

# Las esquizofrenias y una perspectiva de cuidados mentales<sup>1</sup>

## *Schizophrenias and a Perspective on Mental Care*

---

Recepción: 9 de octubre de 2023 / Aceptación: 2 de noviembre de 2023

Viviana Pereda Ruiz<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol12.num24.811>

Licencia CC BY 4.0.

## Introducción

Agradezco esta invitación a participar del 6º seminario de Psicología Social Comunitaria, organizado por la Escuela de Psicología de la Universidad Central y, especialmente, quiero agradecer a Georg Unger por esta invitación.

Debo agradecer a Georg Unger el hecho de haberme acercado a la comunidad terapéutica. Georg, de un modo inesperado y generoso, me habló del espacio que se abría en Peñalolén, la comunidad terapéutica, y del valor que él le daba a conocer el trabajo de Tesi Huneeus<sup>3</sup>. Iré explicando todo esto durante esta exposición. Mi idea es plantear algunos modelos, pero principalmente se trata de mi experiencia de trabajo con personas diagnosticadas

---

1 Intervención oral realizada en Seminario Psicología Social Comunitaria, Universidad Central, en octubre de 2023.

2 Psicóloga clínica, magíster en Clínica Psicoanalítica, Universidad de Chile. Trabajó por más de dos décadas en tratamiento grupal e individual de personas con diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental severo, en Comunidad Terapéutica de Peñalolén, institución dedicada al tratamiento ambulatorio para personas diagnosticadas en la comuna de Peñalolén de Santiago.

Código postal: 7510550. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1555-8881>

3 Tesi Huneeus, psicóloga gestáltica, fundadora Comunidad terapéutica de Peñalolén([www.cordescorporacion.cl](http://www.cordescorporacion.cl)) y premio Sergio Yulis de la Sociedad de Psicología Clínica, desarrolló amplios lazos con la cooperación italiana, con tradición e historia de Basaglia y Ley 180. Autora del libro *Esquizofrenia*, 2005.

de esquizofrenia. Y me disculpo de antemano porque, seguramente, dejaré muchos temas pendientes, considerando que he titulado esta exposición como las esquizofrenias.

Para poder hacer esto, hablar y pensar de forma ordenada y concentrarme acerca de las psicosis, haré historia y retomaré mi memoria. Y debo decir, además, que ha sido esta también la forma en que pude hacer este trabajo durante más de treinta años. Tomar y retomar la historia, a través de nombres y lugares significativos, es un método. Esta idea la he tomado de psicoanalistas franceses –Francoise Davoine y Jean-Max Gaudilliere– que trabajaron por muchos años un seminario que se llamó Psicosis y lazo social, que produjeron muchos libros y que, además de visitarnos en Chile varias veces, son ampliamente conocidos. Porque es importante no perder de vista que hablo como psicóloga formada en ciencias sociales y, en este sentido, mi interés ha estado en las personas con las que dialogo, no en sus enfermedades. Es así que entiendo la psicosis como una forma de lazo social.

Georg Unger tiene una larga y muy reconocida trayectoria como psicólogo social y como profesor conoció bien a Tesi Huneus, fundadora de la comunidad terapéutica en Peñalolén. Y me permite este momento de reflexión, sobre un tema que es difícil y más difícil aún en estos contextos, hablar de esquizofrenia, y psicosis. En mi caso para poder hacerlo de un modo algo ordenado, sin caer en espacios comunes, manteniendome en sentipensamiento<sup>4</sup>, hago, construyo un lazo, un apoyo común, un reconocimiento, hago un rito y solicito a estas instancias, en este caso estas dos buenas personas.

## La Tesi, fundadora de Comunidad terapéutica de Peñalolén<sup>5</sup>

Me había desempeñado ya algunos años como psicóloga, atendiendo mujeres jóvenes, madres, en relaciones y situaciones de violencia, en general había trabajado en temáticas duras y dolorosas, como es en todos los casos cuando trabajamos como psicólogos clínicos. Había conocido los delirios y el dolor mental (una experiencia difícil de transmitir, pero innegable cuando

---

4 Expresión usada en la obra de Eduardo Galeano, que implica un pensamiento que busca integrar los sentimientos.

5 Programa ambulatorio de rehabilitación y más antiguo de corporación Tesi Huneus

ves la confusión y dolor de los duelos, por ejemplo). Había trabajado para Ong's en el área sur de Santiago y en el servicio psiquiátrico del Barros Luco, junto al Dr. Mario Vidal<sup>6</sup>, en el ala de atención de pacientes diagnosticados con psicosis, lugar en el que pude –por razón de mi jornada completa– compartir con colegas psicólogos y, especialmente, colegas enfermeras, terapeutas ocupacionales y médicos psiquiatras. Ahí pude atender a lo más grave en salud mental y, especialmente, pude saber qué hace un servicio psiquiátrico, cuando a las 8:00 de la mañana se encuentra a diario lleno de gente que sufre.

Hoy hace muchos años de todo esto y Georg me permite que volvamos a conversar de todo esto, tan significativo para nosotros y de actualidad siempre cuando nos interesamos en las humanidades. Georg y Tesi<sup>7</sup> fueron parte, junto a muchos otros, de movimientos de pensamiento y creación de espacios. Espacios que fueron respetuosos y fueron críticos de los modos y malos tratos y tratos inhumanos de las personas y, especialmente, de las personas diagnosticadas con psicosis y esquizofrenia, trastorno mental severo en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, en años en que muy pocos se atrevían a sacar la voz.

Esta reacción al encierro que significa el hospital psiquiátrico, a la segregación permanentemente banalizada. Formas de tratar habituales y normalizadas. Formas que privilegian cuidados del cuerpo más que del alma. Cuidados donde se corre el riesgo de olvidar que los cuidados son, ante todo, una forma de relación<sup>8</sup>. Se trata de un encierro, hecho en todos los casos por peligro de vida y cuando estás ahí se siente el miedo.

Comunidad terapéutica es parte de esta corriente, es un movimiento nunca acabado, contrario a cualquier utopía, que tomó forma en Europa en los años 50 por el médico psiquiatra Maxuel Jones en el hospital psiquiátrico, donde implementó una asamblea, un grupo que habla y organiza sus actividades a diario, dando atención al ambiente. He visto lo revolucionaria que es esta práctica y es esto, la implementación de formas nuevas, lo que le otorga el valor a la comunidad terapéutica. Soy testigo de cómo resistimos

---

6 Maestro de la Psiquiatría Chilena, premio que entrega la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

7 Huneus, T. (2005). *Esquizofrenia*. Ed. Mediterraneo.

8 Aquí hago referencia al libro *Cuidado y política*, de Frederic Worms.

a la inercia y las estasis de lo mórbido, en esta dinámica vital y vitalizante semanal.

Esta reacción energética, en manos a la obra, fue multiplicándose luego de la segunda guerra mundial que dejó todas las consecuencias que conocemos y desconocemos en relación a las ideas utópicas, el totalitarismo y los peligros de la deshumanización. Tesi Huneeus era psicóloga y una convencida de la importancia de dar tratamiento humanitario y respetuoso de los derechos de las personas diagnosticadas con esquizofrenia en esas épocas en Chile. Apegada a la importancia de los cuidados, la experiencia cotidiana y la organización de la convivencia diaria en este espacio (todos principios del modelo de Comunidad terapéutica en Inglaterra e Italia). Comunidad terapéutica designa los esfuerzos encaminados a la creación de instituciones con un ambiente terapéutico que permitiera la readaptación de los soldados traumatizados durante la guerra.

Con los años una reflexión analítica fue necesaria, toda vez que la experiencia nos mostró que no bastaba con las declaraciones de principios; la conducta humana y su expresión mental requieren un esfuerzo más. La interpretación de aspectos inconscientes del grupo y la supervisión externa del equipo junto a un analista de dinámica grupal son aspectos y condiciones necesarias para hacer nuestro trabajo. Un esfuerzo activo por mantener la continuidad de un diálogo que integra cada vez nuevos y variados elementos individuales y colectivos, y que ha ido aprendiendo a asumir los fuertes peligros tanto externos como internos de la mente.

## **Fuertes peligros, tanto externos como internos de la mente**

En este tratamiento colectivo, muchas cosas van ocurriendo al interior de las salas de atención, en los espacios variados del lugar, que se van retomando lo más posible en la asamblea semanal. Cuando partí en esos años, la hacíamos todo el equipo, con todos los que llegaran dos veces por semana. Normalmente éramos 15 o 20 en la sala, otras veces éramos muy pocos. En ese espacio se incluía la locura de cada uno, un espacio para hablar y también para soñar y siempre hubo iniciativas de salir juntos al exterior. Esto puede nuevamente parecer obvio, pero no lo fue y no lo es, porque hablamos de un grupo difícil que habla de modos incomprensibles y a veces agresivo, que tiene miedo de hablar de lo que pasa, miedo de saber lo que le pasa al otro, donde la mayoría se halla totalmente fuera o excluido de

actividades sociales de todo orden. Los viajes y las salidas fueron siempre anhelados por los grupos, toda vez que alcanzamos la confianza de poder soñar juntos. Los viajes, por ejemplo, fueron considerados terapéuticos y eran parte de las actividades terapéuticas. Como los ambientes, la cotidianidad, las instituciones, el mundo externo e interno. Los viajes buscaban darnos estos espacios, para establecer relaciones, desatarnos de prejuicios, de los diagnósticos lapidarios e ideas en relación a la locura y las personas diagnosticadas, ideas que hacían prácticamente imposible considerar un viaje o un anhelo tan sentido como puede ser conocer un lugar o estar juntos de paseo. Lo vi, lo viví como un cuerpo entre muchos, no sé si tendremos tiempo para volver sobre esto, todo lo mágico y difícil que tuvo esa experiencia.

Estas experiencias, marcadas de detalles domésticos, iban preparándonos mejor para un primer encuentro, para conversar de la forma más concreta posible: qué hacía que esta persona se encontrara en tal estado de pánico. Todas estas experiencias, lo vivido, fueron formándome para tener mejores condiciones para recibir la enorme energía condensada que se recibe en estos primeros encuentros. Es decir, que hay una idea, hipótesis difícil de sostener de entrada, de que este estado era en parte comprensible, podríamos decir que había una idea positiva, que funda esta escucha. Estas ideas forman parte de corrientes de pensamiento y, en el caso de la esquizofrenia, son importantes para reflexionar sobre cómo entenderemos lo que está ocurriendo con esta persona.

Tesi, por ejemplo, lo pensaba como que había un sujeto ahí, mirando, escondido, al que debíamos referirnos y apelar. Nada fácil y, en mi opinión, no me sirve pensarlo así, sobre todo porque no me parece justo apelar a ellos, cuando ellos están dentro de ellos.

Hemos hablado de peligros externos, pero también de peligros internos a nuestra vida mental. ¿Pero a qué me refiero cuando pienso en la mente y me refiero a su interior? En la perspectiva de los cuidados de la vida mental. Es válido preguntarse qué y cómo nos cuidamos cuando contemplamos el espacio mental y la actividad psíquica.

Generaciones de terapeutas han considerado la esquizofrenia “desde afuera”: estudiamos funciones cognitivas, el comportamiento del enfermo, sus situaciones familiares, sus dificultades, discapacidades, incapacidades, anormalidades y dificultades de adaptación social. Especialmente, además,

intentando entender las causas de la enfermedad. Si nos situamos en la experiencia, la esquizofrenia “de adentro” y el proceso esquizofrénico, más que interrogarnos sobre lo que conviene hacer, optamos por tomar nota sobre lo que se hace para poder sentirse mejor. Esta es la orientación que les propongo tener, durante estas primeras entrevistas. Los peligros internos a la propia mente, tener acceso a estas zonas de existencia negativa (Benedetti, G., 2003), habitadas de existencias ajenas y el dolor que sienten algunas personas por el hecho de tener una mente en dificultad.

Hablamos del dolor que viene del hecho de poseer una mente. Porque podemos hablar de todo tipo de cosas que causan dolor, pero si nos apegamos a la mente estamos en un terreno más acotado e íntimo, cuyas mentes los han puesto en dificultades. Se trata de pensamientos que nos vienen a la mente y de los cuales muchas veces tenemos miedo.

## El dolor mental es concreto

La psicosis, las esquizofrenias, entonces, podemos pensarla como un efecto esquizofrénico<sup>9</sup>, como un proceso en el que la persona pasa por muchos momentos de quiebre esquizofrénico y es en estos momentos en los que la compañía adecuada de alguien puede significar la diferencia. Es en este lazo humano intrínseco al proceso terapéutico, de la proximidad del hablar, donde podemos favorecer la recuperación. Es este lazo humano, que mantiene un vínculo simpático, empático y, por sobre todo, respeta el derecho a guardar silencio para retomar el flujo de la conciencia.

El trabajo junto a personas diagnosticadas con esquizofrenia, personas que deliran, alucinan, ha sido para mí apoyar e ir retomando heridas muy dolorosas. Este es mi modo, explorando y, sobre todo, actuando juntos, donde tenemos acceso al material mental que necesariamente volverá a ponernos en dificultad. Y al decir nos pone me refiero a que aún no hemos avanzado lo suficiente, hemos dejado estos temas tan centrales de lado. ¿Cómo se hace para recuperar, retomar y revivir, poner en marcha el tiempo y el espacio nuevamente? Todas estas formas son modos concretos de hablar e ir aportando palabras que abran una mente endurecida por la experiencia.

---

<sup>9</sup> Christopher Bollas, en su libro: *El día en que el sol explota: el enigma de la esquizofrenia*, 2018.

Cristopher Bollas, psicoanalista heredero de Melanie Klein, tremendo terapeuta estadounidense, muy conocido, escribe desde hace cuarenta años sobre dolor mental. Justamente me encuentro en la corriente y flujo que este terapeuta ha desarrollado. Él es de la idea de que la esquizofrenia es la suma de eventos y micro eventos de quiebre que no fueron bien tratados, por decirlo de un modo bien simple. Son espacios concretos. Una persona se va tornando esquizofrénica en la medida que estos eventos no son retomados o la persona no tiene ya a quien hablar para retomar el flujo de la conciencia en el tiempo. De hecho, en su obra, especialmente en su último libro, habla del tiempo, especialmente el tiempo lógico de la mente. Nos habla de la presencia esquizofrénica, como la experiencia psicodinámica de estar con una persona esquizofrénica da la impresión de haber vuelto atrás el mundo humano y haberse adentrado en un entorno no humano. Francoise Davoine (2022) habla de interferencias, para acercarlo más a ustedes, hablamos de momentos en los que es difícil saber si estamos dormidos o despiertos.

Desde siempre fue sorprendente ver la falta de tiempo que se daba a nuestros pacientes en los diferentes espacios de tratamiento que me tocó conocer. Estaba, por un lado, ese espacio/tiempo requerido para conocer la lengua de la persona y, por otro lado, la necesidad de dar este espacio/tiempo en el que esa persona se pudiera expresar. Y, bueno, luego venía esta hemorragia, un balde de agua fría, lo que estaba viviendo, que en parte es un cúmulo de cosas, ideas confusas, sensaciones, miedo, pánico, inestabilidad, miedo de volverse loco, estar fuera de sí y dolor. El dolor de verse plagado de pensamientos que no sabe de donde surgen. Por lo tanto, esta es una práctica que necesariamente debe ser reflexionada y, evidentemente, es difícil que un profesional pueda reflexionar como le es obligado cuando se trata de situaciones que están provocando tanto dolor, si no tiene el tiempo necesario para un intercambio disciplinario. Es importante que sepamos que, en estos casos, cuando nos acercamos a la fuente de dolor, nuestro único material, como las gasas para contener la hemorragia, son nuestra forma de mantenernos presentes. Nuestra experiencia nos señala que la eficiencia a mediano y largo plazo es mayor cuando se aplican estos resguardos. Es todo un trabajo –y es bueno entenderlo así– mantener el intercambio interdisciplinario, resistirse a la urgencia y hacer pantalla a la ansiedad que produce y reproduce en la relación.

Entonces, había que preparar este espacio con todas las condiciones necesarias: los ritos y protocolos que permitan contener la hemorragia, y

solo ahí comenzaba la posibilidad de ubicar la herida e iniciar su limpieza. Lo que implicaba revivir o profundizar en este, el mundo interno, plagado de fantasmas, temores y alucinaciones, sin traicionar las confianzas.

Volvamos sobre la idea de dolor, porque podemos hablar de todo tipo de cosas que causan dolor, pero, si nos apegamos a la mente, estamos en un terreno más acotado. Estamos hablando de cuando la mente nos pone en dificultades. Dolor mental que se deriva del hecho de tener una mente. No se trata únicamente de la historia, es importante saber de los enormes avances que hace la neurociencia y la epigenética, por ejemplo.

## **Lo primero para poder dar tratamiento al dolor mental: un grupo y una decisión tomada contra la corriente del sentido común**

Mi experiencia trabajando en salud mental desde los años 80, y por más de 23 años junto a diferentes equipos, ha sido un proceso continuo, que se complejiza, que ha tenido momentos de grandes transformaciones, crisis y ha sido posible, en mi opinión, únicamente porque ha existido un grupo que me emociona. Es dentro de este cuerpo/grupo que se ha mantenido unido donde se han gestado, por años, estos espacios de acogida, donde hemos podido ver la transformación de las situaciones, las personas y los enormes dolores que normalmente recibimos. Se trata de historias alucinantes. Hemos trabajado en diferentes frentes, con personas, instituciones, familias, políticas, jueces, carabineros, empresarios y funcionarios. Abrimos hogares protegidos, colaboramos con algunas iniciativas de desinstitucionalización, con negocios para la integración laboral (mantenidos con el trabajo de nuestros pacientes y terapeutas), hemos denunciado, hemos viajado. Me siento profundamente parte de una corriente de pensamiento. Es decir, nos anima la idea, no de curarlos de una enfermedad, sino de conocer sus mentalidades y facilitarles el tránsito.

Esta es una decisión que compromete a un grupo, las condiciones lo ameritan. La Comunidad en parte ha significado un espacio cercano a las personas, asequible y sensible a la cotidianidad de sus familias, sin la necesidad de la defensa material de un edificio o estructuras diferentes a la del barrio. Observando siempre una relación humana en la atención de personas. Si bien puede sonar obvio, no lo es. Es todo un trabajo mantener esta actitud y desarrollar los límites necesarios para garantizar su existencia



concreta. En este punto, por ejemplo, debemos saber muy bien y explicitar lo mejor posible qué y sobre qué podemos intervenir.

Constatar las duras condiciones de vida que viven las personas que deben ser hospitalizadas por razón de lo que están sintiendo y, particularmente, en los caos que buscan acabar con sus vidas en el hospital psiquiátrico y la falta de cuidados, considerando que se trata de personas con problemas mentales graves, sigue siendo un asunto pendiente. Les voy a dar un ejemplo para que me entiendan.

No fue sino hasta el año 2000 que se publica un primer plan de salud mental en Chile, que ingresa, por sugerencias de la OMS, nuevos fármacos y solicita información sobre el estado de las personas en los hospitales psiquiátricos. En esa época, supimos por ejemplo que, del total del presupuesto de salud, solo un mínimo estaba orientado a salud mental (menos de 0.5%) y de este presupuesto, más del 98% estaba asignado a tareas en relación a la cama psiquiátrica. Que contempla únicamente las actividades asociadas a la cama.

En ese entonces, nuestros pacientes tenían un promedio de cuatro hospitalizaciones de causa psiquiátrica, recibían tratamientos médicos innumerables y las indicaciones de medicina eran normalmente cuatro, cinco o más tipos de fármacos diferentes, ingiriendo más de 15 pastillas diariamente por años. Eran, además, inyectados de Haloperidol y Modecate. En esa época, las personas iban normalmente al control cada tres meses y, en todos los casos, eran vistos por un corto tiempo y se les indicaba la medicina. En esos años, luego de esta reforma, hubo más interés y el servicio investiga y da a conocer que el promedio de edad de diagnósticos de esquizofrenia era 45 años. Volvían a sus casas cargados de bolsas con medio kilo de fármacos. Este servicio psiquiátrico tenía y sigue teniendo 20 camas, para una población de 8 comunas; más de 2 millones de personas que se atienden en el servicio público<sup>10</sup>. El sistema público de salud actual atiende a más del 95% de nuestra población.

Entonces, estas son las cosas que tenemos que saber, estos temas de contexto deben ser tomados en cuenta. Lo primero fue tener, en esta institución, un grupo. Las personas que nosotras recibimos estaban en estas condiciones. Diré, además, que durante esos años e, incluso, hasta hoy, sigue

---

10 Chile tiene un sistema mixto de seguridad social; sin embargo, más del 95% de la población pertenece al seguro del estado Fonasa, el fondo nacional de salud.

siendo muy difícil trabajar con familiares que sufren por la falta de tratamiento. Los servicios médicos derivan poco, ellos están aún muy centrados en la carga y responsabilidad que significa atender a estas situaciones y no sabemos cómo compartir esta responsabilidad. No conocemos lo que hacemos unos y otros y, como les he relatado, esta realidad es muy parecida a la que vivimos hoy, de una gran incertidumbre.

La comunicación y el compartir las incertidumbres con estos equipos locales es un trabajo constante y aún delicado. Los médicos están aún muy formados para dar indicaciones médicas y “entregar este trabajo a terapeutas y asistentes sociales” y no tienen la costumbre, ni ellos ni los equipos, de retomar lo que ha sido de la vida de las personas luego de las hospitalizaciones de causa psiquiátrica, de si lo que hemos hecho ha aportado, o de qué modo ha aportado, en la recuperación, lo que llamaremos “continuidad de cuidados”. Es importante que trabajemos para que la indicación sea también de rehabilitación psicosocial, acompañamiento ambulatorio y cuidados de salud mental. Esto colabora y reintroduce materia de buenos tratos y mejores tratamientos a las personas. Las opiniones tienen respuestas defensivas y evasivas, porque no hemos creado los espacios y herramientas prácticas. Pero, bueno, sabemos que es así cuando tenemos miedo.

Con la reforma, ingresan nuevos medicamentos antipsicóticos: la Clozapina. Durante los siguientes 10 años nuestros pacientes recibían indicaciones de entre 8 y 12 pastillas diarias de este fármaco, esto considerando únicamente este fármaco. Nuestras observaciones eran que las personas sufrían constreñimiento y obstrucciones intestinales graves. Y fuimos, además, notando que los efectos de estas cantidades de fármacos dejaban a las personas ya no tan tiesas, pero sí pobladas de movimientos, dificultades para pensar y ansiedad. Estos llamados efectos secundarios los tomamos muy seriamente. La comunidad científica ha ido revirtiendo esto y hoy se sabe que con 150 a 300 mg, es decir entre 3 y 6 pastillas, se obtienen los efectos esperados y se acepta, además, que es necesario avanzar en menos dosis o microdosis y monoterapias, es decir, no mezclar muchos medicamentos y centrarse en un medicamento principal. No estoy aquí para hablar de medicina; sin embargo, es importante que no dejemos estos aspectos en lo no sabido, lo no pensado. Es esencial conocer estos asuntos cuando tienen una presencia tan importante en la vida de nuestros pacientes y pueden provocar cantidad de sensaciones y dolores en las familias y las personas, así como inseguridad y miedo. Y en este punto me gustaría comentar que

es muy importante que sepamos de farmacología. Nuestros pacientes necesitan ser apoyados y la medicina es un apoyo, no podemos prestarnos y no saber. Pero lógicamente que no se trata de hablar de fármacos, preguntar si se tomó la pastilla, pero sí es importante que sepamos si toma tratamiento, qué tratamiento toma y –muy importante– que hablemos de cuando la persona o el joven ha dejado los medicamentos. En mi caso, muchas veces condicioné la atención a la presencia de un médico tratante. En mi opinión, no es aceptable que una persona sufra así, sobre todo cuando no podemos estar más presentes con un acompañamiento ambulatorio de calidad.

La consideración de la mente o la vida mental de forma concreta nos exige agudizar la escucha, plena de lógicas en su pensamiento y sensación somática. Somos mucho más concretos de lo que creemos y dependemos mucho de lo que nos rodea. Textura psíquica, para Bollas. Para poder hacerlo mejor, podemos hacerlo equivalente a un espacio de cuidados intensivos, es también un cuerpo la mente y requiere un espacio/tiempo para ser recogido y, muy especialmente, conocer sus ritmos, sus tiempos.

“La experiencia me ha enseñado que en el trabajo con adolescentes que han vivido un episodio psicótico agudo es muy importante, primero, ocuparse de categorías aparentemente simples de la historia reciente del self, en un lugar, en un momento preciso, para descubrir las condiciones en las que tuvo lugar esta catástrofe mental”. (Bollas, 2018)

Hablamos de personas que han vivido o pasado por experiencias desorganizadoras, devastadoras, vivencia de no existencia, que suponen pánico al recordar. Si no hemos pensado en esto, bastaría con prestar atención a la expresión facial de pánico y desconcierto, a los que tenemos la experiencia. El derrumbe, el sudor frío, nos dispone, nos alerta. Con los años fuimos notando como recogemos recuerdos de infancia de mucho dolor, modos infantiles de pensar y fuimos aceptando como dolía. Y fuimos creando las condiciones para recibir este dolor.

“En las primeras páginas de su autobiografía, Richard Yates describe la experiencia de su niñez, donde alucinaba y hay interesantes descripciones. Él, claramente, pasó por experiencias alucinatorias que, en estos días, llamaríamos episodios esquizofrénicos y aquí está lo que él escribe: ...recuerdo muy poco de la infancia, sólo el dolor. He crecido más feliz con cada año de vida, mientras, gradualmente, he conquistado algo en mí mismo. Por cierto, mi

miseria no fue causada por otros, si no que era parte de mi propia mente <sup>11</sup>”.

No sabemos muy bien qué sucede, cómo acercarnos y conversar. Una forma de exploración, comprensión y acercamiento a la vida interior, que implica disponernos a sentir y sentir, quizás, un transmisor que no se rige por el tiempo presente, sino que respeta su tiempo sin tiempo. Tomamos lugar y le damos importancia a la rememoración y los peligros de revivir momentos y miedos intensos. Vamos recogiendo imágenes (que son solo visuales, los patrones son de muchos órdenes sensitivos), elementos especialmente apegados a las cosas y la vida cotidiana, buscando a través de las cosas, los nombres, las personas, lo significativo, sin arrebatarlos sobre lo difícil y conscientes de esta facultad. Es importante recuperar nuestra forma de conversación, promoviendo narrar y contar, dicen estos autores, que permita conocer a la persona y sus referentes, lo que cuenta para esa persona. Esto puede tomar tiempo y es importante que nos lo tomemos, porque no es fácil, además, hablar de cosas que nos atacan, de fantasmas que van y vienen, de los que tenemos miedo y que no podemos controlar, especialmente si se trata de adolescentes y fantasías amorosas o sexuales. Recuperar estos espacios mentales puede ser importante para revertir estos momentos de derrumbe, ayudando al adolescente en pánico a reencontrar una orientación espacial y temporal. Apelando a la aptitud del self, de recordar el pasado reciente, que precedió el debut de un evento precipitante que ha provocado un estado psicótico. Entendiendo que el pensamiento histórico –del que trata el trabajo de reconstrucción en análisis, el examen de los recuerdos de la pantalla o, como aquí, el recuerdo de eventos recientes– no es solo un proceso mental, sino también “una estructura mental” (Bollas, 2018). En esta perspectiva del aparato mental, como una estructura que a su vez se expresa en el habla, el tratamiento y consideración de estos elementos psíquicos, “crear una historia es viajar en el tiempo y desarrollar perspectivas múltiples que generan, a su vez, una lógica del presente y abren posibilidades para el avenir. En efecto, cuando de niño – luego de adolescente, de adulto joven, de treinta, cuarenta y tantos, viejo, al borde de la muerte– comenzamos a pensar en “el futuro”, evocamos una estructura mental esencial a nuestra perspectiva psíquica y a nuestra generatividad inconsciente” (Bollas, 2018). Son conversaciones tenidas con jóvenes que parecen existir

---

11 Traducción personal de una conferencia de Christopher Bollas, dictada en 2016 en la Universidad de California, sobre dolor mental.

en bordes, es una consulta sobre todo dolorosa entre conciencia e inconsciencia, alteraciones de conciencia en espacio que se dan, entre las cualidades de la conciencia y lo inconsciente. Es decir, muy cerca del cuerpo y la medicina. La psicosis no es de alguien, no la tomamos como siendo de una persona; es una forma de lazo, de insistencia, una forma de investigación particular de nuestra mente, es positiva como motor en la persona, es vital, psíquica, enérgica y dinámica, insistiendo en la inscripción simbólica de la riqueza sensorial e inconsciente. Mi idea es poder mejorar la comunicación de esta experiencia, que en mi opinión es positiva, aunque inevitablemente dura. Busca conectarnos con el daño, la dimensión del daño que podemos hacer a nuestros niños, ya que son ellos el futuro y los cuidados que requiere un niño para su mejor desarrollo está muchas veces al interior de hogares con dificultades también. Es también una experiencia que me ha permitido acceder a la creación de espacios extraordinarios y también múltiples nacimientos de personas. Es parte de mi experiencia, también, haber contribuido en prevenir estados psicóticos, que indudablemente empobrecen a la persona, su familia y a todos finalmente.

“Recuperarse de la esquizofrenia, casi nunca del todo, abarca un espectro que va desde un nivel tolerable para la sociedad hasta uno que quizá no requiera una institución permanente pero que, en la práctica, tampoco permite siquiera la apariencia de una vida normal. Más que cualquier síntoma, el rasgo definitorio de esta enfermedad es la profunda sensación de incomprensión e impenetrabilidad que provocan en los demás quienes la padecen”. Esta es una cita tomada de Sylvia Nasar, de su libro *Una mente prodigiosa*.

“¿Qué aspecto tiene un esquizofrénico luego de lo que considero un análisis logrado? No hay una respuesta, no más que la hay tampoco para esta pregunta hecha a personas no psicóticas: “¿Qué le ha aportado su análisis?” Los esquizofrénicos varían en su idioma personal tanto como los no esquizofrénicos, pero pienso en un análisis logrado cuando la persona abandona las alucinaciones y las defensas psicóticas, comunica y actúa de forma no psicótica, y no sufre más del dolor mental de ser esquizofrénico. Una persona que ha sufrido un derrumbe esquizofrénico puede no olvidarlo jamás, y además en mi experiencia de algún modo pueda nunca estar libre de volver a vivirlo, así como no podemos pasar sobre nuestra infancia al punto de no tener recuerdos o dejar de estar influidos por ella”. Cita tomada del libro *Cuando el sol explota*, de Christopher Bollas.

Cada uno de nosotros podemos aportar mucho a las personas y familias que, por razones muy diferentes, pueden estar pasando miedos intensos, incertidumbre y soledad. Se trata de los cuidados que podemos aportar para disminuir el sufrimiento y se trata de cuidados para mejorar en la salud mental del grupo. Podemos aportar apoyos concretos, como hacen los padres cuando un hijo se derrumba, para que el niño, la persona, pueda remontar y vivir. Finalmente podemos dar buenos apoyos y prevenir suicidios. Les hablo desde un territorio que está marcado por estas vivencias, el territorio de los pacientes graves, las enfermedades crónicas, los sin tratamiento.

## Expertos por experiencia

Iré cerrando esta exposición dando paso, por supuesto, a palabras de quienes viven con estas facultades psíquicas, sin subestimar en ningún momento que se trata de condiciones difíciles de vivir. Con una gran alegría leí este libro de Esmé Weijun Wang, *Todas las esquizofrenias*. Este libro me lo compartió otra gran colega terapeuta y amiga, que también fue parte de los muchos que hicimos Comunidad terapéutica de Peñalolén, Mónica Paredes. Personas como ella son las que me animan a seguir divulgando nuestra experiencia.

Ella expone, de forma clara y con una enorme cercanía, su dolor y su extraordinaria forma de investigación. Una investigación emocionante, porque busca explicarnos a nosotros, con las palabras de nosotros, cómo se siente llevar el estigma de la psicosis, la esquizofrenia, el estigma y lo mucho que aún estamos lejos de entender. Ella de forma muy honesta luchó por ser normal y acceder como todo ser normal a la vida y a todos los esfuerzos por verse como una persona de “funcionamiento alto”. Como una experta por su experiencia, la esquizofrenia por dentro y ya no una definición de síntomas negativos exteriores.

En las primeras líneas de su libro, dice, la esquizofrenia aterra, es el paradigma de la locura. La enajenación nos asusta porque somos seres que anhelan siempre una estructura y un sentido, ordenamos los interminables días en años, meses y semanas, ponemos toda nuestra esperanza en hallar formas de aminorar y controlar la mala suerte, la enfermedad, la desdicha, la desazón y la muerte, desenlaces todos ellos inevitables, por mucho que finjamos que son de todo menos eso. Aun así, luchar contra la entropía parece de una futilidad increíble cuando nos enfrentamos a la esquizofrenia, que rehúye la realidad en pro de su propia lógica interna.

Leyendo este libro siento vergüenza, pero también me siento muy conforme con todo lo hemos hecho estos años, siendo parte de un movimiento que reitera la importancia de la psicoterapia de los estados psicóticos, y con mucha energía vamos de frente contra los actos de objetivación del sujeto. Tratar a las personas por diagnósticos de esquizofrenia ha sido particularmente un viaje extraordinario en el tiempo para mí y, como lo dice Francoise Davoine (2022), un antídoto contra la perversión.

Estar conscientes de esto constituye un cuestionamiento enérgico –en el sentido de la energía que debemos imprimir para detener todos estos gestos que son violentos– de estas posiciones, concepciones, ideologías que tienden a rehusar, negar, buscan prohibir todo devenir de la existencia psicótica y el dolor de las familias, especialmente de los padres.

Se hace imprescindible no perder de vista la sensibilidad, la escucha y la experiencia que vamos recogiendo, la atención y el acompañamiento de procesos psíquicos, como la fuente desde donde hablemos y apliquemos nuestras teorías.

Gracias.

## Referencias bibliográficas

- Benedetti, G. (2003). *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bened.2003.01>
- Bollas, C. (2016). *Conferencia sobre dolor mental*. Universidad de California.
- Bollas, C. (2018). *When the Sun Bursts: The Enigma of Schizophrenia*. [El día en que el sol explota: el enigma de la esquizofrenia]. Yale University Press.
- Davoine, F. (2022). *La transferencia como interferencia* (Vol. 1.), Serie de Psicoanálisis Ediciones Nandela.
- Huneus, T. (2005). *Esquizofrenia*. Ed. Mediterráneo.
- Sylvia Nasar, (2015). *Una mente prodigiosa*. Debolsillo.
- Weijun Wang, Esmé. (2022). *Todas las esquizofrenias*. Editorial Sexto Piso.
- Worms, F. (2012). *Soin et politique* [Cuidado y política]. PUF.