en el cual P. T. quedó incluido. Explícitamente, a este subgrupo se le encomendó la responsabilidad directa sobre P. T. mientras estuvieran en Roma. Durante el simposio la obra de teatro fue muy bien recibida y fue representada con éxito en varias ocasiones. El grupo de teatro pudo regresar después a la vida regular de Trieste sin ningún "incidente".

d) Por el momento aparece como marginal una discusión sobre el concepto de enfermedad. La nueva psiquiatría se ha impuesto en Trieste mediante un discurso activo, habiendo alcanzado su posición actual de facto a través de los logros obtenidos. Pero hasta la fecha no se ha dado ninguna discusión sustancial sobre el concepto de enfermedad en el campo de lo psíquico. Lo cual no significa que las posibilidades de discusión —y esta vez bajo otras condiciones concretas— se considere superflua o inoportuna. En los informes de seguimientos actuales se encuentran a menudo notas sobre deficiencias y formas rígidas de comunicación de ex pacientes de edad avanzada provenientes de los hospitales y sobre experiencias con jóvenes durante las crisis psicóticas. Los pacientes jóvenes no conocieron los establecimientos cerrados y definitivamente ofrecen menos "incidentes" que los presentados anteriormente por los pacientes de los manicomios. Es muy posible que en el futuro la discusión no se restrinja únicamente al concepto de enfermedad (¿herencia de la medicina organicista?), sino que también abarque y documente las diversas formas de la experiencia existencial en situaciones excepcionales (32). Posiblemente alcanzará esta discusión un tono menos altisonante y dedi-

cado a lo patológico, debido a que se esfuerzan por obtener su conocimiento a partir de otro contexto de percepciones y de acción psicosocial (33).

e) Es importante reincidir sobre la forma de trabajo propia de la atención psicosocial ambulante. Las frecuentes visitas a los hogares y la atención personal interdisciplinaria de cada paciente en su ambiente social particular, ocupan cada vez más el lugar más destacado. En todo caso, al observar la labor cotidiana realizada en los centros, me llamó la atención otro aspecto de las relaciones interpersonales en dichos centros. Me pareció que la comunicación, tanto dentro de los miembros del equipo profesional de los centros entre sí como en relación a los pacientes/usuarios, era en lo esencial directa y no tendía al objetivo explícito de delimitar jerárquicamente. El personal y los pacientes/usuarios se interpelaban casi sin rodeos y más que dar y recibir órdenes, se llega a acuerdos entre ellos. En particular las enfermeras y los enfermeros interactuaban libremente de un lado para otro con la concurrencia del centro, y ésta a su vez parecía habituada a un trato poco formal.

La estructura jerárquica parece poco rígida en el quehacer diario del personal, sin que haya desaparecido por completo. Pero hoy como ayer, se le otorga mucha importancia al consenso en la discusión abierta, pues mediante él se conserva la necesaria cohesión en el centro sin menoscabo del intercambio interdisciplinario y de una nueva división del trabajo psicosocial (34).

f) La utilización de los psicofármacos parece tener un sentido muy pragmático en la actividad diaria del centro. Se emplean unas 10 clases de medicamentos para el tratamiento de padecimientos psicóticos, depresivos, etc. La distribución está centralizada, la administración provincial los compra de las firmas farmacéuticas y los pone a disposición de los centros. Las estadísticas permiten constatar que en los últimos 14 años, el consumo de medicamentos ha permanecido constante, es decir, que con o sin manicomio, el resultado es el mismo. Cuando pregunté por qué se utilizaban algunos medicamentos cuyos efectos son bastante dudosos (como por ejemplo, los lla-

mados medicamentos vasodilatadores), mis interlocutores respondieron encogiéndose de hombros y sonriendo: para ellos los medicamentos no constituían un sustituto del proceso de llegar a un entendimiento con los pacientes/usuarios, sino que más bien eran un aditamento necesario, así como algunos rituales seguidos en el tratamiento con infusiones a pacientes depresivos de avanzada edad. Su experiencia les había enseñado que algunos pacientes albergan ciertas esperanzas en relación a determinados medicamentos, y ellos, los médicos, no se metían por principio en una discusión de ese tipo, que sólo implicaría una revalorización indirecta de los medicamentos...

g) El cuestionamiento de la "potencia terapéutica de la autoridad médica", percibida por los pacientes ya estructuralmente y con frecuencia subrayada por los médicos, sólo se podía plantear a grandes rasgos: Existe el mito del médico sabio y todopoderoso que se enfrenta al enfermo mental ignorante e impotente. La pregunta misma implica la disposición a poner en duda dicho mito y cómo éste forma parte de la violencia estructural de la institución manicomio (35).

De una parte, los médicos interpelados se mostraron bastante irritados frente a las escuelas terapéuticas habituales y manifestaron una disposición abstracta a cuestionar el poder del médico. De la otra, en los últimos tiempos se ha constatado sin excepción que el concepto de sí mismos de los médicos se ha visto sacudido en términos generales. ¿Cómo se explica si no la fiebre de video que ha atacado a incontables psiquiatras, induciéndolos a registrar diversas sesiones de terapia o simples conversaciones con ex-pacientes, para presentarlas como prueba de capacidad y autoridad personal en el campo de la psicoterapia? Probablemente este aspecto de la atención psicosocial se hace visible precisamente allí donde las fisuras y contradicciones aparecen primero, esto es, en la conciencia de los actores y su quehacer profesional y donde la transformación de la psiquiatría existente todavía debe confirmarse (36).

h) Mis interlocutores usaban muy a menudo el concepto *spazio* (espacio social y cultural). Se debe agrade-

cer al trabajo conjunto entre los "operatori" y la población durante la paulatina superación del manicomio, el que pudiera crearse un espacio cultural donde, entre otras cosas, se pudo discutir públicamente el tema de la desviación psíquica y sus consecuencias socioculturales (37). Fue así como en una ocasión del trabajo cultural entre artistas de la ciudad e internos del manicomio, surgió el "personaje" de Marco Cavallo (el caballo Marco), como la figura más representativa de la renovación psiquiátrica. Después de un tiempo de trabajar conjuntamente con los artistas, los reclusos identificaron al caballo del hospital como el único ser libre en ese ámbito: no estaba obligado a participar en el juego de poder psiquiátrico y podía entrar y salir sin obstáculos del recinto. Como símbolo de la nueva libertad, los reclusos y artistas modelaron un caballo azul (*cavallo azzurro*) de pasta de papel, durante la preparación de las festividades que se celebrarían conjuntamente con la población de la ciudad, con motivo de la caída simbólica y efectiva del muro que separaba a los reclusos del resto de la población. El día en que se comunicó oficialmente la disolución de la institución, marcharon población y ex-reclusos en una festiva manifestación por la ciudad tras la figura del caballo azul y celebraron a continuación una fiesta conjunta en las calles.

En la actualidad los centros organizan regularmente exposiciones pictóricas. En el "spazio" que entonces se abrió, continúan todavía hoy activos algunos grupos teatrales —integrados por usuarios de los centros y artistas que colaboran voluntariamente—, los cuales mantienen un activo intercambio cultural con la población.

i) Observación personal en una mañana de abril: He permanecido durante horas en la sala de estar de un centro, observando cómo iban y venían los usuarios. Unos cuantos estaban sentados alrededor de una mesa y jugaban a las cartas. Alguien me preguntó de dónde venía y me hizo un comentario afable sobre la música de un grupo chileno que conocía, también de emigrantes políticos. Los otros asienten el comentario y de momento no

preguntan más. De vez en cuando sólo se escucha la radio del centro. Los presentes se mantenían sentados de manera tranquila alrededor de la mesa y parecían sumergidos en sus propios pensamientos. Para un observador de afuera —como lo era yo— aquel grupo de gente no se podía diferenciar de otro grupo social en otra sala de espera, digamos por ejemplo, en la estación del ferrocarril de Trieste, sino por el hecho de que intercambiaban entre ellos más gestos de confianza. También es posible que ciertas actividades de respeto y ayuda recíprocas sean más frecuentes aquí que en la estación, mientras que en la expresión de opiniones diferentes durante las conversaciones, posiblemente se escucharían los mismos tonos de voz y se observarían similares gestos de afirmación o rechazo.

j) La estrategia de reintegración de usuarios está conducida a superar activamente situaciones de conflicto psicosocial; para ello se le da una enorme importancia a la meta de lograr un comportamiento solidario de los usuarios entre sí. En mi presencia un médico habló con una joven paciente sobre la atención en labores de casa que ella le proporcionaba a una anciana, la que depende de su ayuda. La joven paciente, una ex drogadicta, mostró bastante atención y esmero en la conversación y se manifestó segura en el trato con la anciana. Más tarde el médico me explicó que esa ayuda de la joven a la anciana no se realizaba sin remuneración, ya que así también se contribuía a la integración social y económica de los ex-pacientes.

k) Viendo las cosas retrospectivamente, ahora me parece importante dejar constancia de el llamado "*sprit de corps*". Este se manifiesta bastante fuerte entre los participantes. Esto es resultado evidente de una tal revolución en el medio ambiente psicosocial, realizada de manera colectiva. Porque cuando F. Basaglia y su grupo de colaboradores psiquiátricos se dieron en 1971 a la tarea de hacer desaparecer paulatinamente al manicomio en Trieste, no se dedicaron a dar prédicas moralizantes, sino que trataron de crear, conjuntamente con los pacientes recluidos, una alternativa objetiva al mani-

como mediante la organización de cooperativas, comunidades habitacionales y centros ambulantes de atención psicosocial, con la finalidad de reintegrar de modo efectivo a los pacientes en la sociedad. Por esa razón iniciaron un diálogo verdaderamente intenso con esa sociedad. Sin embargo, no se trató de que los "locos" se hicieran "presentables" ante los ojos de la gente, sino por el contrario, de ganarse a ésta, mediante discusiones públicas y actos culturales, con el fin de que cambiara el clima psicocultural en el sentido de que hubiera más comprensión para las conductas desviadas en el seno de la sociedad misma.

El torrente de posiciones acaloradas a favor y en contra de este experimento, así como el debate sobre la determinación de sus metas y formas de ejecución, demuestran claramente que no se trata de un proceso sencillo. El proceso se logró consolidar y preservar dentro de la sociedad de Trieste. Y la mayoría de los ataques póstumos no han sido hechos por políticos o intelectuales, sino por especialistas de la psiquiatría, totalmente ajenos al proceso. La mayoría de ellos sólo ha tratado de consolidar los horizontes de su propia visión, por lo que un ensayo como el que hemos descrito les puede parecer próximo a una herejía.

La atención psicosocial de la salud así constituida parece responder de una manera tan precisa y flexible a los requerimientos de atención de la población de Trieste, que recientemente fue reconocido por la OMS como un ejemplo modelo. De 21 regiones pilotos distribuidas por todo el mundo, en las que se realiza un estudio longitudinal comparativo de la situación de la atención psiquiátrica, se han obtenido en Trieste los mejores resultados.

Y en cuanto al panorama psicocultural sin manicomio en la provincia de Trieste, se puede afirmar: *Y sin embargo, se justifica...*

IV. Perspectivas

Hemos tratado de señalar cómo es que la institución del manicomio tiene precisamente en Europa una tradi-

ción tan larga, y durante siglos se mantuvo casi como la única alternativa para el trato con los "enfermos mentales". Si bien la percepción de las consecuencias destructivas de la exclusión para los afectados apareció relativamente temprano como tema en la literatura, el cuestionamiento del asilo por los actores terapéuticos sólo comenzó masiva y consecuentemente desde finales de la Segunda Guerra Mundial. Además, la calidad de los primeros esfuerzos —la mayor parte de los cuales consistieron en pasar de las instalaciones cerradas de custodia a dependencias terapéuticas abiertas—, dejó mucho que desear. Sólo superaron parcialmente las contradicciones producidas por el encierro, ya que casi no se promovió dentro de la población una forma de trato directo con las insuficiencias humanas, por lo cual al fin de cuentas, la práctica de la exclusión se perpetúa. Además de eso podemos suponer que en muchos lugares esas empresas —al carecer de una verdadera voluntad política y de los recursos necesarios— sólo pudieron aspirar a ciertos cambios "cosméticos" que únicamente contribuyeron a ocultar en lugar de superar las incongruencias estructurales generales.

El proceso de superación del manicomio sólo se ha realizado por completo en algunas provincias de Italia. La descripción detallada de este proceso en Trieste muestra el significado indispensable del trabajo conjunto entre el personal psiquiátrico y la población en general. La profunda transformación que sufre la concepción psicocultural de la población frente a salud-enfermedad psicocultural sin el manicomio como punto de referencia, puede derivarse en sus rasgos esenciales de la observación psiquiátrica antropológica de la región (38).

En otras culturas los "manicomios" no fueron conocidos durante mucho tiempo. Machado de Assis (39) ha descrito en forma magistral en su obra *El alienista* (1890 aprox.), la manera cómo se trasladó de Europa a América latina la institución del manicomio. La narración de la carrera del Dr. Bacamarte después de su regreso de Europa, le permite al autor describir con humor negro al manicomio y sus cohortes en una ciudad latinoame-

ricana arquetípica. La población le rinde tributo al doctor Bacamarte a su vuelta al terruño, poseído por el imperativo del diagnóstico y que sin embargo da la impresión de gran respetabilidad y solvencia profesional. La gente sólo se comienza a inquietar cuando comprueba masivamente que el mencionado doctor encierra bajo cuatro llaves en una "casa verde", construida expresamente para eso, a todos sus "objetos de investigación". Y si bien a través de las actividades del doctor Bacamarte la población no llega a comprender nada nuevo acerca de los problemas psíquicos, ni tampoco mejora la concordia en el lugar, ella le permite a él que continúe con sus iniciativas. Esto hace suponer que la realidad maravillosa de esa ciudad épica, ya había experimentado la labor inefable de otros déspotas ilustrados y los había sobrevivido a través de su calma estoica y/o fatalista.

El gran déficit de manicomios existente en América latina se podría tomar como incentivo para constituir otra forma de desarrollo (40). Pues si bien es cierto que la mayor parte de las grandes ciudades latinoamericanas cuentan con lugares de reclusión para alienados, el "subdesarrollo infraestructural" determina en ese continente en gran medida al medio ambiente psicocultural (41). Así, en muchas regiones, existe un psiquiatra o psicoterapeuta por cada 50.000 habitantes, para no decir el número irrisorio de camas en las instituciones psiquiátricas. De otra parte, los procesos de desinstitucionalización en Colombia y Brasil, son ejemplos que prueban que en América latina a menudo y a pesar de carencias funcionales y déficits estructurales se desarrollan fantásticamente, con amplia participación de la población, "otras realidades". También debe considerarse aquí la importancia de esfuerzos globales en la sociedad por mejorar la situación de salud psicosocial bajo la activa participación de la población o a través del cuestionamiento público y directo de prejuicios y malentendidos, especialmente en el trato social con las minorías (42).

Por todo esto y en general se podría sin temor renunciar a copiar la tradición europea del manicomio y en su lugar continuar "naturalizando" a los "locos" den-

tro de la sociedad. Para ello convendría permitir el desarrollo de las posibilidades culturales ya existentes, que se orientan a integrar las transgresiones humanas, intentando incluirlas dentro de la atención psicosocial. El curanderismo y el candomblé presentan en este sentido, entre otras cosas, perspectivas psicosociales dignas de reconocimiento.

Por último, la comparación intercultural del trato que se le da a los que sufren trastornos psíquicos, se ve facilitada por la ruptura de los modelos rígidos de pensamiento en Europa (43), pues ello indica que existen múltiples perspectivas de tratamiento social que conducen a la superación de la cultura de la exclusión y reclusión del "otro extraño".

Summary

Since the classical epoch, the outlines of the practice of social and geographical exclusion of persons affected by insanity or irrationality, and considered thus to be potential disturbers, are evident. This practice of exclusion conduces to the triad psychiatrist-lunatic-asylum of madness as a conceptual entity profoundly rooted in the psycho-cultural consciousness of the average European citizen.

In this essay we propose: *a*) to arrive at an approximation to the historical-social development of the insane asylum from the 16th century onwards, as well as to the psycho-cultural interpretation of this institution as reflected in the domain of literature; *b*) to present the situation of transformation of the custodial asylum to the therapeutical community or community psychiatry in Europe after World War II, as well as the attempts derived from this process to change the situation in northern Italy (Gorizia) and, finally *c*) to examine in detail the social, cultural, political and professional conditions that have permitted the surpassing of the insane asylum as institutions and the implantation of ambulatory psychiatric care in the province of Trieste, as an important historical example which is representative of northern Italy. This study of psychiatric-social anthropology allows the observation of diverse facets of social treatment of insanity in a social and cultural area of certain homogeneity, as is the case in Europe. The transformation in the psychiatric and anthropological spheres imply here a dialectical overcoming of prejudices, and fixes ideas strongly rooted in everyday life; and permit us, as Latin Americans, to learn from this process, amplifying thus our perceptive horizon, not in a substitutional and repetitive form, but rather confronting it critically with our specific reality.

Referencias bibliográficas

1. Foucault, M., *Locura y sociedad* (versión alemana), Frankfurt/Main, 1969, pág. 23.
2. *Ibidem*, pág. 99.
3. *Ibidem*, pág. 128.
4. *Ibidem*, pág. 119.
5. *Ibidem*, pág. 167.
6. *Ibidem*, pág. 203.
7. Poe, Edgar Allan, *El método del doctor Alquitrán y del profesor Pluma* (The system of Dr. Tarr and Prof. Fether), 1845.
8. Chejov, A., *Sala Nº 6* (1894).
9. Kipphardt, H., *März*, Munich, 1976.
10. Hegel, G. W., *Enzyklopädie der Philosophischen Wissenschaften in Grundrissen*, Heidelberg, 1827, pág. 391.
11. Castel, R., *La contradicción psiquiátrica*. En: Basaglia, F. y Basaglia Ongaro, F., "Los crímenes de la paz" (151-66), Siglo XXI, México, 1977.
12. Goffman, E., *La locura del "puesto"*. En: Basaglia y Basaglia Ongaro, obra citada, págs. 257-307.
13. Main, T. F., *The hospital as a therapeutic institution*. En: "Bull. Menn. Clin.", 10: 66 (1946).
14. Jones, M., *The therapeutic community*, New York, 1953.
15. Goffman, E., *Asylums. Essays on the social situation of mental patients an other inmates*, Berkeley, 1961.
16. Seull, A. T., *Museum of madness: The social organization of insanity in the 19. Century England*, Princeton University, 1974.
17. Cooper, D., *Psychiatry and anti-psychiatry*, London, 1967.
18. Bettelheim, B., *Fugitivos de la vida. La rehabilitación de niños perturbados emocionalmente* (Truants from life, New York, 1955), Madrid, 1975.
19. Brown, G. W. y Wing, J. K., *Istitutionalism and schizoprenia*. En: "Sociological Review Monograph", Nº 5, University of Keele.
20. Pirella, A., *La negación de la institución tradicional*. En: Basaglia, F., "L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico", 1968.
21. Hochmann, J., *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, 1971.
22. Vascon, N., *Informe sobre Gorizia*. En: Basaglia, obra citada.
23. *Ibidem*.
24. *Ibidem*.
25. Basaglia, F., *L'istituzione negata*, obra citada.

26. Pirella, A., *La negación...*, obra citada.
27. Colectivo Arezzo, *Psicoanálisis y nueva psiquiatría en la sociedad de clases; Gorizia, ejemplo de una realidad militante*. En: "Socialización de los excluidos. Praxis de una nueva psiquiatría", editado por Pirella, A. (edición alemana), Reinbek, 1973.
28. Bernardoni, A., "Dentro o fuera" no es un falso problema. En: Basaglia y otros, "La salud de los trabajadores. Apuntes para una política de la salud", Editorial Nueva Imagen, México, 1978.
29. Basaglia, F. y Tranchina, P., *Autobiografia di un movimento, 1961-1979. Dal manicomio alla riforma sanitaria*, Firenze, 1979.
30. Mauri, D. (a cura di), *¿La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Milano, 1983.
31. Rossetti, M., *La situación de los pacientes psiquiátricos antes y después de la ley 180 desde la perspectiva de los familiares (Die Situation psychiatrischer Patienten vor und nach dem Gesetz 180 im Kontext der Angehörigenarbeit)*. En: Riquelme, H. (Hgrbr.), "Die neue italienische Psychiatrie: Wandel in der klinischen Praxis und im Psychosozialen Territorium".
32. Piro S., *Trattato sulla psichiatria e le scienze umane*, Nápoli, 1986.
33. Ferro, F. M., *Nueva psiquiatría italiana. ¿Cambio epistemológico o la nueva vestimenta del emperador?* En: Riquelme, H., obra citada.
34. Dovenna, R., *La participación del personal de enfermería en la psiquiatría italiana reformada: una vía hacia una nueva identidad de los "operatori di base" (Das Mitwirken...)*. En: Riquelme, H., obra citada.
35. Toresini, L., *Una praxis psiquiátrica distinta en el territorio psicosocial sin asilo (Eine andere psychiatrische Praxis im Territorium ohne Anstalt)*. En: Riquelme, H., obra citada.
36. Piro, S., *Atención psiquiátrica sin asilo: crisis de identidad y cambio epistemológico*. En: Riquelme, H., obra citada.
37. Tranchina, P., *Praxis psicoterapéutica en el territorio sin asilo. ¿Pueden ser superadas la impotencia y la incomunicabilidad de pacientes psiquiátricos en términos psicoterapéuticos?* En: Riquelme, H., obra citada.
38. Blaschke, S., *El cambio en percepción y actitud frente al sufrimiento psíquico en la población de Trieste. Cinco años tras el cierre de la clínica psiquiátrica? Un estudio de campo*. En: Riquelme, H., obra citada.
39. Machado de Assis, J. M., *El alienista*. En: "Un hombre célebre y otros cuentos", México (Siglo XXI), 1982.
40. Marcos, S. (coord.), *Manicomios y prisiones*, México, 1983.

41. Riquelme, H., *La asistencia psicosocial en Nicaragua*. En: "Le Monde diplomatique" (en español), VIII, Nº 90: 30-32.
42. Riquelme, H., *El trato social con las minorías en Nicaragua. Una aproximación psicocultural (Der umgang mit sozialen Minderheiten in Nicaragua. Eine psychokulturelle Annäherung)*. En: *Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik*, vol. X, Nº 4: 24-41, Wien, 1985.
43. Pitch, T., *Teoría de la desviación social*, México, 1980.

LATINOAMERICANOS EN EUROPA

Experiencia de desarraigo y proceso de identidad psicocultural

Si me preguntáis en dónde he estado
debo decir "Sucede".
Debo de hablar del suelo que oscurecen las
piedras,
del río que durando se destruye:
no sé sino las cosas que los pájaros pierden,
el mar dejado atrás, o mi hermana llorando.
¿Por qué tantas regiones, por qué un día
se junta con un día? ¿Por qué una negra noche
se acumula en la boca? ¿Por qué muertos?
NERUDA, *No hay olvido / Residencia II.*

Introducción

Cuando recibí la comunicación del coloquio sobre "Migration et Santé Mentale en Europe. D'un regard à l'autre", a efectuarse en la ciudad de Ginebra, y se me pidió que hablara acerca de la situación de los latinoamericanos en Europa en un primer momento me sentí abrumado por la responsabilidad que implica tomar posición frente a un fenómeno tan complejo como lo es el de la relación psicocultural entre ciudadanos de Europa y América latina, a través de la experiencia directa que realizan los latinoamericanos que llegan a Europa y permanecen en ella una parte importante de su vida activa y enfocar aquí mi atención a la relación existente entre esta experiencia de desarraigo individual o colectivo y sus efectos sobre la salud psicosocial y el desarrollo de un proceso específico de identidad psicocultural entre los participantes de esta situación.

Sin embargo, pensé que este tema pertenece también a mi propia experiencia y que en el marco del coloquio podría dar un curso sistemático a algunas reflexiones obligatorias a la situación de migrante latinoamericano en Europa y, de esta manera, aportar algo a la comprensión mutua entre aquellos que se interesan

por "el otro", con respecto a su identidad psicocultural, pero que también permanecen atentos a las posibilidades de intercambio y enriquecimiento mutuos.

Esta ponencia desea delimitar el contexto teórico necesario para tratar el tema; presentar una tipología de formas de experiencia de latinoamericanos en Europa sobre la base de documentos literarios; hacer algunas indicaciones y cuestionamientos sobre el posible modo de investigar la temática y, finalmente, promover actividades preventivas en el contexto de la migración y la salud psicosocial.

Entre las primeras asociaciones de ideas que tuve frente a la temática, surgió el recuerdo de la obra de un emigrante europeo que escogió a Ginebra como lugar de residencia durante una época de crisis social y de opresión en contra de su persona y su obra en su país de origen. Este emigrante fue uno de los ideólogos más sagaces de la Ilustración en Europa y publicó en Ginebra, en 1759, una novela del género picaresco discursivo que por razones de oficio y contenido apenas dos años después de su edición fue prohibida por la jerarquía católica de la época y puesta en el Index para prevención de posibles incautos.

He leído esta novela varias veces con un sonriente respeto por el autor. En ella se relatan las peripecias de un joven en la Europa del siglo XVIII, el que, arrojado de su hogar de crianza, se da a recorrer el mundo de entonces en compañía de su preceptor. Este joven está dotado de una gran capacidad para aceptar las circunstancias tal como se le van presentando, sin preconcepciones ni prejuicios que ofusquen su percepción. La contrapartida a esta percepción exclusivamente afirmativa, el espíritu escéptico complementario, la da el ambiente de reflexiones irónicas en que lo presenta el autor. El joven tiene oportunidad durante sus viajes de experimentar en sí mismo las más diversas instituciones sociales de su época: el absolutismo medieval en el castillo de su infancia y primera juventud; la Inquisición Católica que lo azota y que ahorca a su preceptor, etcétera, pero tam-

bién puede atravesar el Atlántico y llegar a una América latina no de memoriales y crónicas, sino muy concreta, donde puede establecer contacto directo con una realidad social plena de contradicciones. El joven se ve confrontado con lo real-maravilloso del continente. Así, junto a las brutales formas de dominación colonial, conoce también los esfuerzos de guaraníes y jesuitas por realizar una sociedad, a gestarse sobre la base de la tradición indígena, diferente al modelo de dominación y explotación del hombre por el hombre. Esta novela, en fin, conserva para mí fresco aún el espíritu crítico con que fue escrita y me parece importante hacer relación a ella en el sentido de reconocer en su autor valores éticos que aún hoy tienen relevancia, como es el irrestricto respeto por los hombres en su vida concreta y en su diferencia y un escepticismo irónico frente a instituciones represivas que se precian de inmovibles porque están dotadas de fuerza y violencia estructural. El autor es Voltaire y el joven que personifica el optimismo se llama, no casualmente, Cándido (1).

Estamos en otro siglo y ahora es más habitual recurrir a métodos de la dialéctica analítica para hacer transparentes y comunicables las experiencias de individuos y grupos sociales, tanto en su vida cotidiana regular como en circunstancias especiales, así, pues, trataré de encontrar el tono y la melodía más acordes a este encuentro para exponer el tema de mi ponencia.

1. Contexto teórico

La situación de individuos y grupos sociales originarios de América latina, durante su permanencia en Europa, conduce a la búsqueda de una identidad psicocultural acorde a las nuevas circunstancias. Esto se puede considerar como un proceso vivencial de connotaciones histórico-sociales e individuales (2).

La experiencia de desarraigo y de confrontación con un nuevo medio ambiente, definida en el lenguaje popular como "destierro" y "destiempo", es decir, "desquicio"

de lugar y tiempo, significa para los afectados un proceso de transculturación de profundas consecuencias.

A primera vista se podría hablar aquí de una situación de marginalidad social y cultural (3) (Park, 1928), sin embargo, podemos apreciar que se trata de una situación de múltiples facetas, en tanto que histórica y socialmente existe desde hace varios siglos una fuerte correspondencia cultural entre Europa y América latina y que ha conducido en esta última a formas de enculturación sincréticas, en las cuales la influencia europea no solamente juega un papel normativo, propio de una cultura hegemónica, sino que ha sido transformada e integrada como una parte más del sistema cultural global de referencia.

Por lo demás, la experiencia de desarraigo que resulta de una estadía dilatada en Europa, abarca grupos sociales muy disímiles de latinoamericanos, de tal modo que el conflicto que surge de la virtual confrontación mecánica de diversos patrones culturales, tal como ocurre entre el "marginal man" y la nueva sociedad, se expresa para los latinoamericanos en Europa en particular de manera muy diversa, pero en general, quizás en un contexto perceptivo de mayor plasticidad y fluidez, en cuanto a los límites especificados como tales para cada cultura. Esto se puede comprender, considerando que la dimensión histórica del intercambio cultural entre Europa y América latina puede haber sido ya de importancia para estos sujetos durante la primera socialización en el país de origen o una continuación directa de esta mezcla latente en tanto que los implicados son miembros de la segunda generación ya en Europa.

Para los fines de esta aproximación a la experiencia de los latinoamericanos en Europa, más que delimitar formas individuales de personalidad en el sentido de "casos particulares" de interacción entre individuos y medio social circundante, nos interesa percibir y exponer aquellos rasgos generales de relevancia para el desarrollo de una identidad psicocultural. Rasgos que se definen a través de la gestión social y cultural de personas y grupos sociales que se identifican como provenientes de Amé-

rica latina y que transcurren una parte importante de su vida productiva en Europa.

De parte de los afectados, esto implica la motivación por redefinirse social y culturalmente que surge en la mayoría de los latinoamericanos como resultado de la conciencia de sí mismo y de su situación vital en Europa (4). Por buscar cánones de identidad, esta motivación conduce a la creación o confirmación de formas psicosociales de articulación de la experiencia de desarraigo en el sentido de un proceso cultural de reflexión y de integración dialéctica, por parte de individuos y grupos sociales; proceso que está mediatizado a través de experiencias y actos en un medio social-histórico nuevo, pero no fundamentalmente extraño para los participantes.

En esta aproximación a la experiencia de desarraigo y sus consecuencias psicosociales deseamos considerar dos aspectos centrales. El primero, se refiere a las condiciones de salud psicosocial en la situación de migración de latinoamericanos en Europa y, el segundo, trata tanto la vía metodológica como los materiales sobre los que se basa este estudio, es decir, la reflexión discursiva sobre fuentes literarias.

a) La interrelación dialéctica entre migración y salud psicosocial en los individuos afectados puede especificarse en base a la siguiente definición de trabajo:

Salud psicosocial se concibe como proceso y expresa la capacidad de individuos y/o grupos sociales de percibir y aceptar tanto al medio ambiente social, como también a sí mismo en una forma directa, así como la capacidad de actuar para promover los cambios necesarios con sensibilidad y consecuencia. Esto implica que los individuos o grupos sociales dispongan de lazos emocionales profundos y puedan así desarrollar tolerancia frente a la frustración y la ambigüedad; que puedan, por lo tanto, soportar situaciones y relaciones contradictorias a largo plazo, esforzándose por su superación constructiva e integrar esta confrontación como una gestión procesual en su conciencia psicosocial.

Un aspecto complementario de esta actitud de franca aceptación y de disposición a la interacción directa

con el medio ambiente se encuentra en la capacidad de crear condiciones para la regeneración psicosocial, lo que significa, la capacidad de constituir un ambiente físico, temporal y cultural, dentro del cual sea posible para los participantes cumplir con la necesidad de regenerarse (5).

b) El acceso a la experiencia de latinoamericanos en Europa a través de la reflexión discursiva en base a fuentes literarias, parte del hecho de que la literatura en castellano constituye, en general, un buen vehículo de comunicación vivencial. Así, sobre la relación con europeos en América latina, se disponen de documentos literarios desde hace casi cinco siglos (6). Estos reflejan el asombro mutuo original; las incomprendiones de siglos, propias del sistema de opresión colonial; los esfuerzos por asumir una identidad como criollo o como migrante europeo o latinoamericano en el otro continente y, por último, el mutuo redescubrimiento de las dos vertientes sociales y culturales.

Europa constituye para los latinoamericanos un punto de referencia necesario para hacer explícitas las bases de su propia identidad psicocultural a partir de su condición histórico-social de mestizo. Para alcanzar esto, corresponde superar todo interés hegemónico o exclusivista, pues, como dijo Carpentier en 1927: "América tiene que buscar meridianos en sí misma, si es que quiere algún meridiano." (7)

Podemos apreciar que el tema de una larga estadía en Europa deviene motivo de reflexión literaria recién en el curso de este siglo y esto no en el sentido escueto de una literatura interiorista o subjetiva, sino que a través de todas las escuelas y estilos que han encauzado la expresión literaria del subcontinente de habla castellana.

En el curso de este estudio observamos que el tratamiento del tema de la migración y de la vida en Europa en la literatura latinoamericana ha superado mucho la calidad de reflexiones personales sobre experiencias casuales de individuos dispersos y sin otra relación entre sí, que una lengua materna común, como el castellano.

En cuanto madurez y cristalización estética de la situación de migrantes en Europa, el tema de la migra-

ción y la vida en Europa ha alcanzado una vigencia trascendental para muchos latinoamericanos tanto en su propio país como para los residentes en Europa. Esta literatura, centrada sobre la experiencia vital de los latinoamericanos en Europa, cumple así con las exigencias que se le plantean a la obra literaria como vehículo e instrumento de una cultura en curso de substancial transformación y desarrollo (8).

En resumen: comprendemos la gestación de una identidad en el sentido de una reestructuración del sistema de relaciones y de orientación de individuos o grupos sociales migrantes, a través del proceso de transculturación respectivo en Europa.

Este proceso ocurre a través de la interacción de los migrantes, sobre la base de factores motivacionales y conativos explícitos y no explícitos, y las condiciones sociales del nuevo medio ambiente.

Hablamos de tipos de identidad y no de tipos de carácter, porque, si bien se puede percibir en los individuos y grupos sociales un cierto grado de predisposición psicocultural para participar del desarrollo de una u otra identidad, también se puede percibir permeabilidad entre los distintos tipos de identidad, de modo que, el factor volitivo puede mantener su vigencia a través de toda la vida de los participantes.

Consideramos que la predisposición psicocultural tiene una gran importancia para el desarrollo de una identidad. El conocimiento específico de los temas y las soluciones culturales frente a la migración en Europa, permite una aproximación más adecuada a la situación de los participantes o afectados, esto es, en cuanto personas inmersas en un contexto histórico-social ya tematizado en su cultura de origen, y, en consecuencia, con virtuales soluciones psicoculturales para la experiencia de desarraigo (9).

2. Tipología de la experiencia de desarraigo

Desde principios del siglo XX se pueden apreciar en la literatura latinoamericana cuatro tipos esenciales de

desarrollo de identidad como migrantes en Europa, desde una perspectiva psicocultural: a) los buscavidas; b) los transplantados; c) los exiliados y d) los transhumantes.

a) *Los buscavida* son individuos o grupos sociales que se ven compelidos por razones de diversa índole (aventura, económicas o de desajuste personal al ambiente original) a salir de su país natal y a viajar hasta instalarse temporal o definitivamente en otra parte, que puede ser Europa.

Existen múltiples anécdotas y comentarios escritos sobre encuentros con personas de esta índole y que han causado una impresión perdurable en sus interlocutores. Ex post da la impresión de que este encuentro tuvo lugar sobre la base de estereotipos culturales bastante arraigados y que conducen a los relatores a dar un tinte romántico a la eventual existencia de los buscavida, de modo que aquí se dispone mayoritariamente de referencias sobre un tipo mistificado hacia el papel del aventurero o el buscón de la novela picaresca española y que, como tal, parece servir más para la proyección de las pulciones de libertad romántica de los relatores que reflejar las condiciones específicas de vida de estas personas.

Rubén Darío (10) en *El viaje a Nicaragua* (1909), hace referencia a dos personas de estas características. La segunda referencia proviene de su propia experiencia. Dice:

“Recuerdo que, siendo yo cónsul de Nicaragua en París, recibí un día la visita de un hombre en quien reconocí por el tipo al nicaragüense del pueblo. Me saludó jovial, con estas palabras, más o menos: ‘No le vengo a molestar, ni a pedirle un solo centavo. Vengo a saludarle, porque es el cónsul de mi tierra. Acabo de llegar a Francia en un barco que viene de la China, y en el cual soy marino. Es probable que pronto me vaya a la India’.

Se despidió contento como entrara y se fue a gastar sus francos en la alegría de París, para luego seguir su destino errante por los mares”.

En pocas palabras: más allá de esta idealización romántica tengo la impresión de que los buscavida latinoamericanos en Europa pueden ser la contrapartida de la gran mayoría de europeos que llegaron a América latina en el curso de este siglo en pos de otros aires y/o de un buen pasar y que habitualmente dejaron a la explícita casualidad las respuestas al dónde y cómo para reiniciar su existencia. Me parece ser ésta, una migración intercontinental con tradición, pero poco observada en su epígonos europeo.

b) *Los transplantados* son individuos o grupos sociales que ya se consideraban a sí mismos como desarraigados en su lugar de origen en América latina y que llegan a Europa con el propósito de radicarse en ella. La forma de vivir europea, si es posible hablar aquí de una cierta homogeneidad en la forma de vivir, ejerce sobre ellos una gran atracción y juega un papel importante en la etapa previa a su llegada a Europa, en el sentido del desapego que manifiestan frente a la cultura del lugar que han habitado en América latina.

Habitualmente pertenecen a grupos socioeconómicos privilegiados en su país de origen y su forma de vida está así más enfocada al consumo que a la producción y aunque no siempre pueden mantener a largo plazo un tren de gastos expansivo en Europa, prefieren rebajarlo hasta límites muy humildes antes de modificar su actitud consumista frente a las exigencias de la vida cotidiana del país hospedante o pensar en la vuelta.

Esto constituye, en buena medida, una forma de asimilación pasiva a la nueva realidad social. Por lo general, existe en ellos una actitud receptiva frente al medio ambiente social y cultural europeo.

El primer ejemplo de reflexión literaria sobre este prototipo en la experiencia de desarraigo lo encontramos en la novela homónima de Blest Gana, la que circunstancialmente fue publicada por primera vez en París en

1906. Aquí encontramos la relación del proceso de des-criollización de algunos latinoamericanos en el París de fines del siglo pasado y la adopción estereotipada de mo-dales y usos europeizantes:

“...Antonio Cuadrilla y Agustín Palomares, representaban con fidelidad el tipo medio de las generaciones modernas, en que gran parte de los hombres parecen no alcanzar a su completo desa-rrrollo. Siendo niños, los habían traído a París sus padres, ansiosos también de venir a *gozar en Eu-ropa*. Con una educación sumaria, habían alcanza-do sus diez y ocho años, lanzándose de ahí, apo-yando el pie en la riqueza de que eran presuntos herederos, al piélago sembrado de arrecifes, que es la vida de la gran capital. Exagerados en el ves-tir, ufanos de sus coches y de sus libreas, casados con las dos chicas Canalejas para doblar sus ren-tas, poder rodar *mail-coach* y figurar en la *crema* de la elegancia, que la caprichosa fraseología del momento ha llamado la *alta goma*, expresión super-lativa del buen tono. Ambos eran genuinos repre-sentantes de la transformación del hispano-ameri-cano, trasplantado joven a París, que raras veces puede desprenderse de su natural exótico y pasa su existencia esforzándose en asimilarse al europeo de alta clase social.” (11).

Y acerca del modo habitual de articular su existen-cia de latinoamericano en Europa hace Blest Gana ma-nifestar a su personaje:

“¡Ocuparme! ¿En qué? Nosotros, los trasplan-tados de Hispano-América, no tenemos otra fun-ción en este organismo de la vida parisiense que la de gastar plata... y divertirnos, si podemos. So-mos los seres sin patria. Hemos salido de nuestro país demasiado jóvenes para amarlo, y nos hemos criado en éste como extranjeros, sin penetrarlo.

Somos la espuma de esta gran corriente que se ilumina con el brillo de la fiesta parisiense y se va desvaneciendo como los globulillos de esa espuma sin dejar rastro de su paso. Los trasplantados suceden a los trasplantados, sin formar parte de la vida francesa en su labor de progreso, sin asociarse a ella más que en su disipación y en sus fiestas. Inútiles aquí, e inútiles para su patria que miran con desdén, ¿Dónde quiere Usted que vaya un trasplantado a encontrar ocupación en este mundo que no lo toma a lo serio y lo mira sólo como un contribuyente traído a su riqueza?" (12).

Uno de los personajes centrales en *Los trasplantados* es Patricio Fuentealba, joven ingeniero en estudios de perfeccionamiento en Europa, quien en la obra actúa a modo de contraste frente a los devaneos arribistas de la familia Canalejas, la que no escatima esfuerzos por ser admitida en la gran sociedad parisiense.

El interés pedagógico de Blest Gana, derivado de su gran admiración por Augusto Comte, no lo conduce a un desarrollo moralizante de la trama narrativa, en la que además se delimitan los intereses y perspectivas sociales y económicas tanto del grupo social de los terratenientes y mineros conservadores como de la clase media tecnocrática de ideas liberales. Por el contrario, en esta obra, Blest Gana demuestra una vez más su fina capacidad de observación psicológica y se extiende hasta incidentes y reflexiones en la vida de los trasplantados en Europa desde una posición de empática complicidad con los personajes y su devenir.

Otra reflexión literaria sobre la relación entre América latina y Europa a través de "trasplantados", la encontramos en la personificación del tirano ilustrado y su hija Ofelia en *El recurso del método* de Carpentier (1974). En ambos personajes se aprecia una cierta necesidad casi compulsiva de impregnarse de la cultura parisiense; explícitamente pueden ellos considerar los contenidos de la cultura originaria sólo tras la acepta-

ción de éstos en los círculos académicos de la metrópoli, así, los hallazgos arqueológicos adquieren carta de validez cultural sólo después de haber sido aceptados por un museo de París. La motivación explícita de absorber más que integrar la cultura francesa en el bagaje cultural propio, permite, a padre e hija, afinar en mucho su capacidad receptiva, de tal modo que no es causa de sorpresa el hecho que Ofelia integre a su percepción los cánones de las nuevas corrientes de la pintura e invierta buena parte de la pecunia, extraída de su país para sus gastos personales en París, en la compra de obras de pintores casi desconocidos entonces, tales como Braque o Picasso, con lo cual demuestra estar a la vanguardia estética del consumo de su época.

El conflicto estético entre las generaciones de transplantados se presenta desde la perspectiva del padre (p. 300), como sigue:

“Y ahora corría *El Ex* de habitación en habitación, hallando en todas partes las mismas transmutaciones gráficas, los mismos desastres: cuadros locos, absurdos, herméticos, sin evocaciones históricas o legendarias, sin asunto, sin mensaje, fruteros que no eran fruteros, casas que parecían poliedros, caras con un cartabón por nariz, mujeres con las tetas fuera de sitio —una arriba, otra abajo—, o con una pupila en la sien, y, más allá, tan revueltas que parecían que estuviesen fornicando, dos anatomías quebradas, enredadas en sus propias líneas, acaso cochinas —aunque para pintar a dos personas en *eso* (y él tenía su buena colección de estampas pornográficas bajo llave) hacía falta un dominio del dibujo, un manejo de los escorzos, una gracia en el embricamiento de los miembros, que no tenían ni con mucho, esos artistas fracasados que se llamaban ‘modernos’ porque eran incapaces de dibujar cabalmente un desnudo, de plantar un joven espartano en el escenario de las Termópilas, de hacer correr un caballo que fuese un caballo, de decorar —digá-

moslo de una vez— los plafones de la Opera de París o de llevar una visión de batalla con el épico brío de un Detaille. —‘¡Voy a mandar a descolgar todas estas mierdas!’ —gritó el amo de la casa, vuelto a ser el Amo de la Casa, agarrando el Cuadro del *Ojo cacodilato*—” (13).

La disputa estética se dirime en forma muy poco trágica, Ofelia y su padre se inclinan frente al dictado del nuevo arte:

“‘Oye... ¿Y vas a dejar todas esas mierdas en las paredes?’ / ‘Ay, no seas atrasado, viejo querido: ése es el arte de hoy; ya te irás acostumbrando’ / ‘¿Y mis Jean-Paul Laurens, mi *Lobo de Gubbio*, mis marinas?’ / ‘Las vendí en el Hotel Drouot: por cierto, que me dieron una basura por todo el lote: ya eso no interesa a la gente.’ /” (14).

Carpentier se explaya sobre las circunstancias de la vejez en migración del “Ex Primer Magistrado” en un París que se le va tornando cada vez más insustancial y los esfuerzos que se realizan en sus contornos por recuperar los valores culturales y los puntos de referencia culinarios propios de la primera socialización hasta reconstruir una vida cotidiana muy parecida a la del país natal en América latina. El “ex” sufre una grave enfermedad que es atendida en su propia morada porque:

“El puñetero engreimiento de estas gentes. Querrían meterme en alcoba Luis XIII, para que me ahogue bajo un baldaquín, o en camas como las de la Malmaison, donde me pregunto cómo, por estrechas y cortas, podían abrazarse Napoleón y Josefina. Al fin me dejan en el acunado de la hamaca, que se amolda a la pesadez de mi cuerpo —cuerpo que tengo como lleno de perdigones. Me duermo. Cuando despierto, me dice el Cholo que Ofelia y Elmirita han ido a cumplir una promesa al Sacré

Coeur por mi pronto —‘y seguro’ —añade—, restablecimiento. De madrugada se vistieron de penitentes —de ‘promesas’, como dicen *allá*—, hábito violado, sandalias, sin sombrero ni rebozo a pesar de la lluvia, con el cordón anaranjado ceñido a la cintura, y subieron la colina de Montmartre prosternadas sobre los asientos del funicular, antes de ir, arrodilladas, con un cirio en la mano, de la escalinata al altar mayor de la basílica” (15).

Hasta entrar a una dilatada convalecencia:

“‘Dios conmigo y yo con El...’ —murmuró, recordando una campesina oración aprendida en la niñez... Convalecencia. Elmirita me trae alguna comida nuestra —taco, tamal, vaporcito, yemas dobles, natillas con su polvo de canela—, lo único que a algo me sabe” (16).

La situación de migrante se prolonga para el ex tirano *ad mortem*; para él y su séquito la tan añorada vida en Europa paulatinamente pierde su atractivo y deviene en una calle sin salida. La intensidad con que buscan reconstruir un ámbito similar al de origen insinúa una necesidad tácita de reconciliación existencial con las vertientes de origen.

Actualmente, y en términos de observaciones de la vida cotidiana, contamos con la acotación de Edwards:

“Existe el tipo de emigrantes que, por lo menos aparentemente, se adapta tan bien a la emigración, que con todo gusto desearía transformarse en un nativo. Es aquel chileno, al que se veía hace años en las calles de Santiago y que se encuentra en Barcelona, vestido como catalán y casado con una catalana. Además cuenta chistes como un oriundo de Cataluña y habla un catalán fluido y sin errores. Esta clase de gente tiene la gracia de ser optimista, pero a menudo se muestra irritada por las personas

que tratan de mantener la relación con el país de origen" (17).

COMENTARIO: La actitud de Edwards en esta definición de transplantado nos parece bastante crítica y con algunos rasgos moralizantes. De la obra de Blest Gana y Carpentier podemos, sin embargo, recuperar los valores culturales de dependencia no conciente, el deseo de imitar lo presuntamente moderno, culto y refinado, y de llegar a poseer la máscara, ya que no la piel, de un europeo y, en consecuencia, de ser aceptado como tal a través de una identidad definida, en primer lugar, como cualidad exteriorizada.

c) *Los exiliados* son individuos o grupos sociales que han salido repentinamente y contra su voluntad de sus países originarios hacia Europa, como una solución ad hoc frente a una situación aguda de peligro a su integridad física y psíquica y que no pueden retornar.

La implantación de regímenes militares dictatoriales en la mayoría de los países del Cono Sur de América latina condujo al exilio a más de un millón y medio de personas. Además del desarraigo (18), ellas deben superar psicosocialmente otras experiencias de pérdida existencial, como la pérdida física de familiares y compañeros a través de la represión y la ruptura explícita de un proyecto de transformaciones sociales y culturales del cual formaban parte activa.

El contexto cultural europeo no era para la mayoría de ellos un tema de referencia obligada y contaba con tanta atención en su vida cotidiana regular como la situación de América latina para el habitante bien informado de una ciudad europea cualquiera.

Social y económicamente están representados entre ellos casi todas las clases y grupos sociales y se pueden observar formas muy diversas de enfrentarse al nuevo medio ambiente. En general, podría hablarse de un interés manifiesto por integrarse a labores productivas, incluso de relativo menor prestigio y salario que en el país de origen. Sin embargo, esta percepción y trato del nue-

vo ambiente social surgen desde el contexto algo rígido de una existencia concebida primordialmente como transitoria, lo que se concentra en la frase "vivir sobre las maletas" (19).

Los lazos afectivos, sociales y culturales con el país de origen se cultivan en forma intensa, hay un manifiesto compromiso por la realización de objetivos políticos mediatos en la patria lejana. Para esto se recurre a las formas regulares de participación social y política a través de iglesias, partidos y sindicatos, pero existe además un umbral de aceptación más reducido para implementar formas de presión ética masivas en el nuevo medio social, tales como huelgas de hambre, encadenamientos a lugares públicos, etc., lo que pudiera interpretarse como una actitud de resistencia latente frente al daño psicosocial que les ha inflingido el exilio (20).

Un ejemplo literario, un poema de Benedetti, nos aproxima a la situación íntima de la experiencia de desarraigo mediatizada a través del compromiso por un proyecto político:

"EX PRESOS

*Después de tanto tiempo
y en un aire de nieve
hallo por fin a carlos
a lilian al flaco*

*vivieron
cinco seis siete años
confinados
en el fermento de los crueles*

*los quiero los abrazo qué derroche
pero resulta casi insoportable
comprender y admitir
que mientras yo escribía / caminaba / buscaba
escuchaba a troilo y a leo brower*

*y atravesaba el riesgo
y sumaba expulsiones y amenazas
pero gozaba el sol
y tenía a mano el mar y la mujer
durante cinco seis siete años
vale decir durante
toda una estrapajosa eternidad
ellos miraban firmes o rabiosos
o tristes o distantes o serenos
las arrugas del muro impenetrable.”*

Más allá del autoreproche latente, porque el autor haya salido indemne de la represión masiva y sistemática, se aprecia en el poema un llamado al reconocimiento mutuo bajo las nuevas circunstancias, luego de que los presos políticos han conseguido su libertad y se verán enfrentados a tareas comunes junto al autor “después de tanto tiempo y en un aire de nieve” (21).

La situación existencial de los exiliados latinoamericanos se refleja masivamente en la literatura de los últimos diez años.

Aquí, sólo queremos hacer referencia a un título: *No pasa nada*, de Skarmeta (22). Novela en la cual se cuentan las peripecias de una familia de chilenos exiliados en Berlín Occidental y, donde, a través de la perspectiva de un joven de catorce años, Lucho, se da curso narrativo a las diversas formas de establecer relación con la nueva realidad. Lucho habla en primera persona acerca de los múltiples incidentes que constituyen su experiencia de adolescente emigrado a un Berlín frío, en términos climáticos, pero, donde las muestras de simpatía de algunos trabajadores alemanes y de exiliados griegos constituyen un bálsamo humanitario frente al dolor del exilio.

En la novela se aprecian las diversas perspectivas en la solución existencial de dos generaciones por medio del lenguaje, pues, en tanto que el joven se esfuerza por conocer ambos idiomas para la satisfacción de sus necesidades de comunicación, los padres se muestran bastante reacios a “quebrarse la cabeza con el alemán”. El tenor

emocional de los acontecimientos se mantiene en una tónica de "a pesar de los pesares" y la fuerza de las circunstancias no puede conducir a un final feliz.

Skarmeta mantiene la situación de espera indefinida de los mayores, con los conflictos latentes y no explícitos propios de ésta; a Lucho lo muestra en el umbral de su desarrollo hacia un agente de cambio cultural, hacia un "proselitista".

Hay que expresar que incluso hoy, a más de diez años de exilio, para muchos exiliados mantiene su vigencia una percepción de sí mismos, que los define como en la obligación de vivir fuera de su país con el propósito irrestricto de retornar a él (23).

Concentrando: en cuanto al proceso de transculturación de los exiliados, se puede hablar de una adaptación de contra corriente a la nueva realidad, esto implica una transculturación dilatada en el tiempo y cuasi involuntaria, la que conduce a integración psicocultural fragmentaria de las condiciones sociales y políticas de la nueva sociedad, esta situación deficitaria puede, sin embargo, superarse paulatinamente a través de la intervención mediatizante de la segunda generación, o, radicalmente, a través de la vuelta al país de origen (24).

d) *Los trashumantes* son individuos o grupos sociales que durante su estadía en Europa tratan de hacer concientes para sí y su medio ambiente inmediato los valores culturales de su primera socialización y de confrontarlos activamente a los nuevos valores culturales que van percibiendo durante su permanencia en Europa.

Una condición básica para el desarrollo de esta actitud es una cierta seguridad en el trato de los elementos culturales tanto del rincón originario de América latina como del habitat europeo en que se desenvuelve la existencia; corresponde destacar también un interés explícito en los participantes por cuestionar esos elementos culturales y propender así a la búsqueda activa de una nueva forma de identidad.

El grupo de los transhumantes como entidad está constituido por los más heterogéneos individuos, los que,

pueden provenir de cualquiera de los otros tipos del desarraigo como experiencia vital.

Dado que la forma de experiencia como transhumante se define como una actitud de búsqueda y de confrontación con el medio ambiente, en la cual la conciencia del desarraigo genera una necesidad de síntesis cultural y de integración activa en la sociedad europea receptora, corresponde hablar aquí, más que de personajes literarios, de individuos o grupos sociales de existencia específica, por lo que, más que a la literatura (personajes arquetípicos) podemos referirnos aquí a biografías y observaciones personales.

En esta pretendida síntesis entre desarrollo vital y obra literaria, encontramos a escritores tales como Alejo Carpentier y Julio Cortázar, los que conjugan en el desarrollo de su proyecto literario y vital, una actitud de permanente e intensa apertura frente a los estímulos e influencias culturales tanto de América latina como de Europa.

El vivir al filo de dos culturas significó para Alejo Carpentier un acicate para definir con claridad paradójal los difusos límites de la influencia de ambas culturas entre sí y así profundizar en la experiencia histórica de una tiranía en América latina con la rigurosidad de la lógica cartesiana (13) o en la situación en la Europa de la Guerra Civil Española y de la Segunda Guerra Mundial, a través de una percepción barroca, propiamente latinoamericana, plena de contrastes y provista de intenso interés por el detalle complementario (25).

Cortázar, como argentino nacido en Bélgica, criado en la "Europa de entre guerras", adolescente en Buenos Aires, adulto en la Argentina de postguerra y con residencia en París desde los años 50, da cuerpo a través de su vasta obra literaria, a la necesidad de trascender los límites y encontrar una nueva perspectiva para expresar los contenidos de la experiencia humana.

La espontánea falta de respeto por la ubicuidad geográfica con que los personajes de su *Rayuela* (26) o de su *Los premios* (27) desenvuelven sus vidas, demuestra una actitud conciente de ruptura frente al primado geo-

gráfico, en cuanto referencia espacial específica. En *Rayuela*, acompañamos a sus personajes en su boxear con la propia sombra por barrios de París y Buenos Aires, casi indiferentes al escenario del momento. En *Los premios*, tiene efecto un viaje en barco con destino nebuloso, pero que en el curso expansivo de los ritos y tabúes de los personajes va adquiriendo consistencia para ellos, como experiencia vital, de tránsito, a pesar de que el viaje como propósito de llegar a alguna parte, disminuye cada vez más su razón de ser específica.

Sin embargo, se aprecia en Cortázar de igual manera un interés por precisar el panorama de sus percepciones y sentimientos, primero, como argentino y, luego, como latinoamericano.

Cortázar, puede ser, tanto un cronista muy sensible: a) de los avatares cotidianos en Europa, en *Autopista del Sur* (28), por ejemplo, describe las vicisitudes de un grupo de franceses que deben convivir varios días entre sí, durante un atascamiento en la carretera del sur de París, o, b) de los semitonos afectivos y de los gestos ambiguos de un intelectual durante un velorio de barrio bonaerense, en *Las puertas del cielo* (29); como, también, desarrollar una intuición histórica como latinoamericano frente a la experiencia de un pueblo en los umbrales de su desarrollo soberano, en *Nicaragua, tan violentamente dulce* (30).

En general, en la obra de Cortázar, se puede hablar de un interés por observar y expresar el revés de la trama en la situación existencial de sus personajes. Para ello, supera los moldes y los preconceptos que separan artificiosamente la razón y lo extraordinario, lo banal y la catástrofe, los juegos y los ritos y, por medio de un proceso consecuente de síntesis cultural, llega a perfilar las angustias y esperanzas arquetípicas de los hombres. La obra de este transhumante pues, trasciende los límites geográficos y adquiere relevancia tanto para europeos como para latinoamericanos (31).

La actitud de transhumantes culturales se puede observar además en grupos de latinoamericanos que, empeñados por mantener para sí una relación directa con la

cultura originaria, cultivan en una situación de migrantes la música y la literatura.

La música, como medio de expresión cultural, adquiere una gran importancia para el desarrollo de una identidad, cohesiona intereses y aficiones, de tal modo, que la creación y el mantenimiento de centros culturales permite a los latinoamericanos disponer de una base general de comunicación.

Entre los participantes se observa también, a menudo una actitud "proselitista", la que encuentra resonancia particularmente en círculos intelectuales o de trabajadores solidarios de los países europeos respectivos.

En términos generales, se puede formular que, para los transhumantes, el proceso de integración psicocultural o de transculturación activa, tiene lugar en la medida en que el contexto cultural europeo se aprecia en una dimensión dinámica y permeable, esto es, atribuyéndoles a los contemporáneos europeos la capacidad de aceptar y hacer suya la actividad cultural, política y social de los transhumantes.

Los miembros de este grupo se encuentran sobrerrepresentados en los movimientos así llamados de vanguardia (32).

Los esfuerzos en su ámbito cultural específico, confluyen a crear las condiciones para que se produzca una situación de conocimiento mutuo a un nivel homogéneo de intercambio. De parte de los transhumantes implica esta actitud, un esfuerzo permanente de cuestionamiento conciente del propio aval cultural, pero, se da en este caso, la posibilidad de superar lugares comunes y profundizar en ambas culturas.

Los transhumantes, como agentes de desarrollo cultural, están en buena medida, supeditados al eco que promueven sus actividades, al reconocimiento y al intercambio social que experimentan en la nueva situación vital. Así, es necesario considerar que, el eventual "salto cualitativo" que significa su actitud abierta a una integración cultural puede, para ellos, tener tanta validez como encuentren una disposición de interacción y de enriqueci-

miento mutuo en el habitat europeo en que se desenvuelven.

En síntesis: se puede postular, que los transhumanes concentran en sí la sensibilidad propia de una minoría social, un deseo explícito de cuestionar situaciones y costumbres "comprensibles por sí mismas", en el contexto de la cultura europea, junto a la percepción lúcida de la necesidad perenne de construir vías de comunicación entre culturas y contextos sociales. El transhumante, puede definir dinámicamente su identidad psicocultural, en sus aspectos críticos, como la de un catalizador de influencias culturales y, en sus aspectos creativos, dándole curso a un proceso de apropiación/integración y síntesis de ambas vertientes culturales (33).

3. Desarraigo y salud psicosocial. Una aproximación cualitativa

En el curso de esta exposición hemos podido apreciar que la experiencia de emigración de latinoamericanos a Europa, dentro de las diversas circunstancias, no es un fenómeno reciente, sino que tiene efecto en el curso de los dos últimos siglos como una continuación de la interdependencia histórica, social y económica de ambos continentes. Hace un tiempo, a su vez, América latina acogió a muchos europeos en su búsqueda de seguridad personal frente al fascismo.

La reflexión literaria sobre la experiencia de desarraigo de latinoamericanos y sobre la reorganización de su vida en un país europeo ha conducido, desde nuestra perspectiva, a la cristalización de cuatro tipos esenciales de desarrollo de identidad psicocultural.

Nuestro uso de la literatura ocurre en el marco de un análisis dialéctico de lo que constituye experiencia decantada y explícita del mayor grupo de emigrantes, los latinoamericanos de habla castellana, y se propone encauzar una aproximación a la experiencia de desarraigo desde la perspectiva de los participantes o afectados.

Consideramos que esta tipología puede ser útil, como

tipología de la experiencia humana para establecer modelos de referencia y darle un contenido cualitativo al interés de conocer la situación vital del "otro". De ningún modo, sin embargo, puede pretenderse de esta tipología el alcance pragmático propio de instancias diagnósticas, de las cuales puedan desprenderse ipso facto consecuencias de acción social y/o terapéuticas.

Sabemos que ésta, como toda tipología, debe globalizar y hacer abstracción de las circunstancias especiales de la experiencia individual y que, necesariamente, se exime de considerar el hecho de que tipos puros existen más que nada como excepción, en tanto que lo común, en hombres de carne y hueso, es una mezcla de diversas características.

Frente a las conclusiones prácticas que pudieran obtenerse de esta exposición, debe manifestarse desde ya, que éstas son virtualmente mínimas, pues, yendo más allá de la ingente praxis terapéutica con exiliados latinoamericanos, realizada en forma pionera en varios centros de Europa y América latina, difícilmente puede presentarse nuestra reducida experiencia personal en el trato con latinoamericanos en Europa —hasta ahora puntual y poco sistematizada en tanto que no concebida como estudio—, como parangón frente a la gran riqueza vivencial decantada en la literatura aquí expuesta.

Consideramos que, de momento, más que soluciones instantáneas para un problema de tan largo alcance, deben plantearse las preguntas adecuadas a esta realidad tan controvertida, y, yendo más allá de detectar tan sólo las eventuales formas de sufrimiento psicosocial, cuestionar entonces con el propósito definido de crear las bases para una prevención y promoción de la salud psicosocial.

Basándose en la definición de trabajo de la salud psicosocial, enunciada con anterioridad, podemos plantear los siguientes interrogantes:

¿Existe una correlación entre la actual forma activa o pasiva de articular el bagaje existencial en la situación de desarraigo y:

a) la percepción de la propia historia en el nuevo ambiente?

b) las expresiones del sufrimiento psicosocial en individuos o grupos específicos?

c) las soluciones de adaptación que se van gestando a través de la experiencia psicosocial de individuos o grupos específicos?

La metodología a usarse aquí debe necesariamente superar el ámbito clínico y referirse principalmente a técnicas y métodos propios de las ciencias sociales, así, por ejemplo, la entrevista profunda individual o la entrevista temática grupal.

Postular una salud psicosocial como posible desenlace de la experiencia de desarraigo no significa que veamos como "razón suficiente" (en la acepción irónica de Voltaire) (34), el hecho de que desde hace casi dos siglos hay latinoamericanos en un estrecho contacto vivencial con Europa y sus habitantes y que por ello debe buscarse un compromiso cuasi resignado con tal situación, sino que se postula la posibilidad de reunir los elementos que dan a esta experiencia de desarraigo sus características específicas y que conducen a la constitución de una nueva identidad psicosocial en sus múltiples facetas, proponer la discusión de estos elementos de constitución y tratar de obtener de la situación global de desarraigo soluciones intrínsecas al proceso de individuos o grupos sociales bien definidos de modo de promover perspectivas de desarrollo de salud psicosocial, de acuerdo a las condiciones específicas de los afectados, pero recurriendo a su participación activa en el proceso de integración psicocultural de esta experiencia y de las consecuencias propias.

Summary

The process of deracination experienced by Latin Americans as a result of their migration to Europe has been taking place for almost two hundred years; it became a cultural theme and was subsequently integrated into the culture as a phenomenon of auto-

nomous development, especially in the spheres of literature and oral communication. Four fundamental types resulting from the experience of deracination can be distinguished: industrious, transplanted, exiled and "trahumantes" (culture-synthesizing migrants).

The experience-related prototypes represent specific socio-cultural forms constituted in the course of this generic experience which conduce the participants to different forms of self-awareness and of articulation of their personal existence in the new environment.

This study focuses on the effect of the experience of deracination upon those implicated and on its relationship to their psychosocial health. Furthermore, it defines the basic formulation of the problem necessary in order to examine it from the perspective of the participants.

Notas y referencias bibliográficas

1. Voltaire, *Cándido o el optimismo* (versión alemana), Insel Taschenbuch, Ulm, 1972.
2. Hablamos de un proceso de identidad psicocultural para el conjunto y cada uno de los latinoamericanos en Europa, en tanto que nos atenemos a la opinión de Gramsci:

"Cada hombre considerado fuera de su profesión, despliega una cierta actividad intelectual, o sea, es un 'filósofo', un artista, un hombre de buen gusto, participa de una concepción del mundo, tiene una línea de conducta moral, y por eso contribuye a sostener o modificar una concepción del mundo y a suscitar nuevos modos de pensar" (Gramsci, A., *Cuadernos de la cárcel. Los intelectuales y la organización de la cultura*, México, 1973, pág. 15).

Esta percepción de los hombres como artífices y participantes directos de la cultura mantiene su relevancia en relación al proceso de transculturación de latinoamericanos en Europa, en sus formas de tematización coloquial e incluso en el fenómeno casi banal de la percepción "repentina" y pertinaz, entre los sujetos migrantes, del valor y la importancia de la música y la literatura del subcontinente americano, como si de este "redescubrimiento" obtuviesen nuevos recursos para reformular frente a sí mismos y los suyos la propia identidad psicocultural.

3. Park, R. E., *Human migration and the marginal man*. En: "American Journal of Sociology", XXXIII (1928).
4. Nos referirnos aquí a la conciencia de sí mismo y de la situación vital en la perspectiva abierta por Rubinstein:

"En el plano psicológico, la conciencia aparece, ante todo, como un *proceso* gracias al cual el hombre *adquiere conciencia* del mundo circundante y de sí mismo. El adquirir conciencia

de algo, presupone de modo necesario cierto conjunto de conocimientos con el cual se relaciona lo que nos rodea y entonces es aprehendido por la conciencia. La conciencia como formación aparece en el proceso en virtud del que se entra en conocimiento del mundo circundante; a medida que va surgiendo, la conciencia se incorpora en dicho proceso como medio ('aparato') de cognición. La conciencia como formación es un saber que funciona durante el proceso en virtud del cual se entra en conocimiento de la realidad. El que el hombre posea conciencia significa, en propiedad, que en el decurso de la vida, de la comunicación, del aprendizaje, se ha formado en el hombre tal conjunto (o sistema) de conocimientos más o menos generalizados y objetivados en la palabra, que gracias a ellos puede el hombre adquirir conciencia de lo que le rodea y de sí mismo entrando en conocimiento de los fenómenos de la realidad a través de su correlación con los conocimientos aludidos. Con esto el problema *psicológico* central sigue radicando en el *proceso en virtud del cual el hombre entra en conocimiento del mundo*" (Rubinstein, S. L., *El ser y la conciencia*, México, 1963, págs. 255-6).

5. Hemos preferido referirnos a categorías dinámicas, esto es, que conducen a una salud psicosocial de individuos y grupos sociales participantes, en lugar de exponer en forma abstracta la Salud o la Enfermedad Mental en la experiencia pasiva de migración, porque consideramos que existen condiciones para una interacción conflictiva pero satisfactoria entre los individuos y grupos sociales de origen latinoamericano y su nuevo medio ambiente europeo; condiciones de interacción que pueden conducir a una nueva cualidad en la percepción de sí mismo y del propio desarrollo de la personalidad psicosocial. Así se pretende definir bases teóricas en una relación directa con formas de la experiencia de transformación social y cultural de individuos y grupos sociales enfrentados a situaciones de cambio radical en su contexto social y psicocultural, se pretende pues, crear formas de acceso a una nueva cualidad y en la percepción y aplicación del concepto de salud psicosocial. Véase: Riquelme, H., *El trato con las minorías sociales en Nicaragua. Una aproximación psicocultural. (Der Umgang mit sozialen Minderheiten in Nikaragua. Eine psychokulturelle Annäherung)*. En: "Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik", vol. X, No. 4: 24-42, Viena, 1985.
6. Véase así: *Descubrimiento y Conquista de América. Navegantes, conquistadores, misioneros y poetas. Una antología general*. Compiladora: Margarita Peña. SEP/UNAM, México, 1982. También deseamos hacer referencia a la obra del insigne mestizo migrante, Inca Garcilaso de la Vega, cuyos "Comentarios reales" constituyen el primer esfuerzo por esclarecer y crear conciencia para sí y los europeos cultos de la época sobre el legado cultural incásico. (Primera Parte, Lisboa, 1609; Segunda Parte, Córdoba, 1616 (Quito, 1973).

7. Véase: Carpentier, A., *Sobre el meridiano intelectual de nuestra América (1927)*. Reimpreso en "Ensayos" (251-4), La Habana, 1980.
8. "La obra literaria debe ser considerada como una manifestación de la actividad humana, como una forma de trabajo humano; en esta condición es también una forma de respuesta del hombre, en su condición de ser social e histórico, ante el mundo. Por ello es que la obra literaria es reflejo de una concepción del mundo, de una manera global de concebir la realidad y la relación del hombre con ella. En este sentido es un elemento que integra la superestructura ideológica de la sociedad, y está en directa relación con los valores ideológicos que se encuentran en dicha superestructura. De manera que, dicho a grosso modo, su función con respecto a los valores ideológicos dominantes puede ser la de reforzarlos (repetiéndolos, multiplicándolos, ampliándolos o enriqueciéndolos) o de criticarlos, abriendo camino a la expresión de nuevas concepciones del mundo. Esto es lo que hace que la obra literaria, al mismo tiempo que ser parte integrante de la superestructura social, puede actuar y refluir sobre ésta, e incluso, sobre la propia base de la vida social." Osorio, N., citado por Miranda, M., en: *Lateinamerikanische Schriftsteller und Kulturschmelzung (Escritores latinoamericanos y fusión cultural)*. Ensayo escrito para Meyer-Clason, C., "Unsere Freunde die Diktatoren", München, 1980.
9. "Eso de la identidad puede ser estimado, pero no medido. Es muy difícil concebir una escala para objetivizar el grado en que alguien llegue a sentirse bien en su propia piel" (Puelche, Siroco, *Del devenir al allegarse*, Aforismos, Lirquén, año 1969).
10. Darío, Rubén, *El viaje a Nicaragua*, Madrid, 1909, págs. 42-43.
11. Blest Gana, A., *Los trasplantados*, París, 1906, pág. 14.
12. *Ibid.*, págs. 331-2.
13. Carpentier, A., *El recurso del método*, México, 1974, pág. 300.
14. *Ibid.*, pág. 302.
15. *Ibid.*, pág. 336.
16. *Ibid.*, pág. 335.
17. Edwards, J., *Dialektik des Evils* (retraducido del alemán al castellano, pág. 223). Ensayo en: "Autoren im Exil", Frankfurt a.M., 1981.
18. Una posibilidad de tomar conocimiento actualizado acerca de la situación de represión y sufrimiento psicosocial en los países de América latina se presenta en la obra de AI (Amnesty International), *Desaparecidos. Textos de trabajo ("Disappearances"). A workbook*, New York, April, 1981).
19. Para la mayoría de los chilenos y, por extensión, de los latinoamericanos exiliados, manifiesta H. Valdés: "Para el pueblo chileno se presenta el exilio como una situación nueva, prácticamente desconocida. Pues Chile fue siempre un país aco-

gedor para inmigrantes y refugiados. En el himno nacional se expresa que seríamos 'asilo contra la opresión'" (pág. 231). Retraducido del alemán desde: *Pinochets KZ entronnen*. En: Corins, K., "Autoren im Exils", Frankfurt a.M., 1981.

20. Acerca de la experiencia de integración psicosocial de exiliados informa el Grupo "Colat", desde una perspectiva clínica:

"Las múltiples diferencias y choques entre el exiliado y la sociedad de acogida van adquiriendo el carácter de pequeños traumas psico-afectivos. Las dificultades lingüísticas complican la situación. El se siente paralizado, decepcionado y agresivo frente a las múltiples dificultades administrativas que debe soportar. Las tentativas de solución que el país ofrece, le parecen como insuficientes y torpes.

"El sentimiento de impotencia que aparece por esta situación, empuja al exiliado hacia un universo que se colorea de angustia y de agresividad depresiva.

"Lo que acabamos de describir es el retrato general de las reacciones del exiliado. El proceso de inserción del exiliado en la nueva sociedad contiene, nos parece, ciertas fases: defensivas, de asimilación y de integración progresiva.

"En estas diferentes fases, pueden aparecer estados o sentimientos depresivos, que son expresiones de la pérdida real o simbólica del rol y la función social de la persona y de su antiguo mundo de relaciones. También pueden existir formas de regresión dependiente, de inactividad o de abulia. Lo otro que puede caracterizar estas diferentes fases son verdaderas manifestaciones paranoides (sentirse perseguido o atacado). Estas manifestaciones son producto por una parte, de los peligros reales y las dificultades del exterior, pero por otra parte, son producto del estado de incertidumbre interior que es proyectado sobre el medio.

"Nosotros pensamos que estas manifestaciones, ya sea la forma depresiva o la forma paranoide, lejos de constituir situaciones patológicas, expresan formas o mecanismos defensivos de adaptación en los sujetos sensibilizados por una situación de desarraigo. Se trata de modos de funcionamientos adaptativos, verdaderos rodeos empleados por el sujeto para acomodarse más fácilmente a la situación (pág. 106). (En: Grupo "Colat", *Psicopatología de la tortura y el exilio*. En especial: Barudy, J. y Duvanetal, E., *El mundo del exiliado político*, Madrid, 1982.)

21. Benedetti, M., *Ex presos, en Nicaragua*, vol. II, Nº 4: 70, Managua, 1981.
22. Skarmeta, A., *No pasó nada*, Madrid, 1980. Este libro fue llevado al cine, acentuándose en la trama filmica la intensidad de la nostalgia por la patria lejana.
23. El estudio social y antropológico de los procesos de interacción social y cultural, así como de la virtual integración de

33. Esta actitud psicocultural del transhumante frente al nuevo medio ambiente puede considerarse como el antípoda de la actitud descrita en *Homo faber* por Max Frisch, para la conducta y actitud de un funcionario internacional durante su transitar por países de América latina. Quizá se promueva así una forma de superar la enajenación, producto virtual de la situación de desarraigo y de anomia cultural en los centros urbanos. Ver: Frisch, Max, *Homo faber*, Frankfurt a.M., 1976.
34. Véase: Voltaire, *Ibid.*, pág. 12.

Edición de 2.000 ejemplares.

Este libro se terminó de imprimir
en Agosto de 1987
por *Rodolfo F. Stang*,
Combate de los Pozos 968,
Buenos Aires.