



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS**

**LA RADIO-NAVE DE LOS LOCOS
Reflexiones sobre la institución desde el dispositivo radiopsiquiátrico.**

Tesis para optar al grado de Magister en psicología clínica de adultos

Ernesto Bouey

**Director:
Matías Sanfuentes**

**Jurado:
Matías Sanfuentes
Horacio Foladori
Viviana Pereda**

Tesis Aprobada con Mención

Santiago de Chile, año 2015

Resumen:

- Autor: Ernesto Bouey
- Profesor guía: Matías Sanfuentes
- Grado académico obtenido: Magister en psicología clínica de adultos
- Título de la tesis: La radio-nave de los locos. Reflexiones sobre la institución desde el dispositivo radiopsiquiátrico.

La presente tesis aborda las reflexiones sobre la institución que se desprenden del trabajo de análisis del grupo del taller de radio radiopsiquiátrico. Taller que se desarrolla en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak desde el año 2012.

Para el análisis se utilizó una metodología cualitativa de estudio de caso, desde una perspectiva interpretativa. Se analizaron, mediante el método de comparación constante, diversas fuentes de información que recogen la historia y reflexiones del grupo desde el año 2012 hasta principios del 2015.

La tesis va relatando algunos aspectos de la historia del grupo, entrelazando reflexiones clínicas, especialmente centradas en la transferencia y contratransferencia, situaciones vividas y observaciones realizadas por el grupo y los sujetos, para dar cuenta de cómo este espacio de trabajo clínico deviene en un dispositivo analizador, en tanto permite pensar, pensar la institución y el lugar de los sujetos dentro de ella y la sociedad.

Este recorrido por la experiencia del grupo invita a formular preguntas cruciales tanto sobre la práctica clínica, el rol como terapeutas, como por el lugar de los sujetos psicóticos en las instituciones y la sociedad.

- Fecha de graduación: 2015
- Correo electrónico del autor: eboueyv@gmail.com
- Palabras Claves: Psicoanálisis, grupo, psicoterapia institucional, radio, psicosis.

Espero que esta tesis ayude a resaltar el trabajo que ha realizado el grupo del taller de radio, su historia, los lazos de compañerismo y amistad y los objetivos alcanzados. Pero especialmente espero mostrar su valentía, su insistencia en pensar y hablar sobreponiéndose al miedo, sobreponiéndose a la violencia y al silenciamiento, a su insistencia por sostener un lugar para el pensamiento.

Esta radio no hubiese sido posible sin la contribución de muchísimas personas además del grupo de radio. Agradezco a todos quienes han aportado al proyecto con trabajo, reflexiones, apoyo económico y apoyo moral, ciertamente estamos en deuda con todos.

Agradezco profundamente a mi familia y amigos, porque son la energía que me impulsa, la compañía que le da sentido a las cosas.

Especialmente agradezco a mi querida Jesu, su ilimitada paciencia y cariño, por el apoyo constante, por estar ahí en los momentos difíciles y por ser el motivo de los momentos maravillosos.

“la libertad no hace felices a los hombres,
los hace sencillamente hombres”

(Programa de Conversación libre, 2-12-13)

Índice

I.- Introducción.....	6
1.- El taller de radio y la presente investigación.....	6
2.- El contexto: La Institución psiquiátrica.....	10
2.1.- Crisis de la institución psiquiátrica.....	10
2.2.- El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak:	12
3.- Sobre el dispositivo: el taller de radio	14
3.1.- La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica	14
3.2.- ¿Por qué una radio?.....	19
3.3.- Los miembros del taller y sus roles:.....	21
3.4.- Momentos del taller de radio.....	21
4.- Análisis de las huellas del taller	28
II.- Análisis.....	31
1.- Formando un continente	31
1.1.- Instalando la radio: Fantasía y paranoia.....	31
1.2.- Cada loco con su tema ¿El grupo o los discursos de cada uno?	35
1.3.- Controlando al grupo	42
1.4.- Las historias personales	46
2.- Del mundo al hospital.....	50
2.1.- Una primera interpretación posible.....	50
2.2.- Compartiendo nuestra situación social	54
3.- Del agradecimiento al horror.....	61
Breves comentarios sobre la transferencia y el grupo de radio.....	61
3.1.- El agradecimiento: una primera aproximación.....	62
3.2.- La prohibición: no somos lo que decimos, no decimos lo que somos.....	65
3.3.- Mirando al hospital	69
3.4.- Del agradecimiento al horror	73
3.5.- El agradecimiento y la abnegación: la negación del horror	80
4.- Volviendo a escucharnos.....	83
4.1.- Resistencias del terapeuta	83
4.2.- El amor: La transferencia que devela	90
4.3.- Los niños obedientes.....	97

III.- Conclusiones.....	104
1.- Tratamiento: inhibir la locura	104
2.- La sociedad rechaza a los locos	105
3.- El horror que esconde la institución	105
4.- La institución en los locos	107
IV.- Discusión: sometimiento e inclusión	108
V.- Bibliografía:	112

I.- Introducción

1.- El taller de radio y la presente investigación

La presente tesis aborda la relación con la institución que establecen los sujetos institucionalizados en un hospital psiquiátrico. Específicamente, se trabaja sobre el análisis referido a la institución hecho por los participantes del taller de radio que se desarrolla en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak desde al año 2012.

La importancia de observar lo analizado por los participantes del taller de radio radica en que se trata de un dispositivo planteado de antemano como un espacio de exploración grupal, tanto de lo que le ocurre a los pacientes, a los terapeutas, al grupo en general y al grupo en relación con la institución. De alguna manera el taller de radio opera como un laboratorio social, por tomar la afirmación de Hinselwood (2001) respecto a las comunidades terapéuticas, que al ser una institución reflexiva ayuda a entender a las instituciones en general.

Así mismo es interesante lo analizado dentro del taller por cuanto se encuentra planteado como una experiencia que intenta generar cambios en la institución “desde adentro”. En este sentido es posible plantear que el dispositivo es una propuesta contrainstitucional (Lourau, 1979) en tanto apunta a formular un nuevo modelo, diferente al del estado¹. Es un dispositivo que de entrada genera un choque con lo instituido de la institución, pues se sostiene en el poder instituyente del grupo (Lourau, 2001, 2007), que pueda pensarse y tomar decisiones sobre su propio funcionamiento.

De este modo, la idea de instalar una radio en el hospital surge de la pregunta de si es posible instalar un dispositivo de escucha dentro del Instituto psiquiátrico diferente a los que propone la institución. Escucha diferente en dos sentidos principales: Por un lado, el taller le propone a los pacientes formar un grupo autogestionado que se piense a sí mismo y, por otro, porque para los coordinadores se trata de un lugar diferente al de hacer psicoterapia o de enseñar destrezas y habilidades, lo que representa un cambio radical de enfoque y de lo que acostumbran realizar dentro de la institución.

Pero esta forma de trabajar presenta ciertas dificultades, especialmente en relación a la dependencia frente a la institución de los participantes originales del taller, pacientes y terapeutas, los primeros en tanto pacientes y los segundos en tanto profesionales

¹ Lourau (1979) al distinguir entre lo no institucional y lo contrainstitucional refiere que el primero tiene que ver con estar al margen del sistema jurídico.

contratados. Esto implica un gran problema, en tanto, siguiendo a Bleger (1966), no se podría realizar la tarea analítica desde la psicología institucional si el psicólogo es empleado de la institución, pues no permitiría una distancia óptima en la independencia económica y la independencia profesional. Hinselwood (2001), del mismo modo, también señala la dificultad de observar la institución estando dentro de ella y también muestra como la institución influye de manera directa e inconsciente sobre los trabajadores de la institución, impidiendo muchas veces tener una imagen objetiva de lo que ocurre.

Estas observaciones permiten comprender la complejidad del trabajo llevado a cabo en el taller, en tanto ha sido necesario incluir en dicho análisis esta dimensión. Pero esta misma dificultad ha permitido los esclarecimientos más profundos, en tanto fue posible comprender muchos funcionamientos institucionales a través del pensar colectivo acerca de las dinámicas surgidas en el propio grupo.

En este sentido se trata del rescate de un dispositivo que permite, por un lado, escuchar a los sujetos y crear un espacio para pensar dentro de una institución psiquiátrica clásica, pero especialmente un dispositivo que permite analizar esta institución.

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak conserva muchas características de las antiguas instituciones psiquiátricas, lo cual reviste de gran interés para la investigación dentro del taller de radio, pues el conocimiento que tenemos de las antiguas instituciones psiquiátricas es muy escaso debido a que durante la post guerra fueron cerradas en vez de aprender de ellas (Hinselwood, 2001). Este punto es central, pues siguiendo a Hinselwood (2001), es necesario comprender en profundidad qué hace que las instituciones sean terapéuticas, pero también qué hace que se transformen en inhumanas e infrinjan estragos en la integridad de los internos.

La presente tesis aborda esta relación con la institución tomando varios niveles que van desde lo individual, lo grupal, lo institucional e incluso la sociedad en su conjunto. Pero este análisis no se encuentra libre de pre-concepciones, sino que sigue las reflexiones surgidas en el taller, con la intención de enriquecer dicha experiencia.

El taller le propone a un grupo de sujetos diagnosticados como psicóticos un trabajo grupal. Si bien existe gran variedad de posturas respecto al trabajo en grupo con psicosis, desde autores que sostienen que debe ser un trabajo sólo de apoyo, hasta otros que realizan interpretaciones (Schelmer y Pines, 1999), en el taller se toma la decisión,

esencialmente ética, siguiendo a Oury (1998), de pensar que en estas personas hay deseo inconsciente, lo que permite plantear un trabajo psicoanalítico. No se trata de sostener que es el mismo deseo inconsciente que en el neurótico, pero sí abrirse a la posibilidad de escucha. Va a señalar que en el esquizofrénico el agente del discurso está completamente hecho pedazos y el objeto del deseo está disperso. Solamente un pequeño aspecto del esquizofrénico está ahí pues ha dejado otros pedazos en otra parte.

Este trabajo, entonces, implica abrirse a un nuevo universo de escucha, complejo e inasible, esencialmente de apertura a lo desconocido y diverso. Como lo expresa Olivera de Radio La Colifata:

Cada ser se expresa en su tiempo, su rítmica, una melodía, en un modo particular de articulación discursiva. Presuponemos una estética del ser, singularidad como síntesis particular de lo diverso. Estética que será siempre para un “quien”, para un interpretante de una supuesta sustancia particular y propia. (Olivera, 2008b)

El taller, de este modo, se plantea como un dispositivo de escucha, abierto a contener lo que ahí ocurre e intentar pensar en grupo. Y justamente este análisis ha abierto el campo de abordaje, especialmente debido a que lo que ahí comienza a aparecer hace manifiestos los límites de nuestro abordaje habitual. En este sentido el taller de radio nos va mostrando como las diversas técnicas y tecnologías terapéuticas (psicofármacos, psicoterapias, psicoeducación, etc.) esconden, en su abundancia totalizante sobre los sujetos, la violencia extrema de la institución y la sociedad.

En este sentido resulta casi natural asumir un enfoque de derechos y escuchar especialmente las concepciones de los estudios de la discapacidad, los cuales han permitido criticar la perspectiva biomédica como único abordaje de la discapacidad junto con situar a las personas con discapacidad como ciudadanos con derechos, además de reconfigurar las responsabilidades en la creación, sostenimiento y superación de las discapacidades. (Verdugo en Brogna, 2009)

Este abordaje desde los estudios de la discapacidad permite comprender en profundidad que el esfuerzo histórico de curar a los sujetos discapacitados responde a una visión que sitúa el problema en el sujeto y niega el rol que juega la sociedad. Pues es la sociedad la que ha rechazado a estos individuos y los ha responsabilizado de su discapacidad y de su dificultad de adaptación (Barnes, 2009). En este sentido, los esfuerzos

debiesen estar puestos en procurar una sociedad más inclusiva en vez de mejorar las técnicas de rehabilitación.²

Este punto resulta especialmente significativo pues es difícil encontrar en nuestra sociedad individuos más aislados y sometidos a un control tan estricto de sus vidas como los sujetos que se encuentran institucionalizados en las instituciones psiquiátricas.

Si bien el dispositivo del taller de radio ha permitido a los sujetos diagnosticados con psicosis establecer experiencias diferentes con la institución psiquiátrica misma, no puede hacerse cargo de este límite impuesto por la sociedad.

Aun así, se espera que esta investigación aporte a visibilizar el problema, como refiere Olivera:

Dar visibilidad a la existencia de los diferentes modos de percibir y concebir el mundo, es algo absolutamente necesario y enriquecedor para todas y todos. Dar visibilidad no es mostrar ni sólo hacer lugar, es también entrar en diálogo de diferencias. Allí está la riqueza, allí lo saludable. Todos somos diferentes, es esa la condición que nos iguala. La diferencia no es un valor en sí mismo, puede serlo en tanto conecte con todo “otro diferente”. La riqueza se produce entonces en “conexión de diferentes”, ese es un bien que los medios pueden ayudar a producir. (Olivera, 2009)

Por tanto esta investigación tiene como objetivo, también, tomando a Pereda & cols (2013), no dejar las historias de estas personas en el olvido, rescatar esas vivencias ocultas tras los diferentes discursos que se han apoderado de esos sujetos.

En conclusión, la presente investigación es compleja en tanto el fenómeno que aborda es complejo en sí mismo. Si bien se centra en la escucha del grupo en tanto sostiene un dispositivo de tratamiento diferente a los propuestos por la institución, va tomando diversos puntos de referencia para sostener su análisis: la psicosis, el grupo, los terapeutas, la necesidad de investigar las instituciones, rescatar las historias de los sujetos y el enfoque de derechos.

² “Lo más manifiesto que tienen todas las personas con discapacidad es haber compartido una historia repleta de segregación y discriminación, con actitudes sociales negativas (incluyendo las profesionales y familiares), que han perpetuado la minusvaloración e incremento de las barreras para desempeñar una vida normal.” (Verdugo en Brogna, 2009, p.11)

Espero que esta investigación aporte para pensar instituciones de salud mental más saludables, tanto para los pacientes como para quienes trabajan ahí (Hinselwood, 2001) y ayude a reflexionar sobre los cimientos que sostienen las prácticas de exclusión en nuestra sociedad.

2.- El contexto: La Institución psiquiátrica

2.1.- Crisis de la institución psiquiátrica

Hay variadas explicaciones acerca de las causas de la crisis de las instituciones psiquiátricas desde los años 1940-50. Pero más que revisar cada una de ellas, se abordará brevemente la mirada que ofrece Hinselwood (2001) en tanto establece interesantes relaciones entre la sociedad, la institución, los trabajadores y los pacientes.

Este autor afirma que hace 100 años no existía esta crisis de las instituciones psiquiátricas porque cada uno tenía claro su rol dentro de la institución, sus propias capacidades y su medida de valor. Así mismo este tipo de organización, rígida y tradicional, daba seguridad a muchos pacientes que buscaban refugio y también a muchos miembros del staff que buscaban valorarse a través de roles y propósitos bien definidos, pero eso no ocurre hoy en día. (Hinselwood, 2001)

Los primeros esfuerzos de cambio de los hospitales psiquiátricos tenían que ver con el clima de post guerra, entre los 40's y 50's, donde la sociedad, en general, se planteaba como cambiar. Las críticas a los hospitales psiquiátricos tenían que ver con que las personas dentro de esas instituciones empeoraban. En este contexto, los discursos oficiales acerca de cerrar todos los hospitales psiquiátricos hicieron que quienes continuaban trabajando en estas instituciones se preguntasen qué hacían realmente en un lugar como ese. (Hinselwood, 2001)

La crisis que señala Hinselwood (2001) apunta a los fenómenos que ocurren al interior de estas instituciones: se desmoralizan, se institucionaliza el fracaso y no se mantiene la lealtad hacia nadie. De manera que los que ahí trabajan sienten la desesperación de un hombre en un barco que se hunde. (Hinselwood, 2001)

Esta crisis de las instituciones psiquiátricas se gatillaría debido a que se hace evidente la ruptura con la sociedad en tanto los hospitales se esfuerzan por ofrecer tratamientos, pero la sociedad desea que el hospital sea utilizado para dejar lo que desecha.

Esto provoca que el hospital tenga divididas sus lealtades entre los pacientes y la sociedad y, para quienes trabajan, se hace evidente el conflicto entre dar cuidados y controlar a los pacientes (tratamiento y contención). (Hinselwood, 2001)

Hinselwood (2001) cita a Elizabeth Bott, quien estudia la relación entre los hospitales y la sociedad en general, y dice que a pesar de la lealtad hacia el hospital, el equipo médico muestra una especie de perpleja infelicidad acerca del trabajo que realiza. Tienen la sensación de que lo que hacen no es franco, pues permiten que se trate y dé alojamiento a personas por el hecho de que sus familiares no toleran su malestar. En este sentido el hospital trata de ayudar a las personas de quienes la sociedad se quiere deshacer. (Hinselwood, 2001)

Hinselwood (2001) afirma que fue poco sofisticada la comprensión acerca de qué cambios eran necesarios, lo que condujo a reformas muy simplistas, como alteraciones ingenuas en la estructura de las organizaciones, si eran muy grandes se crearon unidades menores, si quedaban muy lejos de la comunidad se acercaron, si eran consideradas instituciones totales, se crearon hospitales de fin de semana o de noche, si habían actividades sin propósito se organizaron talleres de trabajo, si estaban muy encerrados se abrieron las puertas.

Otros cambios estaban políticamente motivados. En este sentido, durante la post guerra la democracia era una herramienta que motivaba la redistribución del poder, se comenzó entonces a dar poder a los pacientes, pero no hubo redistribución entre el equipo profesional, lo que culminó en aberrantes experimentos anárquicos. (Hinselwood, 2001)

En los setentas, por el auge de los psicofármacos, entre otros, aparece la idea que los tratamientos pueden ser de corta duración, apareciendo la idea que sería posible cerrar los hospitales psiquiátricos. Surge la idea de diseñar servicios más benevolentes que sean terapéuticos, surge así la frase de cuidados comunitarios. (Hinselwood, 2001)

Algunos proyectos de reforma dieron resultados, pero solo en la medida que eran sostenidos por personas carismáticas que lograban liderar equipos, mientras que donde no estaban estas personas excepcionalmente carismáticas, estas ideas no eran muy efectivas. (Hinselwood, 2001)

En los últimos años ha crecido el descontento hacia esas reformas simplistas debido a que se ha visto que no logran mayores resultados y, si bien, ha crecido el número de

organizaciones de cuidados comunitarios, el escepticismo ha aumentado en la medida que también se ha encontrado la institucionalización en pequeñas organizaciones, en comunidades de cuidado e incluso en los hospitales de día. De manera que las fallas del actual sistema han contribuido a incrementar la desilusión con el concepto de comunidad (Hinselwood, 2001)

2.2.- El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak:

El Instituto Psiquiátrico tiene su origen el 8 de Agosto de 1852, cuando es inaugurado como la “Casa de Orates de nuestra Señora de Los Ángeles”, ubicada primero en el barrio Yungay y trasladada posteriormente, en 1858, al sitio que ocupa hoy en día en la calle Olivos (Abufom, 2011)

Previo a su construcción, los locos se encuentran vagando libremente por los campos y pueblos, algunos eran encerrados en hospitales y los menos eran encerrados en sus casas. En 1856 se dicta una ley que define que los locos deben permanecer en los asilos de alienados y otros similares, poniéndose énfasis en la admisión de indigentes o en aquellos que alteren la tranquilidad u ofendan la moralidad pública. “(...) es una institución que en sus orígenes carga con el imaginario del enfermo mental alienado, el abandono social, la cronicidad y la irrecuperabilidad; imaginario que parece difícil de ser removido de la memoria social.” (Abufom, 2011, p. 44)

En el periodo de su fundación trabajaban algunos profesores de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile y religiosos de la orden de los Hermanos de San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias de San José. Durante ese tiempo la llamada “Casa de orates” respondía principalmente a la necesidad de aislar, cuidar y dar trabajo a los enfermos. En 1920 contaba con tres secciones, una para ingresos voluntarios y observación, otra para alienados peligrosos y crónicos y el asilo de temperancia para alcohólicos. (Instituto Psiquiátrico, 2013)

Las terapias existentes hasta 1930 consistían en sedantes, hipnóticos, fármacos para el tratamiento de la sífilis y antimaníacos como el opio y la morfina, además de los tratamientos físicos como la electroterapia, la contención física, el aislamiento y los abscesos de fijación. (Instituto Psiquiátrico, 2013)

En 1928 se compra el fundo El Peral donde se derivan pacientes desde la Casa de Orates y se inicia una colonia agrícola. Desde ese entonces revestía de gran importancia el dar trabajo a los sujetos que se encontraban internados.

En los años sesenta el Hospital ya contaba con cuatro Servicios Clínicos a los cuales se suman Psiquiatría Infantil, Medicina, Neurocirugía Estereotáxica, Posta Antialcohólica y los Talleres de Rehabilitación. (Instituto Psiquiátrico, 2013)

En los años 90 comienza a tener gran influencia para definir políticas públicas en salud mental la Psiquiatría Comunitaria, lo que se traduce en que en el año 1994 se decide no ingresar nuevos pacientes a los departamentos de larga estadía y se comienza a implementar la red de hogares protegidos. Esto condujo a que en la actualidad sean 69 los pacientes crónicos de larga estadía y 249 pacientes en hogares y residencias protegidas, mientras que en los años sesenta y setenta llegaban a más de dos mil personas internadas. Se han creado además instancias de trabajos protegidos y algunas iniciativas laborales para pacientes con patología psiquiátrica. (Instituto Psiquiátrico, 2013)

En la actualidad el Instituto Psiquiátrico cuenta con variadas unidades. Dentro de las que se encuentran las unidades de hospitalización de corta estadía (8 sectores), de larga estadía para pacientes crónicos (2 sectores), unidades forenses (evaluación y sobreseídos), unidad de rehabilitación, Centro adosado de especialidades y unidad de estabilización de trastornos adictivos.

El Taller de Radio, depende tanto de la Unidad de Rehabilitación como de la Unidad de Psicoterapia (es el único taller en el que participa esta Unidad). En cuanto a la Unidad de Psicoterapia, es parte del Centro adosado de especialidades (CAE), donde se realizan atenciones psiquiátricas, de enfermería y psicológicas de forma ambulatoria para pacientes provenientes de las Unidades de hospitalización así como de la Red de salud nacional.

En la actualidad en la Unidad de Rehabilitación trabajan principalmente Terapeutas Ocupacionales y se realizan talleres destinados a fortalecer habilidades laborales y sociales, dentro de estos talleres se encuentran el taller de carpintería, de repostería, de pintura, de teatro, de adolescentes, de literatura y el de radio, entre otros. Además esta Unidad recibe pacientes provenientes de hospitalización (corta y larga estadía), de hogares protegidos y también pacientes ambulatorios derivados de alguna otra Unidad.

3.- Sobre el dispositivo: el taller de radio

El taller de Radio comienza a realizarse en marzo del año 2012, contando con la participación de pacientes psíquicos tanto hospitalizados como otros que asisten de forma ambulatoria (principalmente desde hogares protegidos), funcionando hasta la fecha al menos una vez por semana.

Asisten regularmente alrededor de 8 pacientes y el equipo de profesionales está compuesto por una Terapeuta Ocupacional, un Psicólogo y, por lo general, un estudiante en práctica de psicología. En la actualidad se han sumado una psicóloga del hospital, un psicólogo que estuvo en el taller durante su práctica profesional y una artista visual.

El taller se plantea como un espacio de organización diferente a la de los otros espacios del hospital. Aquí se ofrece un espacio abierto al diálogo, de libre acceso, de toma de decisiones horizontal, no jerárquico y donde los objetivos de trabajo son establecidos por el grupo.

3.1.- La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica

El taller toma como modelo muchos aspectos del trabajo de la Psicoterapia Institucional y las comunidades terapéuticas. En este sentido, refiriendo a Pereda & cols (2013), se da importancia al diálogo, se pone el foco en el contexto, por sobre el sujeto o el fenómeno psicopatológico, se apunta a la desinstitucionalización, dando énfasis al lazo social y al enfoque de derechos. Pero ha sido muy difícil extender estas miradas y prácticas a otros contextos o funcionarios del hospital, resultando ser un dispositivo muy aislado, con todas las consecuencias prácticas que ese hecho conlleva.

Aun así estas concepciones han permitido reflexionar sobre la implementación del dispositivo como también ir pensando su funcionamiento y relación con la institución.

Para Hinselwood (2001) las comunidades terapéuticas pueden ser un laboratorio de investigación para las ciencias sociales. Este hecho es fundamental pues en sí mismas son un dispositivo diseñado para investigar, para investigar entre todos, tanto a sí mismos como a la institución. Y justamente esa es la propuesta del taller de radio: ser un dispositivo que se piense a sí mismo.

Para Chazaud (1980) es central en la psicoterapia institucional que la institución se convierta en el espacio, el lugar y el medio para una restauración de la comunicación y el intercambio, favoreciendo el continuo renacer de la creatividad. Busca estimular la responsabilidad y la autonomía de los sujetos, suponiendo que en todo paciente hay una parte sana con la que es posible trabajar, lo que le permitiría adherir a una colectividad mediante lazos significativos que promuevan la cura.

El taller de radio propone restablecer esa comunicación, abriendo el espacio a lo que cada cual desee aportar. Esto por un lado pretende buscar la máxima capacidad del yo del enfermo (Chazaud, 1980), pero especialmente instalar un grupo de pares no vertical de manera autogestionada, de forma de dejar de reproducir la estructura vertical de esta institución autoritaria, que torna a los grupos regresivos y familiaristas. (Mendel, 1994)

Se busca por tanto que las decisiones pasen por el consenso del grupo, de manera que es necesario tener la capacidad de renunciar a posiciones e integrar las miradas. La importancia no se encuentra en tener que imponer un punto de vista para tomar una decisión, sino en tomar la decisión porque el grupo desea hacerlo (Jones, 1962). En esta línea Rodrigué (1965) comenta que las innovaciones más fértiles de las comunidades son aquellas que se elaboran paso a paso conjuntamente entre el personal y los pacientes

Esta forma de trabajo permite catectizar un fin en un proyecto común desviando sobre la tarea compartida, en este caso formar y llevar a cabo una radio, las energías que de otro modo se agotarían en el autoerotismo o en el síntoma privado (Chazaud, 1980)

Es así como los pacientes se transforman en colaboradores del equipo, en participantes activos de su propia terapia y de la de otros pacientes (Jones, 1962). De modo que todas las personas de la radio comparten las responsabilidades administrativas y se coordinan para el tratamiento, pasando de un modelo paternal a uno democrático. De este modo los pacientes recuperan su lugar de ciudadanos, en tanto tienen privilegios y responsabilidad como tales. (Grinberg et al, 1961)

Se trata, por tanto, de un espacio político en donde se trabaja sobre la vida cotidiana, pudiendo cada uno influir en las decisiones que entre todos toman en este espacio participativo y democrático. (Foladori, 2010)

Esta concepción de base permite cambiar en buena medida el enfoque de la ocupación, pues los objetivos van más allá de la laborterapia que procuraba mantener

ocupados a los pacientes, en tanto el foco del taller de radio tiene que ver con promover la capacidad creadora (Grinberg et al., 1961). Más aun, es a ellos a quienes se les encarga desde el inicio hacer radio, como ellos puedan, o deseen, pues nadie en el grupo sabía cómo hacer radio (tampoco los terapeutas).

Este punto es central pues el esfuerzo que se pone va contra la respuesta normal del ser humano ante el sufrimiento ajeno y contra lo que en general se aprende en las profesiones del área de la salud, en tanto no se espera que se ayude a resolver los problemas de los otros mediante el conocimiento del equipo técnico, sino que se espera que cada uno explore su propio potencial para buscar su propia forma de ayudarse y compartir esos esfuerzos junto a otros. (Hinselwood, 2001)

Pero claramente no basta con el efecto que genera ofrecer un espacio más libre, Oury (1998) afirma que es necesario plantear la pregunta ¿Qué hacemos una vez que están desamarrados? Refiere que es más importante tener en algunos casos “una sonrisa que tener una especie de tipo que recita su tabla del Edipo o que les habla sobre su abuela”. Lo que importa es el fenómeno de la emergencia (emergente), de manera de facilitar que surja algo de lo no planificado.

Jones (1962) ya señalaba que la actitud de comprensión y aceptación por parte de la comunidad, mediante el establecimiento de lazos paciente-paciente y paciente-equipo, habían logrado que ocurra una disminución de la violencia y fragmentación de los procesos de disociación de los individuos.

Oury (1988) refiere que un grupo es necesario para dar un baño de intercambios, de lenguaje, pero también de amistad, de atenciones, para funcionar al nivel de las relaciones elementales, no solo de paternidad, sino también intercambios afectivos y otros. Resalta como central el papel de llevar una práctica de la vida cotidiana, la que requiere un esfuerzo colectivo, no solamente la posibilidad de acceder a un cierto espacio, sino la posibilidad de circular, caminar, descubrir, encontrar espacios y personas diferentes. Habla de la “libertad de circulación”, que implica la existencia de un espacio y una circulación, poder caminar o quedarse en un lugar, incluso la libertad de estar tranquilo. Para esto debe existir lo diferente, debe existir una estructura colectiva donde haya otros ahí. Lo que cuenta es la relación a otro. (Oury, 1998)

Oury (2003) señala que para pensar el ambiente es necesario introducir la importancia de la vida cotidiana, que es complejo, sutil, es algo oculto, algo que él llama la primeridad, que no es articulable. Tiene que ver con la tonalidad, con la posibilidad de establecer encuentros. La libertad de circulación representa una libertad subjetiva, encuentro en tanto conjunción entre el azar y la realidad.

Pone el acento en la lógica del pasaje y utiliza el concepto de la abducción, refiriendo que tiene que ver con lo no esperado (“se hace camino al andar” de Machado), que permita el verdadero encuentro. Un verdadero encuentro tiene el mismo orden de una interpretación analítica, pues cambia algo: Es el azar que toca alguna cosa que va a inscribirse. Hay que programar el azar, que puedan existir libertades de circulación que permitan que haya azar. (Oury, 1998)

Sotelo (2012) a este respecto afirma que en la psicosis parece no ser suficiente trabajar con los objetos del mundo interno de los sujetos como sería en el análisis clásico, sino que se deben contemplar los objetos del mundo externo, reales, lo que hace del ambiente una pieza central, que cumpliría una función similar al yo del sujeto (relación con lo externo desde Freud). Esto es significativo pues se puede trabajar directamente sobre el entorno y de ese modo procurar cuidados en el sujeto (mantener los espacios limpios, etc.)

Es a través del ambiente que se trata a la gente, que algo puede moverse, crearse el espacio del decir, existe ahí el semblante (entre simbólico y real), algo en relación con el decir, que no se dice. En eso consiste la ética, en dejar emerger el deseo inconsciente del otro en su enigma mismo. Estar cerca del otro es asumir su lejanía, su opacidad. Oury (1998)

Cuando Oury (1998) habla del ambiente y la libertad de circulación hace referencia a condiciones de la institución completa. Si bien en ningún caso se puede decir que esto se cumple dentro del Instituto Psiquiátrico, pues efectivamente se encuentran muy normados los lugares, tiempos y las vidas de los pacientes, el taller de radio intenta integrar estos aspectos en tanto permite constituirse como un lugar de libre acceso y los encuentros y relaciones que ahí ocurren se trasladan a otros momentos y espacios del hospital, e incluso, fuera de ahí.

Oury (2003) resalta la importancia del ambiente en todo proceso terapéutico, si bien dicha importancia está demostrada incluso en campos como la neurofisiología, es bastante

complejo pensarlos. Cita a Spitz, quien hablaba del hospitalismo, refiriendo que si no hay un ambiente cálido, vivo, puede provocar incluso la atrofia cerebral. Por tanto remarca que antes de pensar en cómo curar a los enfermos es necesario plantear como curar al hospital, en caso contrario se desliza a una estructura de campo de concentración, de partición, de sistema penitenciario.

En este sentido Hinselwood (2001) es enfático en señalar que es necesario pensar constantemente sobre la institución, de manera de hacer consciente cualquier conflicto que pudiese afectar a dicha institución o a los individuos. Munizaga (1987) enfatiza este abordaje desde la mirada de lo informal y latente, dándole incluso más importancia que lo manifiesto y explícito, privilegiando una aproximación a los fenómenos desde la mirada ingenua.

Resulta necesario entonces analizar la institución para evitar que se transforme en una institución alienante, como lo refiere Hochmann (1971), al destacar que es necesario incluir en la propia estructura “vacuolas analizantes” que obliguen a tomar conciencia y la cuestionen, de manera de evitar la tendencia de toda institución a volverse alienante y opresiva. De este modo toda comunidad terapéutica debe luchar diariamente contra la tendencia a la alienación, contra esa fuerza que la lleva a convertirse en un manicomio tradicional, la cual se puede manifestar en el equipo técnico como en las manifestaciones resistenciales de los pacientes. (Foladori, 2010)

Oury (2003) habla de la importancia de ocuparse del hospital antes que de los pacientes y cita a Freud, quien dice que antes de leer sus textos, antes de ocuparse de los pacientes, es necesario que los analistas se analicen. Toma a Tosquelles y refiere que es necesario realizar un continuo análisis institucional, análisis de las condiciones de trabajo, de las relaciones de las personas entre ellas: la jerarquía, las divisiones, las delegaciones de autoridad, la falta de iniciativa, la falta de libertad. Si no hacemos frente a este problema, no se puede desarrollar una vida cotidiana como se plantea. Para esto propone distinguir constantemente en el análisis entre estatus, rol y función³.

³ El status responde a la realidad, en un entrecruzamiento entre real, simbólico e imaginario, tiene que ver por ejemplo con que uno está contratado como psicólogo, lo dice la planilla de pago y el contrato. El rol tiene que ver con el lugar que los otros dan, por ejemplo, ser considerado el analista de alguien. Y la función terapéutica debe ser compartida, no puede ser encarnada, tiene que ver con la función del -1. (Oury, 1998)

Estos puntos vuelven a resaltar la necesidad de pensar de manera constante la estructura de los dispositivos e instituciones en los que se asientan. Foladori (2010) afirma que para que la institución produzca salud en vez de enfermedad es necesario pensar su estructura con similar rigurosidad a aquella que se utiliza para asentar la idea de encuadre psicoanalítico.

Para luchar contra la dimensión alienante de la institución, es necesario desarrollar a su interior otra estructura que desafíe la articulación jerárquica habitual, que opere desde la autogestión, permanente impulso a la responsabilización múltiple, en todos los niveles, de manera que los esquizofrénicos puedan tener responsabilidades. (Oury, 2003)

Este pensar acerca de la estructura y las relaciones permiten que el taller de radio sea, de alguna manera, como la comunidad terapéutica, en tanto se formule como una organización que en su naturaleza esté el reinventarse continuamente (Hinselwood, 2001)

Para lograr este pensar Hinselwood (2001) habla de la importancia de una posición tercera, que se desprende de una vivencia en torno al complejo de Edipo. Una posición de testigo, de experimentar “como si se estuviera ahí”, que es la base para abstraerse de la realidad y mirar las cosas desde fuera, como en el teatro (con la posibilidad de volver luego a la propia realidad), como en la crítica literaria, o cualquier posición donde se mira desde fuera, incluso a uno mismo. Esta tercera posición reflexiva permite aprender, pensar y conocer. Esta posición es central para las instituciones terapéuticas.

En este contexto lo terapéutico no se reduce a la función del terapeuta o del analista. Foladori (2010) sostiene, tomando a Fontaine (2004) que todas las personas de la institución poseen un coeficiente terapéutico, pues pueden anudar una relación afectiva con un paciente y ayudarlo a investir un proyecto de vida. Oury (1998) va a señalar que además de la vida cotidiana y la importancia el ambiente, la función terapéutica es como un lugar tercero que puede caer en cualquiera, en cualquier momento, lo importante es permitir que eso sea posible.

3.2.- ¿Por qué una radio?

La propuesta de trabajo es hacer funcionar una radio, tarea que se le entrega a los pacientes. Se los invita a participar ofreciéndoles un encuadre básico (que pueden modificar), una grabadora y un sitio web donde ir publicando las grabaciones.

Pero más que hacer una radio, la propuesta busca, en palabras de Olivera (2005), incluir la voz de aquellos que habían sido excluidos socialmente, que ejerzan libremente el derecho a expresión y puedan re-inscribir en lo social su figura.

La radio, como dispositivo de escucha, busca que los sujetos institucionalizados en el Instituto Psiquiátrico puedan hablar libremente, que se puedan escuchar y, así mismo, que otros también puedan escucharlos. “Se trata de una construcción colectiva, de un sistema de comunicación donde cada uno de los actores: internos, comunicadores sociales, oyentes (“el hombre común”) y profesionales de la salud, participamos activamente en la construcción de espacios de salud a través de los medios de comunicación con efectos terapéuticos y sociales.” (Olivera, 2003)

Se trata de escuchar lo que nadie escucha ni desea escuchar (ni los pacientes, ni los profesionales, ni la sociedad): a los sujetos que se esconden tras las múltiples definiciones y prejuicios sobre la locura.

Y es justamente a través de ese acto de escucha del oyente que los sujetos tiene algo para decir. En este sentido “La radio supone en quien habla una persona, un ser, no un enfermo (lo que no quiere decir negar el hecho de un padecer y la necesidad de una asistencia). Los internos no juegan a la radio, estas personas tienen una radio“(Olivera, 2009)

Pero este ejercicio de crear una radio trasciende incluso las relaciones internas del grupo, aparece en ese hacer el lugar del otro, del tercero que escucha y con quien dialogar, aparece el resto de las personas del hospital y la sociedad, como describe Oliveira:

Ese tercero es testigo de un acontecer (testigo del acontecer puede ser también el analista, acontecer entre pacientes y otros oyentes), testigo de un encuentro-desencuentro, que va a posibilitar la ruptura de la relación doble, dual ya que el otro pasaría a no ser el Otro del saber y poder absolutos. Por definición las características del dispositivo en sí le hacen un lugar a la “terceridad”. Al dispositivo radial grupal lo definimos como un dispositivo abierto, y si decimos abierto, este micrófono o grabador puede llevar afuera pero también traer, incorporar materialidad discursiva, que viene de otra localidad, el afuera. (Olivera, 2003)

De este modo, al igual que la propuesta de La Colifata, nuestra radio espera tener impacto en dos campos, en el de la psicosis como campo clínico y en el de la

estigmatización de la locura, que responde a representaciones y conductas sociales. (Olivera, 2005)

3.3.- Los miembros del taller y sus roles:

El taller está formado por pacientes del hospital (y actualmente una persona que ya no es paciente del hospital), algunos se encuentran hospitalizados en la unidad de larga estadía, otros están en corta estadía, pero la mayoría asisten de forma ambulatoria. Estos últimos, en general, viven en hogares protegidos de la red y unos pocos viven con sus familias.

En estos pocos años de funcionamiento han asistido alrededor de 30 pacientes, algunos asisten desde el comienzo de la radio y otros lo han hecho solo una vez. En general el número de asistentes por reunión es entre 2 y 10, con un promedio de 5 aproximadamente.

En relación a los que no son pacientes del hospital, en general participaba una terapeuta ocupacional, un psicólogo y un psicólogo en práctica. En la actualidad no ha podido seguir participando la terapeuta ocupacional, pero se han sumado al equipo otra psicóloga, un psicólogo que realizó su práctica profesional en el hospital y una artista visual.

En cuanto a los roles es necesario aclarar que la radio es del grupo de pacientes, en tanto son ellos los responsables de hacer radio, de tomar las decisiones y planificarse según lo que desean. De esta manera en la grabación de los programas son ellos quienes hablan, los terapeutas o personas externas solo lo hacemos en la medida que nos invitan.

Este punto es relevante en tanto los terapeutas y externos estamos en una posición de apoyar al grupo, ayudarlos a identificar los conflictos que vayan surgiendo y estar ahí para escuchar, pero eso no significa que no opinemos sobre el trabajo, aportemos con ideas e incluso con trabajo.

3.4.- Momentos del taller de radio

Como se ha señalado, nos reunimos para pensar cómo instalar una radio, qué hacer y cómo organizarnos. Se estructura como un espacio de trabajo, de libre acceso y libre

participación, organizado según los intereses de quienes participan y abierto a ser pensado psicoanalíticamente.

Si pudiésemos señalar un encuadre básico sería el siguiente:

- Buscar la manera de hacer radio.
- Libertad de asistir.
- Tomar las decisiones de forma colectiva.
- Pensar acerca de lo que nos ocurre como grupo.

De antemano definimos una estructura básica: reunión de pauta (según el modelo de la asamblea), de una hora de duración; grabación de un programa de conversación libre, sin preparación previa; grabación de un programa de noticias; y un espacio de reflexión y análisis de lo que le ocurre al grupo luego de la grabación de los programas.

3.4.a.- Reunión de pauta: nuestra asamblea

La reunión de pauta es un espacio bastante amplio, pero esencialmente está planteado como una reunión de trabajo, donde se toman todas las decisiones relativas a la radio, su funcionamiento u otro, se trata de un espacio planteado al modo de la asamblea (Foladori, 2010), la reunión de la comunidad (Jones, 1962) o reunión de pabellón (Chazaud, 1980).

Es una reunión comunitaria, un diálogo que incluye a las personas del staff, los pacientes y a otros que deseen estar, aquí todos contribuyen para ir definiendo la organización. Grimson (1983) refiere que la asamblea es “la herramienta clave de una institución terapéutica en su conjunto: el espacio de la mirada colectiva sobre lo que se hace, se espera, se proyecta. Motor entonces. También espejo. Y resultado” (p.169)

Nuestra reunión de pauta es el corazón de la radio, es una reunión abierta y estructurada, desarrollada en relación a la tabla que recoge el diálogo y los puntos que se han venido desarrollando en el tiempo, además de acoger de manera espontánea inquietudes o necesidades del colectivo, ordenando los intercambios que articulan los diferentes espacios de la radio. (Pereda & cols, 2013)

Es en la reunión de pauta donde se toman las decisiones que abarcan todos los aspectos de la administración de la radio. Siguiendo a Grimson (1983) podríamos decir que

nuestra reunión, como la asamblea, posee tres fases. Pero ordenaría nuestras tres fases de otra manera. El primer momento tiene que ver con la lectura del acta de la reunión anterior, es ahí donde las decisiones anteriores van formando una historia⁴, se retoman los acuerdos alcanzados y los puntos pendientes y se comunica acerca del avance de las tareas que se realizarían durante la semana. El segundo momento tiene que ver con proponer los puntos a ser trabajados durante la presente reunión, se definen los puntos principales y el orden de la discusión, además se proponen temas personales o de interés para el grupo o alguno de los miembros. El tercer momento tiene que ver con la deliberación y el diálogo, aquí se ponen en discusión los temas que propuso el grupo y se toman decisiones.

Como se señaló, la toma de decisiones se realiza en esta reunión de pauta, ahí es donde todos pueden disponer de la escucha y la búsqueda de soluciones del grupo. Este punto es central debido a que el acto de decidir implica procesos de recuperación del poder colectivo sobre el hacer cotidiano, en tanto es un movimiento de recuperación del acto poder (Mendel, 1993).

En ese ejercicio los sujetos pueden reconectarse con aquellos procesos típicos de la vida social, a través de la realización y no necesariamente la simbolización, ahí se toman decisiones y se asumen consecuencias (Foladori, 2010). Como refiere Jones (1962), en la asamblea los sujetos pueden contrastar sus vivencias con la realidad y generar una identificación con el grupo que permite integrar al yo.

Es importante señalar que esta toma de decisiones se realiza de forma colectiva y a través de consenso, no de votación. De modo que en caso de que no se logre consenso, no se toma una decisión y se posterga para la siguiente reunión de pauta. Esto resulta relevante pues el énfasis está puesto en pensar y entender lo que ocurre, y cuando eso se ha logrado, las decisiones se desprenden de las conclusiones del grupo.

Pero la reunión de pauta también es el espacio para comprender el propio comportamiento y donde todos los problemas se transforman en material para el

⁴ Para Foladori (2010) el registro de la asamblea tiene que ver con la memoria misma.

tratamiento (Jones, 1962), de manera que ahí pensamos también en el por qué hacemos lo que hacemos.

De alguna manera esta reunión introduce una estructura que permite analizar la dimensión de transversalidad (comunicación máxima entre los diferentes niveles y en los diferentes sentidos), de manera que todos pueden ser escuchados y también escuchar, poniendo al descubierto al sujeto de la institución (Lourau (2007). Siguiendo a Lourau (2001) la reunión de pauta operaría como un analizador construido⁵, un dispositivo social, de cierta manera experimental, destinado a provocar una situación. Al darle voz a todos, se pueden observar las resistencias, descubrir los analizadores naturales y ver los analizadores históricos de esa población.

La reunión de pauta, de algún modo cumple la función que describe Sotelo (2012) para la asamblea en tanto cumpliría una función similar a la del yo del aparato psíquico individual, pues es ahí donde se procesan las excitaciones que provienen del medio externo e interno.

3.4.b.-Programas:

Los programas son el momento de producción radial y es un espacio que está a cargo de los pacientes, ellos definen los temas a tratar, se organizan, definen los contenidos, la forma y cualquier detalle necesario.

En este momento los terapeutas y externos cumplimos la función de oyentes, de oyentes como cualquier oyente de un programa de radio y no hablamos durante los programas a menos que nos inviten a hacerlo.

Históricamente ha habido diversos programas: Conversación libre, Noticias, Misceláneas milenium, Arte y cultura, Sectores y Entrevistas. Todos con características diferentes.

⁵ Lourau (2001) habla de los analizadores, refiere que se pueden distinguir tres tipos. El analizador histórico, que corresponde a un movimiento social que opera como una especie de análisis institucional generalizado por un tiempo breve, como la comuna de Paris del 1871. El analizador natural, que aparecen en el tiempo de la observación, se constituyen en analizadores naturales de la observación. Por último, los analizadores construidos, el cual se corresponde con el dispositivo de investigación.

El programa de conversación libre es un programa que se ha mantenido desde los comienzos de la radio, su estructura fue planteada por el equipo coordinador y consiste en conversar acerca de lo que quieran, sin preparación previa. Esta propuesta responde en parte al modelo de la asociación libre psicoanalítica, de modo que permite escuchar el libre dialogar del grupo. La duración de este programa es de 30 minutos aproximadamente y se graba una vez por semana.

El programa de noticias también funciona desde los comienzos de la radio y fue propuesto por los mismos pacientes. Ahí había un tiempo de preparación, primero buscaban información a través de los medios que tuviesen disponibles, se reunían cerca de una hora antes de cada programa, discutían los puntos a trabajar y definían el orden del programa. Este programa también duraba 30 minutos aproximadamente y se grababa una vez por semana.

Misceláneas milenium fue un programa que nos encargaron desde una radio comunitaria (Radio Mil Metros cuadrados). Se trataba de un programa preparado con antelación, se reunían a planificar los temas a tratar, organizar los puntos y su orden interno. Fue transmitido de julio del 2013 a enero del 2014, hasta que la radio comunitaria llegó a su fin, se grababa una vez a la semana y duraba 30 minutos.

Arte y cultura se formó por el interés de algunos de los participantes del taller de tener un espacio para compartir sus propias creaciones literarias. Se grabó una vez a la semana durante los meses de Diciembre del 2013 y julio del 2014.

Sectores fue una iniciativa que se realizó en el sector 7 del hospital (corta estadía). La psicóloga de ese sector quiso replicar el modelo de la radio en ese espacio, grabaron algunos programas, pero finalmente la iniciativa no prosperó.

Las entrevistas son iniciativas que partieron de los mismos pacientes desde el origen de la radio. Se organizan, crean preguntas y realizan entrevistas. La frecuencia de estas entrevistas es muy variable.

3.4.c.-Espacios de comentarios:

Los espacios de comentarios se realizan luego de la grabación de los programas. Ahí participan todos los miembros del grupo, pero los psicólogos adquieren un rol de terapeutas desde el enfoque psicoanalítico de grupo.

Esta instancia tiene que ver con trabajar todos los conflictos que surjan en los espacios de la radio, además de ir pensándonos como grupo. Como afirma Jones (1962), ocurren muchas situaciones que develan las tensiones de la comunidad y eso activa gran cantidad de elementos en el grupo, por lo que es necesario que eso se trabaje en otras instancias, pues muchas no pueden ser resueltas necesariamente en la asamblea. Este espacio es el que permite, como dice Hinselwood (2001) que los problemas de comunicación sean estudiados en vez de erradicados.

Se trabaja pensando el grupo psicoanalíticamente, lo que implica concebir que *“los pensamientos y actos en apariencia incoherentes producidos por los pacientes en una secuencia temporal forman un todo dinámicamente”* (Ezriel, 1950, p.59). Nuestra suposición básica tiene que ver con que cualquiera que sea el contenido manifiesto, se desarrolla un problema grupal común subyacente, una tensión grupal común, como un denominador común, el cual es explorado por el grupo (Ezriel, 1950)

En este sentido Grinberg, Langer y Rodrigué (1961) refieren que con psicóticos la psicoterapia de grupo encuentra un campo especialmente propicio. Refieren que la psicoterapia se debe basar principalmente en la transferencia, pero tiene que tener en cuenta el lenguaje psicótico y la modalidad interpretativa en tanto el lenguaje es simbólico y concreto.

Del mismo modo, para Sanfuentes (2015), el grupo es una instancia psíquica que permite sostener e integrar de mejor manera la experiencia psicótica. Es capaz de albergar vivencias autistas, de manera de hacerlas compartidas en un encuadre en el que se pueda denominar y transformar lo no pensado en un objeto más asimilable.

Esto se logra a través de un encuadre muy estable (Ammanitti, 1982, en Sanfuentes 2015), lo que facilita al grupo devenir en un espacio representativo, *“en una película mental que transforma y metaboliza las emociones primitivas, la concreitud y la sensorialidad de la experiencia del grupo, mediante el desarrollo de una matriz simbólica”* (Sanfuentes, 2015, p.2). La matriz simbólica se instala como una estructura que delimita y contiene las

dinámicas psíquicas que se generan en el grupo, potenciando la significación de las vivencias psicóticas. De esta manera se logra que el grupo se constituya como un continente consistente y flexible.

Este encuadre posee características especiales en tanto se enfatiza la importancia de la pertenencia, la postura no directiva y la claridad en el foco de interés. El terapeuta toma una postura activa que fomenta la participación de los miembros del grupo. Se procura que los sujetos perciban al grupo como un entorno seguro donde puedan discutir sus problemas e interactuar entre sí en un espacio relativamente libre de ansiedad y conflicto (Sanfuentes, 2015)

De este modo Sanfuentes (2015) refiere que lo realmente beneficioso para el paciente psicótico en el marco de una psicoterapia psicoanalítica grupal es el sostenimiento, que procure proveer de un entorno contenedor. El sostenimiento psicoanalítico se denomina “sostenimiento mutativo”, que se trata de una contención externa. El terapeuta es quien contiene, entiende y satisface necesidades que ayudan al paciente a diferenciar el sí mismo del objeto.

Además del enfoque esencialmente terapéutico, este espacio se transforma en un momento clave de la experiencia de la radio en tanto facilita el paso de un grupo en sí a un grupo para sí, en tanto además de realizar su tarea, se preguntan acerca de cómo hacen lo que hacen. (Guattari, 1976)

3.4.d.-Reunión de equipo:

La reunión de equipo tiene lugar una vez concluida la jornada. Esta reunión no se efectúa desde el comienzo de la radio, pero en el momento que se integran más terapeutas, se comienza a realizar de manera continua. Se corresponde con lo que Jones plantea (1962) como reunión de equipo o post mortem, donde se discute retrospectivamente las percepciones y los sentimientos del equipo en relación a la jornada de la radio. Se analizan las interacciones y lo que cada uno se queda pensando o sintiendo.

Jones (1962) va a señalar la importancia de que el equipo terapéutico se encuentre coordinado y que, especialmente, considere que esos espacios de la comunidad terapéutica son realmente valiosos, no solo para los pacientes sino para ellos mismos. En

este sentido, es enfático en señalar que “*el primer problema a considerar es la actitud del equipo*” (p. 97), de manera que debe existir esta instancia de análisis.

Hochmann (1971) habla de la relación recíproca que se establece entre los conflictos internos de un equipo y el comportamiento patológico de los pacientes. Por un lado refiere que la dificultad de un equipo con respecto a un paciente puede ser una reproducción del conflicto de ambivalencia de dicho paciente. Pero afirma también que si un conflicto entre el equipo no se elucida ni verbaliza, es percibido y afecta directamente a los pacientes, agravando su condición. Esto complejiza aún más la relación entre el personal y los pacientes y obliga a mantener este espacio de análisis como una instancia necesaria.

En el taller sostenemos la concepción de Pulido (2008), quien refiere que el problema para los equipos no tiene que ver con que surjan conflictos, sino con no ser capaces de identificarlos y elaborarlos grupalmente.

De esta forma la reunión de equipo es tanto un momento donde el equipo reflexiona sobre el grupo de radio como también un espacio para pensar lo que le ocurre a los terapeutas y entre ellos.

4.- Análisis de las huellas del taller

La presente investigación se plantea desde una metodología cualitativa, de estudio de caso intrínseco. Este tipo de estudio se realiza porque se desea comprender mejor un caso en su particularidad pues es de interés en sí mismo. (Stake, 1995)

El taller de radio resulta interesante de investigar debido a que es un dispositivo donde el grupo analiza lo que le va ocurriendo y, en ese análisis que realizan aparece constantemente la institución. Estudiar sobre este trabajo de análisis permite comprender la relación que se establece entre los sujetos psicóticos y la institución y, de esta manera, aportar a una discusión más general acerca de lo que ocurre dentro de estas instituciones en términos psíquicos, además de cuestionar el lugar de estos sujetos en la sociedad.

Este trabajo se sostiene desde una perspectiva interpretativa que integra la historia recorrida por el grupo de radio, con sus experiencias y aprendizajes e intenta establecer puentes entre la teoría y la práctica.

Las fuentes de información sobre las cuales se sostiene este recorrido, corresponden a cuatro principales: los programas grabados (muchos de ellos se encuentran en el sitio web: <http://www.radiopsiquiatrico.cl>); notas de trabajo personales desde el comienzo del taller; cuaderno de actas de la reunión de pauta; y diversas notas de campo que dan cuenta de observaciones dentro del Hospital.

El análisis de los datos se realizó a través del método de comparación constante (Glasser y Strauss, 1967). Este método permitió combinar la inducción y la deducción, de tal modo que algunas categorías se originaron por su coincidencia con observaciones disponibles en la teoría (codificación guiada por conceptos), mientras que otras se derivaron de regularidades que surgieron del proceso comparativo (codificación abierta) (Gibbs, 2012; Glasser y Strauss, 1967). En este sentido se pueden distinguir tres momentos principales:

El primer momento consistió en la revisión de las fuentes de información para seleccionar el material que daba cuenta de la relación de los sujetos con la institución. De esa revisión se organizaron los datos en diferentes categorías según la correspondencia de los diversos elementos. Luego de la creación de categorías se realizó un trabajo de determinar posibles relaciones entre las diferentes categorías levantadas.

En el segundo momento se realizó una revisión bibliográfica rescatando los elementos que pudiesen ayudar a levantar categorías sobre esta relación de los sujetos con la institución.

El tercer momento consistió en la triangulación y puesta en relación y discusión de los diferentes datos obtenidos. De manera que se trabajó sobre la relación entre las categorías obtenidas en el material del taller, entre estas con las obtenidas desde la teoría, para luego volver a comparar los resultados obtenidos con las anteriores categorías, en un proceso de análisis y revisión constante del material.

En cuanto a la presentación de los resultados, se realizó una selección de las categorías que resultaran más representativas y pudiesen ser relacionadas de manera lógica. Se optó por un estilo narrativo fruto del cruce entre un relato histórico y la presentación de reflexiones teóricas. Los resultados se presentan como una ficción lineal, como si los diferentes momentos relatados se hubiesen ido sucediendo uno a otro, pero en realidad se trata de una linealidad puramente lógica que no se corresponde necesariamente con la cronología de los acontecimientos.

Optar por este estilo tuvo que ver con hacerse cargo de algunas conclusiones a las que se llegó en la presente investigación relacionadas con la necesidad de mostrar la realidad en que viven los sujetos institucionalizados. De manera que se estimó que esta forma de escritura permite incluir tanto los aspectos teóricos como algunos elementos biográficos de los sujetos que participan del taller.

No se trata, entonces, ni de una serie de reflexiones teóricas ni del relato de una historia, se trata de una reconstrucción de huellas, huellas que, espero, den cuenta cómo la experiencia ha permitido dar cuenta de la relación de los sujetos del taller de radio con la institución.

II.- Análisis

1.- Formando un continente

1.1.- Instalando la radio: Fantasía y paranoia.

Desde los primeros encuentros como grupo y, a pesar del encuadre propuesto, es la estructura de la organización la que se nos va imponiendo en el funcionamiento grupal. De modo que pareciera que frente a las ansiedades que experimenta el grupo al comenzar un proyecto, la alternativa de abordaje que se impone es la estructura de la institución, como punto intermedio que contrarresta los efectos de la fantasía y la paranoia.

Las primeras reuniones se encuentran marcadas por una gran cantidad de ideas en torno a la radio, surgen proyectos de programas con sus respectivos nombres, temáticas importantes para ser tratadas, propuestas creativas, se fantasea con establecer relaciones con la comunidad, con involucrar a familiares y a personajes públicos importantes. Todo esto hace pensar que el taller superará con creces los objetivos propuestos (reunirse a pensar cómo instalar una radio), augurando un proyecto prolífico con gran participación y variedad de manifestaciones.

Pero, junto a este sentimiento, el grupo va manifestando mucha angustia frente a ser escuchados, dicen preocuparse de cometer errores, “decir algo que no esté bien”, “que piensen que hablamos puras cabezas de pescado”, “Me daría vergüenza hablar sin saber” (comentarios, 12-8-13). Se decide entre todos no publicar los programas y destinar un periodo para acostumbrarnos a la grabadora. De manera que comenzamos a funcionar a través de programas piloto, que son editados y escuchados con posterioridad, hasta que entre todos decidamos comenzar a transmitirlos.

El miedo al silencio siempre resultó interesante de señalar y de pensar por el grupo pues no era común que ocurrieran momentos de silencio al grabar los programas, más aun, lo que referían constantemente era que faltaba tiempo para desarrollar los temas. De todos modos se hicieron cargo de ese miedo, investigaron y prepararon los temas y algunos comenzaron a utilizar pseudónimos para evitar ser identificados por alguien de afuera.

Pero, a pesar de ese esfuerzo, la angustia continuaba y comenzó a adquirir nuevas formas y dimensiones, dando pie incluso a construcciones e interpretaciones delirantes grupales. En esta línea resulta ilustrativo señalar algunos ejemplos.

Un día, mientras caminaba por uno de los pasillos del hospital, se acerca uno de los integrantes de la radio y me comenta que hay personas de la televisión en la Unidad de Rehabilitación. Le pregunto qué están haciendo ahí, pero me dice que no tiene la menor idea. Después de esos comentarios nos separamos. En la siguiente reunión de pauta los miembros el grupo hacen referencia al tema, comentan que hubo gente de la televisión en la Unidad de Rehabilitación, que hablaron con algunas personas e hicieron entrevistas, pero con ellos no.

No expresan abiertamente qué piensan de dicha visita a pesar de que la comentan durante bastante tiempo, hasta que en un momento la referencia es clara: “no sé cómo habrán sabido de la radio, quizás alguien les comentó” (Reunión de pauta, 14-5-2012). Se les pregunta si creen que esa visita tiene que ver con el taller de radio y responden que al parecer esa es la explicación más probable: que vinieron al hospital porque supieron que se había creado una nueva radio y querían saber de qué se trataba.

Otro día uno de los integrantes llega a la reunión de pauta extrañado porque lo llamaron por teléfono para ofrecerle un curso de periodismo gratis. Él se sorprendió porque “¿Cómo supieron que yo estaba en la radio?” (Notas de campo), refiere que no supo qué decirles y quedaron de llamarlo nuevamente en otro momento, pero nunca volvieron a hacerlo.

De alguna manera el grupo convivía en la escisión entre ser una gran radio, ser famosos y escuchados, tener una opinión que otros conocen y respeten y, por otro lado, el terror a ser reconocidos como locos, formar un grupo de locos desorganizados que dice incoherencias, reconocidos por la sinrazón e incapacidad, un grupo de sujetos incapaces de interactuar entre ellos de quienes uno solo puede burlarse o criticar.

En esta línea las fantasías de los terapeutas no eran muy diferentes, pues tenían que ver con el éxito de la radio, la comparación con otros proyectos similares como La Colifata, imaginarnos a los participantes autónomos, guiando la radio como una radio profesional, con un dial, entre otras muchas fantasías maravillosas. Pero al mismo tiempo fantaseábamos con la incapacidad y el fracaso, desde representaciones de que se nos prohibiría por alguna razón realizar el proyecto, que no tuviese ningún efecto, o que incluso provoque la agudización de los cuadros clínicos, que realicemos una mala praxis más enloquecedora o que fomentemos una mayor discriminación.

Estas reflexiones son construcciones posteriores del grupo, que permiten comprender este período, pero lo cierto es que en ese momento no éramos conscientes de esas fantasías, más bien las actuábamos. Esto es interesante pues al revisar el espacio de trabajo de comentarios (momento dedicado a entendernos como grupo) uno se percata que para el grupo era muy difícil pensar acerca de lo que nos estaba ocurriendo, más bien el grupo señalaba constantemente que todo marchaba maravillosamente y al hablar de estas angustias el grupo lo reducía a problemas individuales.

Es frente a estas angustias que el grupo comienza a defenderse con las herramientas que teníamos disponible: el modelo que nos presenta el hospital.

Es así como uno de los primeros programas que plantearon para transmitir, que llamaron “psicoeducación”, tenía que ver con explicar a la gente de afuera del hospital de qué se trataba la esquizofrenia y los trastornos mentales. Querían ayudar a quienes están pasando por esa situación y no encuentran apoyo, y también deseaban que la gente conozca del tema y sea menos discriminadora con ellos. De manera que en estas primeras intenciones mezclaban en un programa algunos intereses grupales con la repetición lo que el hospital hacía con ellos constantemente: llevarlos a psicoeducación, educarlos acerca de lo que les pasa. Se explicaban a ellos mismos desde la mirada que les imponía el hospital.

Además de este hecho puntual, era constante que los miembros de la radio se dirigieran directamente al terapeuta y no al resto del grupo, como si ese espacio fuese un espacio de a dos, pero con otras personas. Frente a esto los terapeutas devolvíamos al grupo lo que íbamos recibiendo, preguntando al grupo qué opinaban o qué decidirían.

Ocurre que comienzan a ocurrir roces entre los miembros del grupo, especialmente relacionados con quién es el indicado para hablar, quién tiene mejor voz, quien sabe más acerca de algún tema, podría tener más experiencia o hacerlo mejor, entre otras. De estas discusiones y negociaciones (explícitas e implícitas) algunos se fueron acomodando o desacomodando al grupo, se fueron instalando temas dominantes e imponiendo las formas de hacer las cosas. Lo que al mismo tiempo provocaba que se restringieran los aportes de algunas personas y la variedad de ideas y propuestas se fuera reduciendo de manera considerable.

Algunos de los participantes de la radio comenzaron a tomar roles más protagónicos y a expresar con mayor frecuencia sus opiniones y puntos de vista, influyendo en las

decisiones grupales y en el modo de trabajo. En este contexto, los roces entre los líderes emergentes comenzaron a ser más notorios para el grupo y algunas discusiones sobre el funcionamiento de la radio se sostenían claramente, más que en un mejor funcionar, en una lucha por quien imponía su posición sobre el otro. El grupo comienza de esta manera a preocuparse más de sostener una estructura jerárquica que de realizar la tarea de hacer radio.

Se nos interpelaba como terapeutas para que nos hiciéramos cargo nosotros o patrocináramos una u otra posición, pero nuestra postura tenía que ver con que todos pudiesen expresar su opinión y puntos de vista, dejando las decisiones a cargo del grupo.

Comenzó a ocurrir que este enfrentamiento entre dos miembros del grupo formó dos bandos, liderados respectivamente por un hombre y una mujer. Pero la impresión era que al grupo no le interesaba quien de los dos fuese el líder, más bien solo esperaban que hubiese alguien en ese lugar. En fin, eran dos bandos constituidos por una persona en cada lado y la situación se comentaba a veces: “es que los dos son grandes locutores”, “es una pelea entre divas” (Reunión de pauta, 16-4-2012), incluso un día uno de los dos dice: “No cabemos los dos en la misma radio” (notas de campo). Se conversa el tema en el grupo y los dos parecen calmarse y llegar a un cierto equilibrio, aunque precario.

Pero el tema de que debe haber solo un líder continúa retornando aunque el grupo admire ciertamente a los dos: tienen buena voz, son muy inteligentes, cultos y expresan sus ideas con bastante claridad, algunos manifiestan abiertamente que son “el alma de la radio” (Notas de campo).

Finalmente uno de nuestros protagonistas dejó la radio y el grupo se estructuró en torno al otro líder, quien fue definiendo en gran medida lo que se esperaba de los miembros en el taller y la manera de hacer las cosas, mientras el resto del grupo lo admiraba y sentía que sin él no podrían hacer nada.

Si bien esta descripción se corresponde con la definición que hace Bion (1989) de grupo de supuesto básico de dependencia, resulta aún más interesante relacionarla con la estructura del hospital, en donde se establecen relaciones verticales y existe gran admiración y dependencia hacia algunas personas claves, dependiendo de ellos el funcionamiento del hospital.

Es así como comenzamos a instalar una radio en el reino de la megalomanía y la paranoia, intentando navegar sobre la estructura que nos prestaba la institución.

1.2- Cada loco con su tema ¿El grupo o los discursos de cada uno?

Con el tiempo se va haciendo claro que esta estructura que el grupo va adquiriendo no tiene que ver con defenderse necesariamente de la fantasía o la paranoia, sino que tuviese que ver con hacer frente a la interacción entre ellos.

Como se señaló anteriormente, los sujetos tendían a dirigirse directamente a los terapeutas al hablar, dando la impresión que los otros sujetos o lo que ellos dijeran no tenía mayor relevancia. De manera que solo respondían a una relación diádica con el terapeuta. Rara vez hablaban entre ellos si no era a través del terapeuta o porque justamente el terapeuta devolvía las preguntas y los comentarios al grupo. Pero en general la dinámica consistía en que cada uno hablaba o hacía lo que le interesaba, dirigiéndose al terapeuta para hacerlo, como si los otros solo fuesen un espacio vacío entre los momentos que tiene cada uno para hablar.

En este sentido no era extraño que más de un sujeto le estuviese hablando al terapeuta al mismo tiempo y de temas muy diferentes. Incluso ni siquiera realizaban algún esfuerzo para hacerse escuchar, como subir la voz, pedirle al otro que se calle, o cualquier otra acción relativa al contexto de habla. Bastaba con que el terapeuta lo mirara para hablar libremente, incluso a veces la mirada del terapeuta no era necesaria.

Pero había además muchos elementos que hacían pensar esta distancia entre ellos. Por ejemplo, algunos ni siquiera se tratan por los nombres, como si no se los aprendieran. Lo mismo ocurre con los pseudónimos durante los programas, donde en momentos, cuando se dan la palabra se nombran por su nombre real y no por el pseudónimo. Llama la atención, además, que cuando ocurría este fenómeno solo atinaban a mirar al terapeuta como buscando una respuesta.

Esta dificultad para interactuar se hace muy clara cuando explicitan que cada uno desea su tiempo para hablar, muestran su malestar a que algunos se explayan más, independiente del tema que se toque. Proponen dividir el tiempo del programa en fragmentos para cada uno, de manera que cuando se acabe el tiempo de uno comience el de otro. Paradójicamente esta idea no prospera porque no pueden ponerse de acuerdo. Lo

mismo ocurre frente a otros temas que plantean, los señalan vagamente, expresa cada uno su punto de vista al terapeuta, pero no se escuchan ni dialogan más profundamente.

Esta distancia se empieza a manifestar además a la hora de concretar proyectos o hacer algo con lo que hablan y acuerdan. Una situación muy clara fue al intentar inaugurar la radio, momento en el que se comenzaría a compartir los programas públicamente subiéndolos al sitio web. Dicen que se sienten preparados, que solo falta fijar una fecha, entonces acuerdan hacer una convivencia para festejar ese momento, incluso algunos dicen qué van a llevar para compartir ese día, pero la iniciativa no se concreta. Lo mismo ocurre con muchos otros proyectos que quedan pendientes aunque pareciera que todos desean realizarlos.

También es significativo señalar lo que ocurría con los dos bandos que se formaron al comienzo de la radio. Si bien estos enfrentamientos ocupaban una parte considerable de las reuniones, daba la impresión que al grupo no le interesaba mucho quien tomaba las decisiones, si estaban de acuerdo lo manifestaban, si no, decían otra cosa. Más bien daba la impresión que cada uno estaba preocupado se sí mismo: de qué hablaría durante los programas, si se le entendía o no y otras preocupaciones por el estilo.

El grupo se da cuenta de esta dificultad y hace referencia a ella, incluso se enojan, intentan hacer algo con eso, o se frustran: “No quedó en nada lo de ir a la tele, es como una carpeta vacía, a uno se le olvidó el título” (Comentarios, 14-10-13), “estamos como sin ganas, tenemos que hacer la venta, ya hicimos una ¿cómo no vamos a poder organizarnos ahora?” (Notas de campo). En esta línea uno de los miembros de la radio dice “me voy a otra radio, a una más profesional, a una radio de verdad”, dice estar aburrido de que no lo escuchan, de que es un grupo desorganizado en que no se hablan porque cada uno solo habla su tema, además no todos trabajan de la misma manera, incluso algunos ni siquiera reparan en lo que van a decir. (Notas de campo)

Especialmente significativo resulta un hecho que ocurre durante la grabación de uno de los programas. Una muchacha que asistía hace poco a la radio comienza a hablar. Al comienzo no se entiende lo que dice y algunos intentamos poner más atención, pero nos percatamos que no está hablando en español sino en otro idioma. Al hablar se nota que expresa ideas, argumenta y sostiene pausas, pero no se entiende nada de lo que dice. Al hablar no miraba ni se dirigía a nadie en especial del grupo. En la medida que avanzaba su diálogo personal incoherente nos percatamos que estaba hablando en su propio idioma.

La dificultad para interactuar es tan clara que el grupo comienza a referirla como una dificultad de estar en grupo: “Cuando uno habla ni siquiera miran”, “yo he hecho lo mismo, soy indiferente, ahora me dan pocas ganas de participar”, “estoy a punto de mandar las cosas por la borda”, “nadie tiene una función concreta” (Comentarios, 14-10-13)

Pero ¿por qué darle tanta importancia a estos elementos? Pues, si tomamos a Bion (1989) podríamos afirmar sencillamente que se trata de un grupo de supuesto básico de dependencia, como lo señalamos anteriormente, e incluso la búsqueda de un líder que defina las acciones y organice al grupo responde a este supuesto básico.

Más aún Bleger (1983) también afirma que los psicóticos van a utilizar de inmediato al grupo como un grupo de dependencia, estabilizan su identidad a través de la identidad grupal y establecen una interacción superficial, con una tendencia a no dar lugar al proceso grupal. Bleger distingue justamente por esta característica al grupo de psicóticos, en comparación con los neuróticos, quienes se mueven en una sociabilidad por interacción, y del grupo de perversos y psicópatas, quienes nunca han tenido una relación simbiótica y tienden al grupo de sociabilidad sincrética no manifiesta (pre-verbal).

Si bien el grupo de radio funciona como un grupo de supuesto básico de dependencia, estableciéndose una interacción superficial, con una tendencia a no dar lugar al proceso grupal, para los sujetos participantes la existencia de los otros miembros era especial, por cuanto sí había otros miembros del grupo, pero al mismo tiempo no había. Una suerte de escisión de los otros, que estaban y no estaban.

La siguiente secuencia de uno de los programas es ilustrativa: “Cuando estoy durmiendo pienso en eso”. Sergio interrumpe para leer otro poema, Cristóbal muestra una foto de un león mientras Sergio lee, llega María y Álvaro, Cristóbal lee otro poema, María le habla a Álvaro y la hacen callar, Sergio lee otro poema, Cristóbal cierra el programa de radio “bueno amigos, este fue otro programa de radiopsiquiátrico”, después dice “perdón, es un error, pero es subsanable”, alguien dice “estamos como rezando” (Conversación libre, 18-11-13)

El rezo es interesante como imagen, pues a pesar de haber un conjunto de personas reunidas, con un mismo objetivo, cada una puede estar rezando privadamente en una relación dual.

Esta descripción se relaciona en gran medida con los planteamientos de Bleger (1983) al referir que las reacciones paranoides y el miedo al comienzo de los grupos tiene que ver con el miedo a la organización sincrética (no solo desorganización), en la que hay una disolución de los niveles más estructurados del yo, en tanto se trata de una regresión.

Pero Bleger (1983) va más allá y afirma que en todo grupo, además de interactuar entre si compartiendo ciertas normas en una tarea, existe un trasfondo de indiferenciación o sincretismo. En este sentido refiere que hay dos niveles de identidad grupal. El primero tiene que ver con la interacción, el trabajo en común, donde se establecen pautas de interacción y comportamientos institucionalizados en el grupo.

El segundo tiene que ver con la identidad grupal sincrética, la que se observa desde el punto de vista naturalista como personas que no tienen identidad en tanto tales, sino que su identidad reside en tanto perteneciente al grupo. Muestra el ejemplo de una madre con un niño en que cada uno hace cosas diferentes y no se hablan, pero cuando la madre sale el niño la sigue. Dice que ahí hay sociabilidad sincrética.

Esta descripción hace pensar en la mujer que fue a la radio y habló en su propio idioma, pues al hablar respetaba los tiempos de habla del resto y se hizo parte de una experiencia grupal. Pero además permite pensar en otro fenómeno que se da en la radio y tiene que ver con ciertos momentos en que los terapeutas experimentamos al grupo como si se encontrara absolutamente dividido, pero en cambio, el grupo siente que están dialogando y comunicándose. Se trata de una forma de funcionar que para el observador resulta incomprensible, pero para los sujetos es una experiencia grupal.

Al hablar del sincretismo, Bleger (1983) crítica a Sartre y su concepto de la serialidad, definida porque cualquiera de los individuos pueden ser aislados intercambiables, como en la cola de un paradero de buses. Para Bleger, en cambio, ahí hay una sociabilidad sincrética depositada en las pautas y normas que rigen para todos los individuos.

En este sentido en la medida que existan normas y reglas habría grupo, y por tanto no habría serialidad, lo cual lleva a sostener que en el grupo de radio tampoco nos encontraríamos frente a este hecho que describe Sartre, sino frente a una identidad sincrética grupal.

Si bien esta conclusión es coherente con los fenómenos descritos, algo de ella resulta insuficiente, especialmente al darnos cuenta que Bleger (1983) define que la relación entre ambas identidades es inversamente proporcional, en tanto mientras mayor es una, menor es la otra. De este modo, dice, que al inmovilizar los aspectos sincréticos se permite la organización, la movilización, la dinámica y el trabajo terapéutico sobre los aspectos integrados de la personalidad y el grupo (Bleger, 1983)

En la experiencia del grupo de radio solo podríamos sostener esta afirmación durante los primeros momentos de la radio, pero con el paso del tiempo se observa que, a pesar de ir logrando una identidad de interacción, al concretar proyectos e ir pensando en conjunto acerca de lo que les ocurre, se mantiene esa tendencia a anular la existencia de los otros miembros del grupo, lo que se manifiesta en la percepción del grupo como dividido.

En este sentido la experiencia del grupo de radio permitiría distinguir un nivel comprensivo distinto dentro de este grupo de supuesto básico, diferente a los descritos por Bion (1989) y Bleger (1983), en tanto podemos afirmar que lo que está en juego en este nivel es la existencia misma de los otros.

En un primer nivel se observa estructuralmente el grupo de supuesto básico de dependencia (Bion, 1989), con su tendencia a buscar un líder que se haga cargo del grupo, lo ordene y lo haga trabajar, líder con quien el grupo establezca una relación de dependencia en tanto la fantasía es que solo pueden operar por las facultades excepcionales del líder.

En un segundo nivel podemos encontrar lo que le ocurre a los sujetos psicóticos para establecer grupo de dependencia, quienes estabilizan su identidad a través de la identidad grupal y establecen una interacción superficial, con una tendencia a no dar lugar al proceso grupal, mediante una identidad sincrética. En este nivel habría una tensión entre la identidad sincrética y la identidad por interacción (Bleger, 1983)

En un tercer nivel, lo que se manifiesta en el grupo es el conflicto por la existencia de los otros, en tanto se sostiene una relación que afirma su existencia y al mismo tiempo la niega. Este nivel es diferente al sincretismo de Bleger por cuanto ese sincretismo es una identidad grupal que se encuentra en oposición a la interacción (es una u otra), en cambio acá la tensión estaría más cercana a la existencia misma de grupo y de los sujetos que lo componen.

Pero lo que resulta aún más interesante es que esa última tensión no se circunscribe a un primer momento del grupo, aunque sea cuando más se observa. Más bien es una tensión que aparece de forma permanente en el grupo, independiente de si el grupo se encuentra operando de manera más sincrética o por interacción. Aún más, esta tensión aparece incluso si el grupo se encuentra operando de manera más horizontal (lejos del funcionamiento del supuesto básico de dependencia).

Frente a este fenómeno de aceptar y negar la existencia de los otros es imposible no preguntarse por sus posibles causas.

Una primera posible y casi natural explicación apunta a referir este fenómeno directamente a la psicosis, en tanto muchos autores sostienen que es parte del psiquismo psicótico la dificultad para relacionarse con otros (Schelmer y Pines, 1999), incluso podríamos circunscribirlo a fenómenos psicopatológicos individuales, hablar de alucinación negativa u otro. Pero lo cierto es que esa explicación, por consistente que sea, se nos hace insuficiente.

Quizás sea necesario referir que esta división⁶ se observa especialmente cuando llegan integrantes nuevos, cuando aparecen delirios u otro fenómeno psicótico, u ocurre un acto violento. En general la reacción de los miembros del grupo es aislarse, irse o dirigirse al terapeuta.

Esto se hizo patente cuando uno de los miembros del grupo, justamente una de las que estaba en la pugna por convertirse en líder del grupo, comienza a salir de las reuniones antes y comentaba a los terapeutas, fuera de las horas de radio, que le era difícil escuchar lo que los otros decían: “son cosas muy locas, yo no creo que tenga mucho sentido que yo esté ahí. Además nos peleamos mucho con Sergio”. Un día informa solo a los terapeutas que no podrá seguir en el taller de radio, que lo habló con su familia y “ellos notaron que me estaba descompensando, así que decidieron que no venga más a la radio”. Y después de esa vez no volvió a asistir al taller y nadie más preguntó por ella.

⁶ Hinselwood (2001) diferencia entre fragmentación y división, refiere que el primero tiene que ver con los individuos, con sus mecanismos individuales, mientras que los segundos con fenómenos grupales. Afirma que ambos, si bien están relacionados no son dependientes entre ellos, en este sentido la división entre grupos o dentro de un grupo no se explicaría por la fragmentación psíquica de los sujetos individuales. Esta distinción permite no atribuir de manera simplista la división institucional a la fragmentación de los pacientes.

Lo interesante es que esto no ocurre cuando asiste un nuevo terapeuta o alguien externo, todo lo contrario, frente a ellos el grupo interactúa de manera fluida y confiada.

Esto nos pone en la pista de pensar que es algo que trasciende un problema individual para relacionarse. Rojas (2011) refiere, en un estudio etnográfico dentro de uno de los sectores del hospital, que los equipos de salud generan una serie de estrategias para alejarse de los pacientes y evitar, así, relacionarse con la locura. De esta manera logran establecer y mantener una distancia considerable con los sujetos hospitalizados y evitar el contacto lo más posible, a pesar de encontrarse compartiendo un mismo espacio.

Pero resulta aún más llamativo que entre los pacientes hospitalizados ocurre el mismo fenómeno. Se aíslan de los otros justamente por esta angustia a convivir con la locura, como una necesidad de protegerse de la contaminación social de otros, protección que lleva a evitar cualquier contacto.

De alguna manera podemos observar que lo que ocurre dentro de la radio es consistente con lo que ocurre en otros espacios del hospital. De manera que no es sorprendente que incluso los locos rehúsen el contacto con otros locos.

Esta reflexión cuestiona, de paso, la práctica de las instituciones psiquiátricas de juntar a los locos en un mismo lugar, que según Foucault (1964) tenía el objetivo de que miren la locura de los otros y eso les haga juzgar su propia locura. Cuestiona esta práctica en tanto observamos que reunir a sujetos psicóticos en el mismo lugar solo provoca que se aíslen aún más.

Por otro lado, esto se agrava por el hecho de que para los internos la salud y la estabilidad se logran sumiéndose en la desocialización que impone la institución, lo que dificulta en gran medida que luego puedan volver a integrarse a la sociedad. Se crea una enfermedad social que sustituye la enfermedad mental en tanto los pacientes pasan a depender del equipo médico, lo que no les permite abandonar la institución. (Hinselwood, 2001)

En el fondo esperar que alguien se haga consciente de su locura por estar con otro que muestra su locura es una esperanza vana y, peor aún, es sostener una concepción abiertamente perjudicial para los sujetos diagnosticados de psicosis, pues extrema su aislamiento social y dependencia frente a la institución.

Sucede así que en el grupo de radio nos encontramos con que la dificultad para interactuar no tiene que ver especialmente con los efectos individuales de la psicosis, sino con el aislamiento que propone la institución sobre los sujetos, aislamiento como forma de negar al otro en tanto loco.

1.3.- Controlando al grupo

El movimiento constante hacia esa división provoca diversas reacciones en el grupo, pero hay una que es especialmente significativa por lo constante y regular, la cual tiene que ver con intentar controlar al grupo.

Ya señalamos que el grupo tendía a establecer un funcionamiento al modo de supuesto básico de dependencia y como tal, iban apareciendo liderazgos con una marcada tendencia a ordenar y controlar al grupo, liderazgos que el grupo admiraba, fomentaba y se sentía dependiente.

En una primera instancia se podría pensar que una estructura y un liderazgo de esas características ayudarían al grupo frente a la división, pues suponemos que se lograría establecer al menos un funcionamiento colectivo en torno a un líder. Pero lo que se observa es que esa tendencia a controlar muchas veces tiene, paradójicamente, el efecto de llevar al grupo a una mayor división.

Un ejemplo gráfico ocurrió cuando llega Eugenia por primera vez a la radio y comienza a imponer sus temas de conversación pues encontraba que estaban muy desorganizados: “Eugenia guía la conversación y los otros se desconcentran, Tomás guarda el poema que había traído y Cristóbal su cuaderno, Camila se pinta los labios” (Conversación, 30-6-14).

Otro ejemplo ilustrativo sucede cuando llega una nueva psicóloga y comienza a intervenir en un diálogo grupal, pidiéndole al grupo mayor precisión: “hablan del caso Penta, que todos los políticos son corruptos y están involucrados. La psicóloga interviene y les pregunta si son todos los políticos o es solo un sector. Le responden que todos. Ella vuelve a hacer la pregunta diciendo “pero los que han nombrado son sólo de un sector ¿estarán todos los políticos involucrados?”. Le responden que sí. Luego todos los que hablan comienzan a dirigirse directamente a la nueva psicóloga, como buscando su aprobación respecto de lo que dicen. La conversación se empobrece bastante, algunos dejan de hablar

y los que lo hacen le preguntan a la psicóloga si lo que están diciendo es correcto” (Notas de campo)

Pero, más allá de mostrar que los intentos por controlarlo provocan la inhibición y división en el grupo, es necesario señalar que es una reacción que surge de manera espontánea. En este sentido incluso los terapeutas nos hemos visto muchas veces intentando controlar al grupo a pesar de conocer los efectos que ese acto genera.

Estas observaciones complejizan aún más las dinámicas que aparecen dentro del grupo y obligan a intentar esclarecer este ejercicio de control. Se hace fundamental, entonces, explorar y comprender estas formas de interactuar grupales, especialmente respecto a los terapeutas, para evitar que afecte negativamente al funcionamiento grupal.

Foladori (2012) establece una distinción interesante entre coordinación y control. El primero tiene que ver con poner las habilidades personales al servicio del grupo para que realice la tarea. Mientras que el segundo busca que el grupo realice la tarea como él la define, lo que bloquea al grupo. Foladori (2012) distingue en este sentido entre autoridad y autoritarismo. La autoridad tiene que ver con el reconocimiento del saber, mientras que el autoritarismo implica forzar al equipo a comportarse ajenos a él.

Desde el psicoanálisis está claro que el terapeuta no es el líder del grupo, sino el coordinador, o como diría Foulkes, el conductor, que busca el material emergente, con una actitud analítica, no enjuiciadora. Ezriel (1950) plantea que el analista debe tener una posición no directiva, para que permita el surgimiento de las necesidades inconscientes en las tentativas del paciente para establecer relaciones apropiadas con el analista. Incluso recomienda no imponer reglas ni prohibiciones, ni tampoco influir en los problemas exteriores “reales” de los pacientes. El foco se encuentra puesto en la necesidad de analizar todas las comunicaciones, tanto manifiestas como latentes, verbales como no verbales en todos los niveles, tanto entre pacientes, entre estos y el personal y entre el personal (Hochmann, 1971)

Sobre esta posición de escucha, más que de organizador, Oury señala que ponemos nuestra oreja ahí donde no se entiende, en los topones, en las voces, en lo que se muestra, “Cuando un delirante me cuenta su delirio, yo creo, yo creo siempre”, pero este creer nada tiene que ver con entender. Es necesario no comprender un delirio, este es un trabajo por tratar de entender, por intentar un semblante de unidad, es un trabajo jamás

terminado. Oury enfatiza el estar, estar en el sentido de aquel que rehúsa entender. (Oury en Pereda & Sandoval, 2006)

Desde esta concepción, la postura pre establecida como terapeuta del grupo desde el comienzo del taller consistía en estar en una posición de escucha e influir lo menos posible en las decisiones grupales y así favorecer su autonomía. Pero constantemente se apoderaba de mí y del equipo técnico el cuestionamiento acerca de si deberíamos influir más o hacer cosas que el grupo no puede realizar, cuestionamiento que por lo demás es consistente con lo que afirma Mofatt (1997) respecto a que los sujetos institucionalizados en instituciones psiquiátricas no tienen de donde adquirir poder y necesitan de alguien de fuera que les otorgue algo de su poder.

Señalo esto porque, si bien la posición de controlar al grupo más bien parece una defensa contra la locura, y como tal afecta al grupo en vez de permitirle pensar o esclarecer lo que ocurre, es necesario distinguir esa tendencia a controlar de lo que podría ser una necesidad del grupo. En este sentido, poder distinguir entre una defensa y un acto saludable para el grupo.

En este sentido, Jones (1962) habla acerca de las responsabilidades que se les debe asignar a los pacientes y que debe asumir el equipo terapéutico. Refiere que es muy importante que los pacientes, a través de los espacios participativos que crea el dispositivo, puedan ir asumiendo responsabilidades, ojalá el máximo que sean capaces, pero que en momentos de desorganización debe ser el equipo el que asuma cada vez más para encarar la dirección general de la administración de los pacientes.

Pero esta toma de responsabilidades no es fácil de determinar, esto porque, como dice Chazaud (1980), es necesario luchar contra dos tendencias, por un lado a la de los pacientes de formar un asilo y, por otro, contra la tendencia del equipo terapéutico de hacer todo por los pacientes.

Sotelo (2012) cita a Rodrigué (1965) y realiza una interesante distinción entre “santuario” y “exigencia social”. Refiere que la institución por momentos opera como santuario protegiendo a los sujetos del mundo exterior, pero debe permitir que los sujetos vayan enfrentándose a las exigencias del mundo exterior, como el trabajo, la escuela, etc. De esta forma el tratamiento tiene que ver con que la institución pueda ir graduando esas experiencias. Sotelo destaca además que cuando se habla de cuidados, no tiene que ver

con ser una guardería sino que es una función que tiene que ver con la presencia y ayuda al yo de los pacientes.

Hinselwood (2001) va a señalar la relación entre lo estructurado y lo abierto en las instituciones. Cita a Turner (1969) quien distingue entre la estructura y lo comunitario, donde la exageración de la estructura lleva a patologías de la organización, pero descuidar este punto con lo exclusivamente comunitario es seguido de despotismo y sobre burocratización, rigidizando lo estructural. De manera que enfatiza la importancia de pensar ambos términos dialécticamente.

Lo que nos encontramos en el taller es que la tendencia a controlar al grupo se va imponiendo por momentos tanto a través de los terapeutas como de los pacientes. De este modo se puede plantear como una tendencia del grupo, más que sólo de los terapeutas, como plantea Chazaud (1980). Pero de todos modos es llamativo que aparezca en el equipo coordinador por cuanto está claro para nosotros que inhibe el funcionamiento grupal.

Cae entonces la pregunta de ¿cuándo aparece este control más marcado? Y la respuesta es clara: cuando en el grupo se asoma algo de la locura. La aparición de la locura provoca reacciones en los sujetos que formamos parte del grupo, la locura nos angustia y nos lleva a controlarla, controlarla para inhibirla, para comprenderla, en fin, para que deje de ser algo tan ajeno.

Lo interesante es que en general la tendencia del grupo tiene que ver con controlar para homogeneizar, para pensar igual, para esconder lo loco y quedarnos con lo común. Esta forma de enfrentar la locura y lo distinto nos ha llevado a preguntarnos por el porqué de esta tendencia y una primera explicación posible apunta a la institución.

La dinámica del grupo que se genera cuando aparece la locura y consiste en controlar, inhibir y aislar la locura tiene que ver con muchos mecanismos institucionales que apuntan en esa misma línea: controlar la vida de los sujetos, administrar sus tiempos, actividades, orientar acerca de qué decir, qué hacer y cómo hacerlo y, especialmente, borrar cualquier vestigio de locura.

Estos puntos señalan la importancia de realizar ciertas distinciones a la hora de estar en el grupo de radio. Por un lado es necesario hacerse cargo de pensar constantemente en este continuo necesario entre la estructura y lo comunitario según las necesidades del grupo. Pero por otro lado, se encuentra la tendencia a controlar al grupo, la cual tiene que

ver con una defensa contra la locura, modelo que, por lo demás es el que utiliza la institución.

1.4.- Las historias personales

A medida que avanzaba el taller de radio, que nos acostumbrábamos a nuestras presencias y nos íbamos conociendo, se hacía también más fácil hacernos cargo de nuestras angustias en la medida que éramos capaces de pensarnos a nosotros mismos.

El paso más significativo tuvo que ver con que finalmente el grupo fue capaz de ir planteando sus inquietudes tanto en el espacio de reunión de pauta como en el de comentarios: “lo bueno es que cualquier cosa que pase la podemos hablar y tratamos de buscarle alguna solución” (Comentarios, 16-6-14)

Ocurría que el grupo se constituía en un continente y ofrecía una protección frente a la ansiedad, pero una protección diferente a otras defensas, que consistía en que era un espacio para poder pensar de forma colectiva.

Este paso se fue dando de forma gradual, si bien no es posible señalar un punto preciso donde ocurre este cambio, es posible destacar algunos momentos claves. Uno de los primeros sucedió luego de aquella vez en que una de los miembros del grupo hablara en su propio idioma⁷. Ocurrió que luego de provocar unas risas cómplices entre los miembros del grupo, permitió empezar a hablar de cuando ellos enloquecían y compartir algunas impresiones comunes respecto a diversos temas.

Otro momento interesante fue cuando comenzaron a verbalizar acerca de sus tendencias a controlar al grupo y a verbalizar lo que les ocurre con eso: “a veces me dan ganas de controlar, me gustaría controlar la conversación, pero siento que no es terapéutico (...) es genial que uno diga lo que piensa, pero darle una pizca de orden” (Comentarios, 21-5-13)

Lo llamativo es que comenzaron a diferenciar sus diversos roles de forma natural, según los intereses, posibilidades de acceso y capacidades de cada uno, lo que se manifestaba principalmente durante la grabación de los programas. Lo cual es significativo si tomamos a Pichon-Riviere (2001) en tanto refiere que si se logra integrar las diferentes

⁷ Se comenta este hecho en el capítulo 1.2, p.33

experiencias y conocimientos de los miembros esto permite que el grupo adquiriera mayor aprendizaje (mayor productividad).

Ocurre entonces que el grupo comienza a dialogar más, especialmente durante la reunión de pauta y en el espacio de comentarios. Hablan acerca de lo que se trabajó en los programas, analizan lo que les ocurre como grupo y comienzan a planificar actividades en conjunto. Además comienzan a comentar más abiertamente sus impresiones acerca del lugar del grupo de radio en la institución, comparten la responsabilidad de ser una radio y el impacto que tendrán en otras personas dentro del hospital y fuera de él.

El grupo se iba identificando como un grupo y en ese proceso comenzaron a preguntarse por ellos, por sus puntos en común y diferencias. Una de las preguntas desde donde se interesan por los otros es “¿Cómo te enfermaste?”:

“Yo me puse a caminar por el desierto. Mi familia me buscaba por el desierto, pero yo estaba perdido. Estuve varios días”, “Yo tenía 17 años, pensaba que los vecinos me estaban mirando y me encerré en mi pieza, no salía de mi pieza, hasta que después se dieron cuenta que yo no estaba bien”, “yo creo que lo mío fue por las drogas, me puse perseguido que me querían matar, pero ahora ya no pienso eso”, “yo me enfermé porque todos me pedían plata y nadie me pagó, al final yo no podía pagar ni el arriendo, me quedé sin nada porque di todo”, “yo era profesor de filosofía y empecé a pensar mucho”. (Notas de campo)

El grupo explora en esos sucesos centrales de la historia de cada uno, escuchan atentos, opinan, se interesan. A veces se quedan pensando en lo que otro dijo, comentarios y preguntas que formulan después de un tiempo. La pregunta por el comienzo de la enfermedad y las explicaciones que han construido abre las conversaciones a las historias personales, lo que hacían, sus relaciones familiares, cuánto tiempo llevan en el hospital, si trabajaban o no, si tenían familia, cómo eran o son sus relaciones.

El grupo se va acostumbrando a hablar de sus historias, de sus infancias, momentos importantes de sus vidas, pero además hablan de sus problemas actuales. De manera que se dirigen al grupo esperando sus opiniones, puntos de vista y formas de afrontar. Comienzan a escuchar las demandas que los otros miembros van formulando y consideran al grupo como un interlocutor que escucha y es capaz de ayudar.

De esta manera el grupo comienza a realizar acciones de apoyo mutuo y a experimentar esa función de contención de los otros: “Soy soñador, podríamos ponernos de acuerdo y una semana ayudar a una persona, una semana dedicada a X” (Conversación, 12-8-13)

Así es como una de los miembros cuenta que en el sector donde se encuentra hospitalizada no la dejan salir porque no le creen que tiene taller de radio, entonces otros miembros del grupo se ofrecen a ir al sector a avisar para traerla. Un día otro de los participantes cuenta que vio un video en internet donde aparecía otro de los miembros de la radio. El aludido no tiene internet disponible y no sabe utilizar los navegadores, entonces el grupo logra conseguir la grabación en un CD y lo muestran durante el taller. De esta manera comenzaron a ocurrir muchas acciones de apoyo concreto entre ellos.

Algo que sorprende profundamente a los terapeutas durante esta apertura del grupo es el hecho de que, además de apoyarse mutuamente y compartir y escuchar interesadamente las historias de los demás, comienzan a expresar conocimientos que poseían de antes acerca de los otros, pero que no habían sido nombrados. En este sentido saben de los otros mucho más de lo que mostraban durante las primeras etapas de la radio.

Si bien ocurre que ellos se sorprenden del conocimiento que tienen entre sí. Para los terapeutas es aún más sorprendente pues, cuando uno ve a los participantes de la radio en el hospital durante el día, los ve a cada uno por su lado, como si no existieran el uno o el otro. Esto es muy llamativo pues permite cuestionar de manera radical la imagen que teníamos de los sujetos de la radio y reforzar la afirmación de Oury (2003): *“Cuando decimos que los esquizofrénicos no saben lo que está pasando, eso no es cierto. Hay, al contrario, una suerte de hipersensibilidad”*.

Y nuevamente esto nos hace reflexionar sobre la institución, especialmente si pensamos en los planteamientos de Rojas (2011) quien refiere que el desconocimiento acerca de los otros sujetos y la imposibilidad de establecer relaciones profundas tiene que ver con factores institucionales. Rojas describe que los sujetos, al ingresar, no saben qué es lo que saben los otros de ellos, debido a que las entrevistas se realizan de forma privada con familiares u otros y la información se comparte entre el personal y los otros pacientes sin su conocimiento ni consentimiento, de modo que para los sujetos no es posible manejar la información que desean entregar a los demás.

En este sentido es llamativo como en la radio diera la impresión que nadie se interesa por los otros, pero uno se percata que en realidad de los otros saben mucho. Este hecho resulta interesante debido a que uno podría decir que es un fenómeno que da cuenta de la psicosis, pero claramente tiene que ver con una lógica de la institución: no decir lo que se sabe del otro, desconocer lo que se conoce de los otros.

En la medida que el grupo se va conociendo y aceptando, se van haciendo capaces de realizar actividades en conjunto. El grupo conquista de esta forma una manera diferente de lograr organizarse que ya no pasa por el control de un líder, sino que logran estructurarse en sus tiempos y en la medida que todos se apropian de dicho objetivo común.

Luego de tres meses de planificación de la convivencia de inauguración de la radio, logramos hacerla y empezamos a transmitir los programas. Uno de los integrantes, cuando estábamos poniendo la comida en los platos, dice: “hace más de dos meses que tenía el maní en la mochila, casi me lo como, ya pensaba que nunca iba a resultar” (Notas de campo).

Finalmente logramos hacer la convivencia y salir al aire. En la búsqueda de un espacio para habitar, uno de los participantes de la radio encuentra una sala abandonada hace años (la ex lavandería) y el 2013 tenemos sala para reunirnos y grabar nuestros programas.

Finalmente logramos hacernos de un continente.

2.- Del mundo al hospital

2.1.- Una primera interpretación posible

El programa de noticias junto con el de conversación libre han funcionado desde el origen de la radio. Si bien estos programas son realizados por las mismas personas, han permitido ir revelando diferentes aspectos del grupo debido a que no es la misma tarea ni el mismo encuadre en cada uno de esos espacios. En ese sentido han resultado bastante complementarios para pensar al grupo.

El programa de noticias fue creado por iniciativa del grupo, es un programa que se prepara con anterioridad, se revisan diarios, sitios web y se utiliza la información que aparece en la televisión o cualquier otro medio, incluso a veces se investigan algunos temas con mayor profundidad a través de los medios que cada uno tiene disponible. Además se define con anticipación qué temas se hablarán, con qué profundidad y qué orden se utilizará. Incluso algunas veces se desarrolla por completo cada tema antes del programa.

No es sencillo para los participantes de la radio planificar el programa de noticias, especialmente porque no tienen acceso con facilidad a diarios, a internet, o, incluso, a ver televisión. Parece difícil para alguien externo imaginarse y darle la relevancia necesaria a esta dificultad, pues la experiencia en general de un ciudadano común y corriente es encontrarse bombardeado constantemente de noticias e información de todo tipo.

Muchos participantes de la radio viven en hogares protegidos y, en algunos de ellos, no se ven ni escuchan noticias ni se tiene acceso a diarios. En general dependen de las normas que define la persona encargada del hogar, quien define los horarios para ver televisión, para levantarse y las actividades que le corresponde hacer a cada uno. Encontrándonos con que algunos participantes de la radio tenían un acceso muy limitado a las noticias, lo que les dificultaba poder trabajar los temas en el programa.

Lo mismo, y tal vez más significativo, ocurre con los participantes hospitalizados, quienes por lo general cuentan con una televisión: “cuando la prenden lo único que muestran son los programas de farándula (...) y si uno lo quiere cambiar te retan” (Notas de campo). En los sectores no llegan diarios y ahí es muy difícil acceder a algún tipo de información del exterior.

Este tema lo explicita muy claramente Rojas (2011) quien comenta que al estar hospitalizado se vive esta experiencia de encontrarse desconectado del mundo exterior e

incluso sufrir la sensación de sentirse desorientado en el tiempo, no saber qué día ni fecha es.

Fue sucediendo que quienes tenían mayor libertad de movimientos dentro de la ciudad comenzaron a comentar acerca de las noticias que escuchaban, leían o veían, e incluso, a veces conseguían diarios y los llevaban al taller para que los otros pudieran verlos. Uno de los participantes logró conseguir que nos regalaran el diario del fin de semana que llegaba a la dirección del hospital. Esto permitió que todos pudieran leer el diario antes de la grabación de los programas, y, por tanto, que estuviéramos relativamente actualizados.

Las noticias se transformaron en un espacio en que nos informábamos de lo que estaba ocurriendo fuera del hospital, muchos nos enterábamos ahí de situaciones que no nos habíamos percatado. Algunos investigaban con mayor profundidad algunos temas y otros simplemente comentaban lo poco que sabían. A veces ni siquiera era necesario comentar una noticia actual, sino que trabajaban sobre noticias de diarios antiguos o noticias que recordaban.

Si bien estaba dirigido a un oyente externo al grupo, el programa de noticias comenzó a cumplir la función para el grupo de mirar hacia el mundo, de saber sobre lo que ocurría afuera, explorar, conocer y comentar eso de veían y escuchaban, era un esfuerzo por investigar.

En este contexto se hizo muy común que llevaran noticias de situaciones claramente agresivas o peligrosas para las personas: “La niña que se violaron a la fuerza era policia (...) lo dieron de baja, la tocó a la fuerza (...) El yerno a la suegra, la atacó con un hacha, le cortó las manos con un hacha (...) Melipilla fue un incendio de smog (...) al año nuevo le llegó una bala a una niña de siete años (...) Cada día se van poniendo más peligrosos los días, más calor y más frío” (Misceláneas, 6-1-13). “se dio vuelta un bus, murieron 20 personas, más de 20 abuelas (...) Un vecino le tiró a la señora parafina y le prendió fuego” (Conversación libre, 18-8-14). Al grupo le preocupaban estos temas y enfatizaban lo peligroso del mundo y las personas, la cantidad de agresiones y la violencia desmedida.

Claramente podríamos decir que estos contenidos traídos por el grupo no son muy diferentes a lo que expone la prensa diariamente, más aún, se podría pensar que son el reflejo de lo que los medios de comunicación transmiten en general, y de hecho de esa

forma lo plantea el grupo: “comentan que casi no hay noticias buenas, que todas son de violencia” (Notas de campo). Pero el trabajo que iban realizando con esas noticias dibujaba una relación de temor con el mundo exterior, un mundo donde ocurren catástrofes y donde las referencias son constantes al fin del mundo o el apocalipsis.

Esto hace pensar en los planteamientos de Davoine y Gaudilliere, quienes, en el contexto del trabajo analítico con sujetos psicóticos, refieren que lo que permite el paso desde la locura a la neurosis es la “lengua materna”, como una lengua capaz de acoger mitos, tradiciones, no una lengua que se centra en los significantes, sino una lengua de la historia, de las catástrofes. Incluso afirman que el capital de la locura puede ser un instrumento de investigación de las fracturas del lazo social (Davoine & Gaudilliere, 2010b)

Si bien la forma de trabajo de los terapeutas del taller de radio no sigue la propuesta de abordaje técnico⁸ de Davoine & Gaudilliere (2011), esta observación nos ayuda pensar ese trabajo del grupo con la historia social en tanto algo sucede en ese ejercicio que es necesario escuchar de otra manera.

De manera interesante, el grupo comienza a llevar al programa de conversación libre este trabajo que realiza en el programa de noticias, de manera que hablan de guerras, de las marcas estudiantiles, de la falta de oportunidades en la educación chilena, de la conquista de América, de violencia, de discriminación. Pero hay un contenido que logra ir instalándose y les permite, a través de él, ligar otros contenidos y expresar diversas opiniones e impresiones. Este contenido tiene que ver con la historia del pueblo Mapuche.

La historia del pueblo Mapuche comienza a aparecer ligado a innumerables contenidos. Es nombrada a raíz del conflicto en la Araucanía, cuando aparecen noticias de guerras, de situaciones violentas entre países, como las luchas entre Israel y Palestina, en donde comparan los problemas de los Mapuches con ellos, incluso por momentos utilizan las palabras Mapuche, Israelita, Palestino y Chileno indistintamente. (Notas de campo), aparece también ligado a otras reflexiones: “En Siria mataron gente ¿En Chile puede haber guerra? (...) ¿Cuánto dura una guerra? (...) Somos cruzados entre mapuches y españoles (...) aquí ha habido guerras (...) yo todo lo que sé es el golpe de estado (...) somos la encarnación del golpe de estado, de esa guerra” (Misceláneas milenium, 26-8-13)

⁸ Estos autores proponen que ocurre un cruce entre las historias relatadas por los sujetos y la historia personal de los terapeutas y cuando esto ocurre ligan ambas historias en la transferencia, apuntando a restablecer un lazo social.

Durante los espacios de reunión de pauta y conversación aparecen historias personales relacionadas con los Mapuches, historias vividas por ellos e historias transmitidas por familiares y amistades: “Yo conocía a los Luchsinger, todos los conocían, no eran tampoco unos santos” (Reunión de pauta, 14-2-13). De modo que estas historias que relatan los medios de comunicación se ligan con las historias personales, con sus historias y desde ahí juzgan, opinan.

Fue así como se le señaló al grupo que cuando hablaban de los mapuches y de los otros grupos sociales abusados por otros miembros de la sociedad en realidad hablaban de ellos mismos, que se sienten conquistados, invadidos y domesticados por la sociedad especialmente a causa de su enfermedad mental.

Esta intervención hace que el grupo comience a hablar de su situación social y refieran contenidos que no habían compartido en la radio.

Si bien se trata de una intervención muy sencilla, que señala un elemento en apariencia muy superficial y evidente, es interesante pensar que fue necesario formularla para abrir la posibilidad de abordar esos contenidos. De algún modo podemos suponer que las representaciones sobre el lugar que ocupan en la sociedad permanecían en un lugar psíquico que para el grupo sería un equivalente a lo reprimido individual.

Al revisar el material del taller, llama la atención como eran escasas las referencias a sus propios conflictos, especialmente a sus problemas dentro de la institución o con la sociedad. Sus comentarios sobre ellos mismos se restringían en general, a hablar de los momentos en que se encontraban locos.

Este punto es significativo pues podemos formular otro paralelo con la institución, en cuanto las entrevistas clínicas se reducen a hablar de estos aspectos de los pacientes (de los momentos de locura), dejando de lado las preocupaciones corrientes de la vida diaria, sus problemas con la institución u otro. De hecho cuando manifiestan sus conflictos con la institución esa actitud es interpretada como manifestación de psicopatología (Rojas, 2011)

De este modo los contenidos referidos a sus problemas personales, a los conflictos con la institución o con la sociedad, son contenidos que no nombra el grupo, pero que se observan desplazados a los otros contenidos que refieren, como las guerras, los mapuches y otros. En este sentido son conflictos que aparecen al modo del retorno de lo reprimido.

Si asumimos esta hipótesis de que en los sujetos del taller de radio las representaciones sobre su lugar en la sociedad estarían de algún modo reprimidas, resulta interesante establecer similitudes con lo trabajado en los capítulos precedentes, pues muchas de las observaciones apuntan al efecto de la institución sobre las relaciones sociales de los sujetos: sometidos a relaciones verticales, obligados a aislarse pues solo pueden convivir con la locura, no poder controlar lo que los otros saben de uno mismo y no poder decir lo que se sabe de los demás, a lo que se suma no poder hablar y reprimir las representaciones acerca de su propia condición social.

2.2.- Compartiendo nuestra situación social

Estos señalamientos respecto a la relación entre las noticias que les preocupan y la situación social en que vive el grupo permiten que vayan apareciendo muchas vivencias personales y experiencias muy íntimas con otras personas.

Esta apertura comienza cuando empiezan a ligar las historias que traen con su situación actual: “en Chile siguen las mismas actitudes hacia los mapuches”, luego comentan que a los locos siempre los han discriminado y que la gente, cuando sabe que están en el psiquiátrico, los trata de manera diferente (Misceláneas y Comentarios 13-1-14).

Además les permite ir compartiendo experiencias íntimas: Mientras hablaban de los políticos y sus relaciones con la dictadura militar uno de los miembros del grupo comenta: “Yo hice el servicio militar tres años, más de mil días (...) en ese tiempo el ejército era muy malo” (Misceláneas milenium, 26-8-13), luego comenta situaciones personales que le tocó vivir. En otra ocasión, al tomar el tema de la de la resolución de la Haya sobre la frontera entre Perú y Chile, refieren: “los peruanos van a andar acá en Chile y van a andar por las casas, las viviendas”, luego, en los comentarios, “me da cosa ver a las personas en la calle (...) a mí me hacían salir a la vereda”. (Misceláneas milenium y Comentarios, 3-2-14)

El grupo comienza a hablar abiertamente acerca de la situación social global en la que se encuentran, hablan de la pobreza en términos generales, de la pobreza en el mundo, de la pobreza de otros. Señalan que son parte de ese grupo social, aunque en un comienzo de manera poco conflictiva: “Lo que más me gusta es que seamos buenos, los pobres son los predilectos” (Misceláneas 9-9-13).

La pobreza es referida como una situación similar a la que viven otras personas, incluso a veces idealizada, donde los pobres son felices y disfrutan de la vida, como si no tuvieran grandes preocupaciones y pudieran disfrutar de una bondad y vida en comunidad privilegiada. Incluso se critica a quienes discriminan a los pobres, afirmando que ellos son los que tienen una vida pobre: “uno se siente superior a la gente pobre, pero no tienen ninguna influencia sobre su propia vida” (Reunión de pauta, 8-4-13).

Con el tiempo el grupo profundiza en esas afirmaciones y problematiza esta idealización de la pobreza al relatar experiencias personales: “el que no tiene plata se enferma no más”, “con plata se compra remedios”, “la tiranía del dinero”, “los ricos van a tener la salvación” (Conversación libre, 17-6-13).

Hablan acerca de su propia situación social, comparten sus experiencias, no tener dinero para comprarse ropa, andar con un bolso roto, recibir unos pocos pesos a la semana y no tener un trabajo digno. Situaciones que en vez de hacerlos felices, los enoja y moviliza, haciéndolos cuestionar esos lugares comunes: “¿Cómo va a ser el pobre feliz si no tiene dinero? El dinero produce felicidad. Es falso que los pobres sean ricos con su miseria. Es falso que los ricos sean pobres con su riqueza”, “me causa daño que digan que el pobre es feliz con su pobreza” (Conversación libre, 24-6-13).

Al levantar esta barrera vuelven a tomar contenidos vistos con anterioridad y asocian lo que hablaban con su propia experiencia. Así relacionan su situación social con la conquista de América y su situación con la violencia social hacia el conquistado, a quienes se les impone costumbres, formas de pensar y obliga a someterse al conquistador. (Comentarios, 24-6-13)

Se centran en la pobreza y la piensan, la analizan como intentando buscar explicaciones, pero no encuentran fundamento, o por lo menos los fundamentos que aparecen se van desvaneciendo:

“- ¿Usted profe tiene auto?

- Sí.

- ¿Han visto el auto del Dr. X? Él tiene súper harta plata.

- Pero él es médico, tú no te podí andar comparando con él.

(...)

- Si yo hubiera podido estudiar le compraría una casa a todos ustedes” (Reunión de pauta, 17-6-13)

El tema los moviliza y apasiona. Además de discutir y traer situaciones donde esta pobreza se hace patente, comienzan a integrarla en sus investigaciones y creaciones. En este sentido es llamativo que lleven poemas de otras personas que hablan acerca de la pobreza, que comenten historias e incluso creen textos que abordan esos contenidos, como un poema que crea Oscar y lee al grupo llamado “la corona y el pobre” (Conversación libre, 26-8-13)

Hablan de sus propias situaciones particulares, marcadas por la pobreza y la falta de oportunidades. Tener que vivir con pensiones muy bajas, muchas veces controladas por otras personas, con familias que (en el caso de que se preocupen de ellos) no tienen los recursos necesarios para procurar tener un buen pasar económico.

La relación entre recursos económicos y acceso a la salud no es indiferente para el grupo, sujetos que se vinculan casi exclusivamente con el Hospital Psiquiátrico. Para ellos es claro que el dinero define la salud o la enfermedad: “Te podí estar muriendo, si no tení plata te morí, los ricos se ponen inyección y se salvan” (Conversación libre, 2-9-13)

Reflexionan con que su destino sería muy diferente si hubiesen tenido dinero, que jamás se encontrarían en las condiciones en las que se encuentran. Pero algo que se hace patente es que se sienten ocupando el lugar de los sujetos que no son importante para nadie: “El gobierno y las autoridades se comen ellos la plata y no dan para salud” (conversación libre, 2-2-15). “los grupos minoritarios no tienen expresión política” (Misceláneas, 18-11-13)

Por momentos el grupo se intenta calmar explicando que la falta de recursos y preocupación para con ellos tiene que ver con temas de corrupción, pero en general vuelven a hablar desde su experiencia relatando que su sentimiento de abandono frente a la sociedad tiene que ver con la discriminación social que sufren las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental: “me siento discriminado, la gente cree que la esquizofrenia es de locos, la gente lo toma como si no fuera normal (...) al final todo se devuelve, toda la maldad que le tiran a otra persona se devuelve (...) dan oportunidad de trabajar, pero no optar por un buen trabajo (...) el trabajo siempre va a ser el mínimo (...) hay esquizofrénicos

profesionales (...) el que te contrata no te da el 100% (...) está mal visto ser esquizofrénico, si te dicen tu hijo tiene esquizofrenia se te cae el mundo (...) después que me enfermé mis amigos me miraban con otros ojos, me siento mal igual (...) nosotros estamos dentro de la sociedad, pero yo no he escuchado un apoyo (...) a nosotros nos van a aceptar solo en trabajos especiales (...) si se dan cuenta, te quedaste sin trabajo (...) a los que se sientan con síntomas, que sepan que los van a discriminar (...) tenemos tantas habilidades, solo poca fortuna” (Conversación libre, 26-5-14)

Hablan de la sociedad y relatan episodios en los que se han visto discriminados: “ocupó tarjeta de discapacidad y los conductores me retan” (Conversación libre, 2-2-15), dicen sentir que los tratan de manera especial y eso les molesta, porque no les permiten un trato igualitario, no les permiten ser aceptados como son. En esta línea parte de los comentarios luego de haber asistido a la feria Internacional del libro de Santiago del 2013, tienen que ver con que sintieron que los trataron con miedo y de manera especial, lo que los hizo sentirse incómodos (Reunión de pauta, 11-11-13)

Se miran entre ellos, escuchan sus experiencias y señalan que son constantemente discriminados, incluso en las situaciones laborales en las que los incluyen, especialmente en los llamados “trabajos protegidos”. Durante una de las reuniones de pauta conversan con una de las participantes que quiere buscar un trabajo protegido:

- “ - Yo quiero buscar un trabajo protegido, pero ¿qué pasa si no me puedo acostumbrar?
- Los trabajos protegidos no son bien pagados, yo estoy buscando un trabajo normal, eso no te alcanza para nada.
 - Yo con el mínimo estoy feliz, si no gasto nada.
 - En los trabajos protegidos nunca te pagan el mínimo, a los de aseo les pagan como 8 lucas a la semana y es todo el día.
 - Yo pensé que pagaban el mínimo.
 - Estay loca ¿cómo te van a pagar el mínimo?” (Reunión de pauta, 16-2-15)

Llama la atención la profunda desesperanza de que pudiese ocurrir algún cambio en sus condiciones sociales. La única opción sería que ocurriese algo muy fuera de lo común. En ese sentido un día mientras íbamos a comprar cosas para realizar una

convivencia María me pregunta si va a haber guerra por el resultado del juicio en la Haya contra Perú, dice: “los hombres tienen que ir a la guerra y las mujeres son enfermeras. Ahí voy a subir de nivel” (Notas de campo, 27-1-14)

El grupo fantasea con qué hubiese sucedido si no hubiesen tenido una enfermedad mental, imaginan una vida sin la esquizofrenia: “yo hubiera sido secretaria si no me hubiera dado la enfermedad” (conversación libre, 24-11-14), “Siempre he querido tener amor, pero no he superado mi déficit” (Conversación libre, 6-10-14).

Comienzan a dirigirse a la gente haciéndose cargo de esta posición que ocupan: “Las personas con esta enfermedad son muy discriminadas, pero somos muy inteligentes, hay personas acá en el hospital que escriben libros. Si hablan con nosotros quedarían asombrados (...) Uno se siente mal cuando lo discriminan (...) ¿tú creí que a las personas sanas no les cuesta la vida? (...) la vida es compleja, no me gusta que sea así (...) yo quería decir que no nos miren en menos, mírennos como personas sanas, no somos tontos ¿seríamos tontos si hacemos un programa de radio? Si no hacemos nada seríamos tontos y si nos escuchan en la radio mírennos como personas que no son discriminadas (...) mírennos como personas que son capaces de hacer las cosas (...) yo siempre he querido ser superior, pero aún no lo logro porque la sociedad me atrasa demasiado (...) no todos somos iguales, cada uno tiene su gracia (...) llevar una enfermedad así es difícil, voy a buscar trabajo y te discriminan (Conversación libre, 1-9-14) “que nos escuchen y no nos discriminen (...) es como un arte defenderse (...) la sociedad es prejuiciosa” (Comentarios, 1-9-14)

Hablar acerca de su situación social general y pensar juntos estas vivencias de pérdida de lazo social (Davoine & Gaudilliere, 2011) les permite abrir la experiencia íntima al grupo. Abrirla en un contexto diferente al contexto médico. Cuentan sus experiencias no porque alguien tenga que curar algo o decir algo al respecto, sino porque, confiar al grupo sus experiencias y asumir la propia a través de la de los otros, es un acto de libertad.

Ocurre entonces que se comienzan a identificar en sus relatos, lo que refuerza al grupo como espacio de interacción. El taller comienza a ser un lugar donde pueden hablar libremente, decir lo que piensan, compartir sus historias y exponer sus angustias y sueños.

De este modo el grupo les permite ir explorando en aspectos profundos de sí mismos. Es así como se va tomando el espacio la vivencia de soledad: “se queda uno muy

solo con la familia” (Comentarios, 2-9-13), “El enfermo mental es un mundo de soledad, podemos hacer una página web individual” (Reunión de pauta, 2-9-13), “tengo a mi familia en el norte, no puede ser que yo los abandone” (Conversación libre, 12-8-13), “soy un fantasma perdido en la soledad” (Conversación libre, 27-10-14), “Mi mamá no quiere vivir conmigo” (Conversación libre, 25-11-13)

La desesperanza es inevitable y es vivida por todos en el grupo en algún momento: “Voy a tratar de subirme a un metro y no puedo (...) la gente avanza y avanza (...) ahí sí que sentí miedo (...) Últimamente mis crisis se han puesto depresivas (...) Se subieron a la micro los carabineros y el fiscalizador, se me había perdido la tarjeta y me bajaron (...) nosotros somos enfermos, cuando nos da crisis nos deprimimos” (conversación libre 11-11-13), “me han dado ganas de tirarme al metro” (Comentarios, 11-11-13)

En esa desesperanza cuestionan al destino o a alguna fuerza sobrenatural que pudiese hacer algo al respecto: “Si hubiera logrado tener un sueño... el tiempo es traicionero. Dicen que Dios es perfecto, pero yo no encuentro (...) tengo miedo, yo no sé por qué uno se da costalazo (...) Yo no creo en un Dios vengativo (...) Me gustaría lograr muchas cosas en este mundo para alcanzar la perfección (...) tengo tres metas: como primitivo, como ángel y como extraterrestre (...) Dios dice omnipotente, ahí supe que era extraterrestre (ovni-potente) (...) hay muchos dioses aquí en la tierra (...) Dios te va a curar tu dolencia en la pierna “ (Conversación libre, 27-1-14). Dentro de impresiones personales que anoto en las notas de campo de ese día se encuentra: “Me quedo con la profunda sensación que no hay nada que hacer, como si sintieran que Dios los ha abandonado”.

El grupo refiere por momentos que en lo que desean, en lo que fantasean respecto a sus vidas, ocupa un lugar central el anhelo por encontrar la comprensión de otros, el ser mirados como personas, con derecho a tener una voz para un otro: “A uno tienen que comprenderlo porque somos enfermos mentales” (Reunión de pauta, 7-10-13)

Frente a todos estos contenidos y apertura del grupo resulta muy llamativo que vuelve a aparecer la figura del hospital, pero esta vez de manera muy diferente. No aparece en su rol de sometimiento ni control sobre la vida de las personas, aparece como la única institución que los ha cuidado, acogido y permitido vivir. Incluso refieren haberse sentido muy ayudados: “Agradezco a los científicos que hayan inventado pastillas para ayudarnos (...) yo agradezco que hayan personas que les paguen por ayudarnos” (Misceláneas milenium, 7-10-13)

De alguna manera el Psiquiátrico ocupa en el psiquismo del grupo el lugar de un refugio frente a este mundo que los expulsa y no los acepta y los trabajadores que ahí se desempeñan corresponden a personas caritativas que se dan el tiempo de ayudarlos.

3.- Del agradecimiento al horror

Breves comentarios sobre la transferencia y el grupo de radio

Antes de comenzar el análisis correspondiente a este capítulo, es necesario hacer algunas puntualizaciones acerca de la transferencia, debido a que las hipótesis y conclusiones que se van a exponer a continuación corresponden principalmente al análisis a través de la transferencia y la contratransferencia en el grupo de radio.

Hinselwood (2001) destaca que los espacios de la comunidad terapéutica son espacios privilegiados para escuchar al grupo, en tanto es posible observar lo que ahí ocurre en términos de transferencia y contratransferencia. El dispositivo de radio también ha permitido observar las transferencias y, por tanto, pensar al grupo de manera psicoanalítica.

Baremlitt (1991) resalta especialmente el papel de la transferencia y la contratransferencia, refiere que los sujetos establecen múltiples transferencias, tanto entre ellos, el equipo, con la organización como un todo e incluso con la ideología de la institución. Pichon-Riviere (2001) agregaría que también se establece transferencia con la tarea que se realiza. Lourau (2007), por otro lado, amplía aún más el concepto de transferencia y contratransferencia y refiere que se deben incluir las respuestas a todas las realidades del analizado, como sexo, edad, raza, posición económica, así como del analista y de las significaciones socioculturales y económicas de la institución.

Oury (1998) destaca la relación de la transferencia con el movimiento, con el desplazamiento, con el deseo inconsciente. Refiere que en los psicóticos ocurriría una transferencia disociada, una transferencia dispersa que puede manifestarse no solamente sobre el terapeuta ni en un tiempo determinado, sino toda la semana, entre sesiones. Cita a Tosquelles para decir que ocurren investiduras multireferenciales, multi-investiduras.

De este modo, para Oury (1998), en la vida cotidiana puede resultar significativa cualquier persona, desde el médico al cocinero, cualquiera, sin importar el status. Todos son portadores de investiduras parciales que ellos ignoran, por eso es necesario trabajar con todas las personas, puntos de referencialidad múltiple que permitan que haya multi-investiduras.

Para Oury (2003) lo terapéutico está diseminado, no se corresponde con el status, por momentos otro esquizofrénico puede ser absolutamente más eficaz que un médico. En

este sentido la función de cuidado es colectiva en tanto lo que importa para un esquizofrénico son las múltiples investiduras parciales (que son a menudo ignoradas).

En los siguientes apartados se hará referencia a este modo de entender estas transferencias, pero especialmente tomaremos las transferencias que nos llevan a comprender la institución.

En este sentido es importante distinguir estas transferencias de la que podríamos llamar transferencia institucional. La transferencia institucional tiene que ver con que los pacientes de las organizaciones psiquiátricas establecen transferencia con la institución como un todo e incluso con la ideología de una organización (Baremlitt, 1991). En ese sentido todo el personal se inscribe como terapeutas y todo lo que hacen o dicen adquiere sentido en función de la institución que representan y en el acto de sostener el proceso de cura (Foladori, 2010)

El trabajo realizado a continuación no es un análisis directo de la transferencia institucional, sino más bien muestra cómo el análisis de las diversas transferencias (incluida la transferencia institucional) nos fue hablando de la relación de los sujetos con la institución. En este sentido se observan transferencias que dan cuenta directamente de la institución y otras que apuntan hacia esta transferencia institucional, como si esta fuese la que organizara al resto, o a la que remiten las otras al ser analizadas. Y es justamente al trabajar sobre estas transferencias que aparece el gran peso de la institución para el psiquismo del grupo.

3.1.- El agradecimiento: una primera aproximación.

En el capítulo anterior se explicita esta relación de agradecimiento del grupo con el hospital en tanto ha sido la única institución donde los han acogido y cuidado. En este apartado se abordarán de forma breve algunos postulados que nos pueden resultar provechosos para pensar acerca de esta relación entre los pacientes y la institución.

Podríamos quedarnos con esa idea y decir que los pacientes están agradecidos porque el Instituto Psiquiátrico los acogió, pero realmente sería una actitud muy ingenua de abordar el fenómeno.

De antemano podemos señalar que llama la atención lo extremo de este agradecimiento, pues al escucharlo claramente impresiona como exagerado, lo que nos hace pensar, por lo menos, que se trata de contenidos sobrevalorados.

Pero además nos aparecen como desproporcionados porque conocemos lo que ocurre dentro de esta institución psiquiátrica, sabemos de la ocurrencia de maltratos y hemos sido testigos de cómo se restringe y se coarta la libertad de los pacientes. Además hay bastantes investigaciones que describen la relación que se da entre los pacientes y la institución y, al menos, muestran como ocurren graves situaciones de agresión y mortificación al yo, siendo dudosa la efectividad terapéutica de dichos procedimientos. (Goffman, 2009; Cooper, 1967; Bassaglia, 1989; entre muchos otros)

Una entrada interesante es la que propone Abufon (2011), quien realiza una investigación en el mismo hospital donde opera el taller de radio. Si bien ella investigó la relación con el hospital de pacientes que no se corresponden con los sujetos que participan de la radio (pacientes que asisten de forma ambulatoria y solo se relacionan con el hospital a través de sus controles médicos), sus observaciones aportan a ver lo complejo del fenómeno.

La pregunta que guía su investigación tiene que ver con intentar abordar el fenómeno de que los pacientes siguen asistiendo y circulando por el hospital para ser tratados a pesar de no presentar cambios en sus condiciones de salud mental (Abufom, 2011)

Abufom (2011) refiere que ocurre una idealización en los pacientes debido a que el Hospital se experimenta como un espacio dedicado a la función de acoger y cuidar, no solo a través de la entrega de medicamentos, sino que, mediante este acto, sienten que reciben amor, un amor que no es recibido, sentido ni experimentado en el mundo exterior.

Refiere que la institución provoca un círculo vicioso que perpetúa el padecer. En este sentido la estructura hospitalaria (jerárquica, autoritaria y dominada por el discurso de la disciplina científica), es una estructura represiva que no permite el movimiento de la transferencia, sino que, por el contrario, la perpetúa sin analizarla. (Abufom, 2011)

Abufom (2011) afirma:

Hay una resistencia de reconocer cuánta dependencia fomenta el hospital en los pacientes, tal vez atravesado por la necesidad de afirmación narcisista y omnipotente, como si en el imaginario existiera la creencia que efectivamente los pacientes no pueden “vivir” sin el hospital, lo cual se correspondería con las fantasías de las propias participantes. Allí se instala el pacto denegativo que mantiene la

inmovilidad del sistema como resistencia institucional sostenida en lo asistencial (cantidad de pacientes atendidos). (Abufom, 2011, p.179)

Hinselwood (2001) aborda estas relaciones proponiendo una explicación psicoanalítica que intenta profundizar en la relación entre el sentimiento de dependencia y agradecimiento de los pacientes y los de superioridad y generosidad de los profesionales.

Hinselwood (2001) cita a Main (1975) quien afirma que en los hospitales solo existen dos tipos de roles: de salud o de enfermedad y en esta distinción el staff es saludable, poderoso, activo y sabio, mientras que los pacientes son enfermos, sufrientes, pasivos, obedientes y agradecidos. Se produce así una relación circular entre caritativos y necesitados que introduce presión de uno a otro lado, generando una colusión más fantaseada que realista: los caritativos demandan que los otros sean necesitados y los necesitados que los otros sean caritativos. Se modifica así la identidad de quienes ocupan dichos roles.

De esta manera es posible observar un mecanismo mediante el cual las personalidades se fragmentan y lo no deseado de ellos mismos es proyectado en el otro grupo, provocando que los pacientes pierdan su self activo y el staff adquieren una imagen fantástica de ser poderosos y sabios, sufriendo ambos grupos a su manera. (Hinselwood, 2001)

Hinselwood (2001) comenta que se puede distinguir dos grandes tendencias, por un lado las que responsabilizan al staff y, por otro las que responsabilizan a los pacientes.

Dentro del primer grupo se encuentran los postulados de Cooper (1967) quien hace un paralelo entre los hospitales psiquiátricos y los campos de concentración. Dice que ambos son frutos de la sociedad y en ellos se deposita lo que la sociedad y las personas rechazan de ellos mismos. En este sentido los oficiales nazi proyectaban todo lo malo en las personas ahí sometidas, en un afán de pureza, incluso el asesinato era un asesinato ritual que ayudaba a la purificación del asesino y era esencialmente una forma de evadir la culpa.

Dentro del segundo grupo podríamos destacar la postura de Rosenberg (1970) quien dice que la estructura organizacional se desarrolla en torno a las necesidades y conflictos de los pacientes estructurados como una defensa común. Refiere que los

pacientes comparten un sistema de defensa del yo que permite reducir las tensiones intrapsíquicas y mantener estable a la institución. Afirma que los pacientes prefieren pensar que han sido obligados a estar en esa situación, racionalizan cada uno de sus actos y sentimientos como resultado de la extorsión externa más que como expresión de su propio self. Incluso se sienten libres de satisfacer sus fantasías regresivas sin sufrir la ansiedad concomitante, y si además hay recompensa por eso, más se rigidiza. (Hinselwood, 2001)

Frente a estas posturas Hinselwood (2001) es claro en señalar que, si bien a primera vista ambos grupos, staff y pacientes, parecieran estar divididos, en el fondo se encuentran en complicidad al distribuirse sus características de personalidad. Se trata de un sistema inconsciente que fluye en ambos sentidos, transformando al staff en caricaturas del poder y a los pacientes en caricaturas de la debilidad, manteniendo cada grupo una visión distorsionada del otro. Este sistema de proyecciones se sostiene porque presenta ventajas para los individuos: los necesitados encuentran una exagerada y poderosa ayuda y para los que ayudan eso colma su gran ambición de ayudar.

Aunque se trate de una relación circular, Hinselwood (2002) es enfático en señalar que es el staff quien mantiene la responsabilidad en esa relación, de modo que debe saber utilizar su conocimiento para procurar el bienestar de los pacientes.

Estas concepciones nos permiten introducir el tema a trabajar en los siguientes apartados. Se profundizará en esta relación de agradecimiento de los pacientes con la institución a partir del análisis y trabajo sobre las transferencias dentro del grupo de radio.

3.2.- La prohibición: no somos lo que decimos, no decimos lo que somos

Los contenidos de agradecimiento al hospital son innumerables a lo largo de los programas de la radio, desde agradecimientos a funcionarios y profesionales hasta al hospital mismo, a la psiquiatría e incluso a la ciencia, por haberlos ayudado o porque llegarán a hacerlo.

Como se planteó en el capítulo anterior, este agradecimiento tiene sus raíces especialmente en su experiencia de rechazo y exclusión social, donde el hospital y la gente que ahí trabaja han sido la única institución y las únicas personas que los han ayudado y prestado sus cuidados, los únicos que los han dejado habitar un espacio.

Luego de meses de trabajo el grupo entró en un periodo de confianza en sí mismo, con expectativas de hacer cosas y lograr proyectos colectivos. En la práctica empezamos a comentar de la radio en el hospital e invitar a otros a escucharla. Los terapeutas presentamos en reunión clínica y comentábamos del proyecto e invitamos a otros a participar. Lo mismo realizan los usuarios por su parte, comentan de la radio e invitan a escucharla.

Fue así como la radio comienza a ocupar un lugar en el hospital, no un lugar importante ni trascendental, pero sí a ser reconocida. A los terapeutas se nos acercan otros psicólogos, psiquiatras y funcionarios y nos comentan que tal o cual paciente que conocen asiste a la radio, que está feliz, le encanta ir y que les ha hecho muy bien. Incluso otros pacientes se nos acercan y nos preguntan o comentan de la radio. Los participantes de la radio refieren lo mismo, que los reconocen como los de la radio, que les preguntan cosas y les cometan.

Pero claramente estas manifestaciones de interés y felicitaciones no se ven reflejadas en nuestros índices de audiencia: más bien casi nadie escucha la radio (eso lo sabemos porque en el sitio web hay contador de reproducciones y en general es muy reducido), incluso ni los miembros del grupo escuchan los programas. Este hecho es significativo para pensar lo que se relatará a continuación.

Comienzan a referir durante las reuniones cierto miedo a lo que se dice en la radio. Si bien este miedo ha estado presente desde el comienzo, esta vez se va tiñendo de cierta especificidad que el grupo va relatando.

Durante un tiempo transmitíamos los programas los días martes a las 12:00 en la cafetería del hospital. Se trataba de una transmisión muy artesanal: un paciente nos había regalado una pequeña radio, entonces uno de los miembros del taller llevaba esa radio a la cafetería, le conectaba la grabadora y hacía sonar uno de los programas.

Pero esta iniciativa duró muy poco tiempo (no más de dos meses), había semanas en que nadie se hacía cargo, otras en las que decían que no se habían podido poner de acuerdo, otras que se les olvidaba. En paralelo durante la reunión de pauta dejaron de preocuparse por el tema, por lo que no se volvió a transmitir los programas en la cafetería.

Fue así como, a través de esta experiencia, se comienza a hacer referencia al miedo. No es el miedo a no tener nada que decir, ni a no saber. Dicen que sienten “miedo

a expresar mal lo que uno piensa”, “no vayan a malentender lo que decimos”, “no podemos andar diciendo tonteras por la radio”, “después se van a andar riendo de nosotros”. (Notas de campo, diciembre 2012 a marzo 2013) Hablan acerca de la radio, de no saber cómo la gente se toma lo que dicen: “no vemos a las personas (...) saber qué piensa la gente” (Comentarios, 5-8-13)

Esta preocupación del grupo se va fijado especialmente en el hecho de no poder tener claridad de cómo los otros están escuchando lo que ellos dicen, cómo los otros entienden, de manera que en el grupo se va instalando una sensación de incertidumbre que los angustia.

Ocurre entonces que al ir trabajando esas angustias, el miedo se personifica en otros pacientes del hospital. “me miraron feo”, “me dijeron que andábamos dejando mal al hospital”, “que decíamos puras tonteras”, “que la gente va a creer que somos puros locos acá adentro”.

La fantasía del grupo era que el resto de los pacientes del hospital se imaginaban toda clase de locuras y delirios expresados al aire, relatos que solo empeoraban la imagen que el mundo tenía de ellos. De manera que la radio finalmente solo contribuía a aumentar el rechazo y la exclusión de los sujetos psicóticos.

Era así como esta fantasía grupal se iba ligando a los otros proyectos e ideas que iban teniendo, de manera que expresaban contenidos como: “estamos en un pantano, porque no vamos para ningún lado”, “podemos organizar una salida entre todos, al zoológico, y nos dejan adentro” (Conversación libre, 12-8-13)

La idea de la locura como algo que no puede aparecer se apodera de nosotros. Los terapeutas nos vimos envueltos en esta la angustia grupal y comenzamos a tener representaciones similares a las del grupo, por ejemplo era común sentir el temor a que la radio se convirtiera en una vitrina solo para escuchar locuras y reírse (a propósito de la cita sobre la salida al zoológico) y, por tanto, empezamos a realizar actuaciones consistentes con esta angustia. Fue así como nuestras intervenciones tendían a reforzar cuando los programas habían sido ordenados y coherentes, cuando se entendían las ideas que expresaban o cuando se percibía un diálogo entre ellos. Ocurría que nos calmaba pensar que éramos capaces de hacer radio tan bien como cualquiera.

Señalo estas conductas del equipo como actuaciones debido a que el dispositivo está planteado como un dispositivo de escucha. En ese sentido fortalecer las acciones “sanas” estaba operando como una resistencia a escuchar eso otro que aparecía constantemente, justamente era una forma elegante de no escuchar la locura.

Dentro del grupo comenzó a operar la misma dinámica, dinámica que marcaba su carácter represor. Al comienzo tenía que ver con preocuparse de no decir cosas locas o incoherentes, de estar bien preparados e informados si iban a hablar de algún tema. En este sentido sólo permitían que apareciera la locura en los momentos que no estábamos al aire, pero cuando estábamos grabando habían comentarios que eran silenciados, incluso había personas a las que no dejaban hablar.

Es llamativo que por ejemplo a María (durante algunos meses la única mujer) la hacen callar constantemente, al principio decían que no se le entendía lo que quería decir, después que hablaba de cosas que no tenían relación y finalmente simplemente no se le permitía hablar de nada y se tomaban el espacio con temas como el futbol, política u otro (que no le interesaban a María).

En nuestra propia angustia frente a la locura fantaseamos con el rechazo social, lo que nos llevó a formar una estructura defensiva que inhibía y aislaba la locura dentro del grupo, de manera que no solo dejamos de escuchar sino que incluso comenzamos a reproducir dentro del grupo prácticas represivas.

Un día llega una nueva integrante, entonces María se ríe de sus intervenciones y la hace callar porque lo que dice no tiene que ver con lo que el resto está hablando. Era claro que el proceso represivo se institucionalizaba, originalmente se silenciaba la locura, ahora aparecía como repetición, desplazada, como si ya no tuviese que ver con esconder la locura sino que fuese un comportamiento regular del grupo.

Esta forma de funcionar del grupo nuevamente permite hacer paralelos con la institución en varios niveles. Por un lado es un objetivo del hospital que los pacientes no salgan locos a la sociedad, de modo que está instalada la fantasía de que egresen como si fueran personas como cualquier otra. Por otro lado los espacios de la locura están reducidos a lo privado, de manera que la locura se habla sólo en los box de atención, si eso ocurre fuera, las personas son llevadas a urgencia.

En la radio se intentaba, de esta manera, que los sujetos del taller se comportaran como las personas no locas, hablando cosas importantes para la sociedad y coherentes. Además se intentaba que la locura no apareciera en los programas (públicos) y si aparecía era reprimida.

Se hace claro el paralelo entre la radio y el hospital en tanto en este último el abordaje de la locura consiste en inhibirla, callarla, hacer que desaparezca, objetivo que muchas veces se busca con los distintos tratamientos y uso de fármacos. El grupo de radio finalmente reproduce la misma relación con la locura.

3.3.- Mirando al hospital

El grupo se esforzaba por controlar la locura, por hacer que no apareciera en los programas, pero también había un esfuerzo por mostrar que ahí no había locos, que éramos un grupo como cualquiera, que juntos habíamos alcanzado la ansiada “normalidad”.

Esto había provocado un sentimiento grupal de satisfacción, como si realmente hubiésemos realizado un ejercicio de curación. El grupo encontraba que cada vez trabajaban mejor en la radio y los terapeutas encontrábamos que cada día parecían menos locos. Pero más allá de señalar este estado afectivo como una resistencia del grupo, lo interesante de destacar es que fue abriendo nuevos contenidos para pensar.

Esto debido a que junto a esa sensación de logro, de buen funcionamiento grupal, se iban reforzando los contenidos de agradecimiento e idealización hacia el hospital y sus trabajadores, como si del hospital fuese el mérito de que estemos curados.

A los terapeutas nos impresionaban en gran medida estos contenidos especialmente por lo excesivo. En sus comentarios mostraban que el hospital era un lugar ideal para estar, como si los tratamientos recibidos hubiesen sido muy exitosos y como si los profesionales que trabajan ahí fueran personas maravillosas dedicadas a procurar el bien de los pacientes en todo momento.

En lo concreto el grupo comenzó a depositar esas idealizaciones en el hospital y los terapeutas: “con psiquiatra, terapeuta y psicólogo todo es posible” (Misceláneas, 7-10-13), “¿Por qué los doctores no creen en Dios? (...) son ángeles libres” (Conversación libre 21-7-14) “¿Qué pasa si a alguien inteligente, por ejemplo a Don Ernesto, le dan voces? ¿le

dice voces a otra cosa? (...) él puede leer la mente, telepatía puede tener (...) a lo mejor existe la telepatía en el futuro” (Reunión de pauta, 4-4-14), “Le voy a hacer una pregunta: ¿usted es vivo? ¿Está vivo?” (Reunión de pauta, 7-10-13)

Para los terapeutas esta idealización, lejos de generarnos bienestar, nos provocaba una intensa incomodidad, incomodidad más allá de la sensación de que se trataba de una idealización injustificada. Más bien la impresión que compartíamos era de estar presenciando ahí un acto de sometimiento extremo hacia nosotros.

Al compartir estas sensaciones en la reunión de equipo se nos hizo claro que el grupo, al mismo tiempo que nos idealizaba, estaba negando sus propios relatos acerca de la violencia del hospital, los malos tratos y situaciones denigrantes que habían vivido ahí dentro. Situaciones que ellos habían relatado en otros momentos y que a nosotros nos horrorizaban y escandalizaban.

Como equipo nos sorprendía este silenciamiento dentro del grupo y se decidió ir señalando esa trasferencia idealizada como resistencia a hablar de la institución.

En la práctica, cuando mostrábamos esta relación, el grupo la recibía y aceptaba, pero no los movilizaba mayormente. De todos modos comenzó a ocurrir que al presentarse desde esas identificaciones, como pacientes agradecidos, tuvieron que hablar del hospital, contar algunos detalles y dar referencias para ilustrar a los radioescuchas.

De esta manera ocurre que, sin desearlo, nombran eso que niegan, pero ahora cuando lo nombran no pueden ignorarlo. Un ejemplo ilustrativo: “aquí se pasa por diferentes exámenes médicos para saber qué enfermedad se tiene (...) profe ¿qué opina de los electroshock? (...) son para evitar la esquizofrenia, la violencia (...) eliminar los malos recuerdos, quitar todo lo malo (...) después del electroshock me dio calambre extraño (...) es verdad que se mueren neuronas (...) antes se hacía a sangre fría, sin anestesia (...) si me lo hacían me moría, el cerebro no me funcionaba bien” (Conversación libre, 3-3-14)

El grupo empieza a dialogar frente a estas situaciones, frente a estas referencias a lo terrible, a tratamientos agresivos y a tratos denigrantes. Al comienzo aparecían como simples anécdotas y nadie profundizaba en ellas, volvían a lo otro, a temas menos conflictivos. Pero con el tiempo el grupo tuvo que ir haciéndose cargo de la imagen que iban formando, y como ya no se podía negar, el grupo comenzó a justificar activamente la pertinencia de estas prácticas.

Ocurre así que el espacio de discusiones se llenaba de justificaciones: al uso del electroshock, a andar “como zombies” a causa de los medicamentos, que los hagan esperar horas antes de sus controles, que les manejen el dinero, entre otras: “Es bueno que a uno lo suspendan para que reflexione” (Reunión de pauta, 7-10-13), Durante la reunión de pauta del 13 de octubre del 2014, el grupo habla de los malos tratos que ha recibido de parte del hospital, cuentan situaciones cercanas a la tortura, y Cristóbal dice: “la clozapina me ha ayudado a ser escritor, poeta, persona de valía, estoy agradecido del hospital, agradezco esa amarrada, quedé conforme, les encuentro razón a ellos, no recuerdo si me hicieron electroshock”.

De manera clarificadora, estas justificaciones empezaron a aparecer de la mano de profundos agradecimientos hacia el hospital, de modo que se hacía evidente la estrecha relación entre la aparición de la violencia del hospital y el acrecentamiento de las expresiones de agradecimiento. Así ocurrió, por ejemplo, el día 9-6-14 cuando durante la Reunión de pauta hablan del dinero que le tienen “requisado” a Cristóbal, dicen que lo encuentran injusto y quieren averiguar qué ocurre realmente con ese dinero, pero minutos después, durante la grabación del programa, Cristóbal le dedica un poema de agradecimiento a la persona que supuestamente tiene su dinero.

Empieza a hacerse nítido en la relación trasferencial con los terapeutas que el clima general del grupo al hablar de estos temas es de miedo. Primeramente miedo a cómo pudiésemos reaccionar nosotros, por eso había que agradecerlos e idealizarnos. Pero después era el miedo a los otros, a que nosotros pudiésemos contar lo que ahí ocurría, que pudiésemos acusarlos con sus terapeutas o médicos tratantes. Incluso hubo un momento en que el miedo tenía que ver con que a nosotros como terapeutas nos ocurriera algo porque ellos hablaran cosas prohibidas

No está de más referir que estos miedos correspondían a un común denominador de todo el grupo, en el caso de los terapeutas efectivamente temíamos que, al hablar estos temas, el taller de radio podría ser cerrado, los pacientes abandonados y nosotros ser expulsados del hospital (Notas de campo).

Fue así como el miedo, que originalmente estaba fijado en el silencio, a no saber qué decir, se fue modificando progresivamente hasta dirigirse al temor contrario, a decir, a expresar abiertamente las condiciones en las se encuentran dentro del hospital. El miedo

tenía que ver con que se vea afectada la relación con sus médicos tratantes, con sus terapeutas, con que se modifiquen sus tratamientos o nos echen del hospital.

Este miedo nuevamente lo llevamos al acto, si bien verbalizamos algunos conflictos en los espacios grupales, durante los programas estos conflictos brillan por su ausencia. Los programas se tornan tediosos, mucha lectura de poemas, de diversos autores, lectura de noticias o largas referencias al fútbol. El ambiente se vuelve somnoliento para algunos, aburrido para otros, algunos programas consisten solo en lecturas al azar de algún libro y el diálogo parece ausente.

El grupo comienza a sentir que la radio ya no es un espacio para hablar, que ya no es un espacio para expresarse, algunos asisten solo a las reuniones, pero al grabar los programas se van, salen a fumar cigarrillos o van al baño.

Logramos entender algo de este conflicto y se lo transmitimos al grupo. Durante una Reunión de pauta señalamos el miedo que sienten frente a una entrevista que planean realizar, rápidamente comienzan las asociaciones con lo inútiles que son para ellos los talleres del hospital: “son para perder el tiempo”, “¿sabe cuánto le pagan a los que hacen el aseo?”, “Hacer estos talleres son pérdida de tiempo”, “son solo para darle productividad al estado”, “no le trabajai ni un peso a nadie” (Comentarios, 2-9-13)

Fue así como los terapeutas también comenzamos a ser incluidos en esa transferencia. Un día, mientras cerrábamos la sala del taller, uno de los miembros del grupo que había mantenido una fuerte discusión con otro que criticaba al hospital me dice: “Yo siempre lo voy a proteger”.

La transferencia hacia los terapeutas, en tanto representamos a la institución, hacía difícil hablar directamente del problema. De esta manera fue necesario ir esclareciéndola para profundizar en el conflicto. El grupo, entonces, comienza a cuestionar el lugar de los pacientes en los talleres e interpelan al terapeuta diciéndole: “Deberíamos aprender cosas para poder trabajar afuera”. Cristóbal dice que los tratan de usuarios, se queda pensando en la palabra y dice que tiene su origen en el computador: el usuario es el que no sabe y el ordenador es el maestro.

Estos temas trajeron fuertes discusiones entre los miembros del grupo, algunas de las cuales terminaban solo cuando se acababa el tiempo del taller. Estas discusiones se sostenían en dos posiciones, por un lado los que se hacían cargo de cuidar al hospital,

protegerlo y justificarlo y, por otro, los que deseaban hablar de los problemas del hospital, mostrar los maltratos y develar la violencia.

Las discusiones eran acaloradas y a veces terminaban muy enojados entre ellos. A los terapeutas nos parecía un momento interesante del grupo en tanto ese conflicto que pertenecía a la esfera individual de los sujetos, se comenzaba a manifestar como un conflicto interno del grupo.

El grupo habla manteniendo esa polaridad. Por un lado expresan lo que ocurre, “hemos pasado cosas difíciles por solo estar acá” (Conversación libre, 2-9-13) y develan lo injustificado de los tratos, “Nosotros y los funcionarios tienen miedo de los que les van a hacer. Con un paciente con mayor nivel intelectual, van a castigar al paciente” (Reunión de pauta, 7-10-13). Pero continuamente aparece la tendencia a proteger al hospital, y atacar al que denuncia: “Eres un malagradecido”, “gracias al psiquiátrico estoy vivo” (Reunión de pauta, 8-4-13).

Hasta aquí algunos puntos que es necesario señalar. En primer lugar se hace clara que la tendencia a agradecer e idealizar al hospital va de la mano de un intenso miedo a hablar acerca de su violencia. Esto se ve en diferentes momentos del grupo, que van desde la inhibición franca del trabajo, hasta su internalización como conflicto entre sus miembros.

3.4.- Del agradecimiento al horror

Hasta aquí hemos recorrido el trabajo del grupo frente a diversos conflictos que tienen relación con la institución, trabajo que se ha desarrollado principalmente en el plano de la realidad psíquica. Pero sucede que la realidad material de la institución se hace presente en el taller de radio y colorea de angustia eso que las fantasías del grupo contorneaban.

No es que la realidad institucional comenzara a aparecerse de improviso, de un momento a otro, sino que llegamos a un punto en que esa presencia constante se hizo evidente.

Algunos de los hechos que fue tomando el grupo son los siguientes:

A una de las pacientes (hospitalizada en el departamento de crónicos), que hablaba más abiertamente acerca de las malas condiciones del hospital y de los maltratos que

recibía o había visto que recibían otros, un día sus tratantes le prohibieron volver a asistir a la radio y a cualquier taller y le suspendieron las salidas a su casa los fines de semana, bajo el argumento de que se descompensaba poniéndose agresiva. El grupo sintió esas medidas como injustas, decían que ella no hacía nada malo, que “alegaba porque el trato que estaba recibiendo era injusto”, que la encerraban porque no querían que se supiera lo que estaba pasando.

Otra situación tiene que ver con que semanalmente uno de los participantes de la radio solicitaba en la dirección del hospital el diario del fin de semana para poder grabar el programa de noticias. Ocurrió que un día una de las secretarias le señaló que no podía pedir más el diario, “me dijo que los pacientes no podían pedir el diario, que si lo queríamos tenía que venir algún profesional”. Otro día volvió a mencionar el tema: “pasé de nuevo a dirección y de nuevo no quisieron pasármelo” (Comentarios, 14-10-13). El grupo se enoja por el trato diferenciado a los pacientes, “como si no fuéramos personas”, además de la frustración de sentir que al hospital no le importaba si podíamos realizar o no el programa de noticias.

En una reunión de pauta una mujer del grupo se encontraba muy asustada, cuenta que una de las terapeutas le dijo que la iban a sancionar por asistir a una actividad sin permiso: “Me dijo que me iba a acusar porque fui a la convivencia del taller de jóvenes. Yo no sabía que tenía que avisar, no sé qué va a pasar, yo no sabía, dijo que me iban a castigar”. El grupo se sorprende, la apoya, pero le dicen que no hay nada que hacer, que para la otra ocasión pida permiso. Finalmente se le prohibió salir del hogar durante una semana, sin asistir a ningún taller y sin ver a su familia.

En este contexto incluso el peso de la burocracia comienza a ser sentida como una fuerza opositora a los objetivos del grupo, en tanto solo apuntaba a sostener un funcionamiento administrativo de la institución en vez de estar pensado para facilitar los tratamientos de los pacientes.

Un acontecimiento constante y llamativo es que, a pesar de que tenemos un encuadre en el que cada uno puede asistir libremente e irse cuando quiera. Ocorre que sagradamente, cada vez que nos reunimos, pasa por el taller un paciente a “pasar lista” y revisar la asistencia. Un día alguien del grupo dice: “El inspector (...) el sargento (...) el fiscal”. (Notas de campo, 12-5-14)

Se discutía sobre la real libertad del grupo y sus miembros ya que algunos no podían asistir a muchas actividades que realizábamos fuera del horario establecido del taller debido a que desde la institución se había determinado que tenía que hacer otra cosa. Incluso a los terapeutas nos habían dicho “ustedes no pueden andar planificando actividades fuera del horario del taller porque los pacientes tienen también otras cosas que hacer”.

En esta misma línea, comúnmente hay que pedir autorización a tanta autoridad formal como informal para realizar alguna actividad o solicitar apoyo para algo, de manera que el grupo empieza a sentir que el encuadre de libertad del taller no es más que una ilusión.

Este hecho hace pensar en la afirmación de Rojas (2011) quien señala que cuando ocurre la formación de grupos actúan mecanismos institucionales que impiden la posterior evolución de estos grupos y provocan la vuelta al estado de serie (Rojas, 2011, p. 146). Si bien en este caso no podemos decir que el grupo vuelve al estado de serie, es evidente que la institución impide que los grupos logren cierta autonomía y poder de decisión.

El grupo va vinculando este ejercicio impositivo de la burocracia con las prácticas terapéuticas. De manera que se empieza a pensar sobre qué prácticas de la institución son realmente terapéuticas y cuales son solo un ejercicio de sometimiento. En especial se preguntan por la idea de que a los pacientes psiquiátricos hay que obligarlos a recibir tratamiento. Con anterioridad el grupo sostuvo muchas veces que hay que hacerle caso a los médicos y profesionales, que ellos saben lo que es mejor para los pacientes, mientras que ellos no pueden discriminar bien qué les conviene y qué no a causa de sus problemas mentales.

Estas situaciones fueron señalando al grupo que ya no era posible justificar la violencia del hospital como consecuencia necesaria del tratamiento, por lo que pudo comenzar a ser pensada como algo ajeno a los fines terapéuticos de la institución.

Del mismo modo, esta violencia dejó de ser sentida desde la culpa, como una represalia de la institución porque el grupo cuestionaba su funcionamiento, y comenzó a ser sentida como una fuerza que solo apuntaba a restringir la libertad del grupo.

En el grupo nos comenzamos a hacer conscientes de esta incompatibilidad del taller con la institución y de la autonomía que habíamos ido adquiriendo. Un día, mientras hablan

del golpe militar María me pregunta si yo soy político, dice que tiene miedo que me vayan a matar y reflexiona: “el problema de Allende fue darle todo el poder a los pobres”.

Esta sensación de choque entre el dispositivo y el hospital vuelve a resaltar el miedo al enfrentamiento, como diría Mendel (1994), ahora que empezamos a pensar y tomar decisiones, sentimos culpa por ir contra el estado. Era claro que lo que ahí hacíamos cuestionaba el funcionamiento institucional.

Sobre esta situación que generaba el dispositivo Hinselwood (2001) es enfático en señalar que siempre que se desmantela una cultura aparece ansiedad libre, pone como ejemplo que el experimento de Bion en Northfield fue frustrado por la institución debido a que el cambio que generó en la cultura del hospital terminó provocando reacciones hostiles. Y justamente en esta línea iban nuestras fantasías, como ya se señaló en la cita precedente, eran constantes nuestras preguntas acerca de qué tan rebeldes podemos ser y de cuáles serían las posibles reacciones del hospital.

En ese momento, de manera interesante, los terapeutas nos dimos cuenta que eso que esperábamos del grupo: que se hicieran cargo de lo que pensaban, que mostraran sus reflexiones y enfrentaran a la institución. Que eso que esperábamos del grupo, nosotros como terapeutas, no éramos capaces de hacerlo.

En lo personal, no hablaba de las reflexiones del grupo de radio más que en un círculo muy íntimo, al exponer en reuniones y hablar de la radio me ceñía a contar lo exitoso de la experiencia o lo bueno que había sido para el grupo, pero no hablaba de la institución. Más aún, me di cuenta que cada vez que me tocaba enfrentar las situaciones que hablábamos en el grupo, como pedir permisos para realizar actividades, o me decían qué hacer con los pacientes, mi actitud era de fingir ingenuidad, despreocupación y dejar en los otros una impresión de completa sumisión amistosa.

De todas las implicaciones posibles de estas reflexiones, lo interesante para el presente argumento es que lo que yo hacía con lo que analizábamos en grupo no era tan diferente a lo que hacían los pacientes, pero yo lo negaba y lo veía sólo en ellos. La frase de María “el problema de Allende fue darle todo el poder a los pobres”, adquiría un nuevo significado, ya no era el héroe que venía a rescatar a los pobres, era el hombre que les dio **todo** el poder, los dejó solos con eso, y después desapareció.

Señalo este descubrimiento del equipo no porque haya producido algo concreto en el grupo, sino porque nos permitió seguir escuchando. Nuestra expectativa era que hicieran algo con lo que habían descubierto, pero claramente esta actuación contratrasferencial con el grupo era una resistencia, al menos nuestra, a escuchar e intentar comprender más allá.

El grupo hablaba de su propio sometimiento frente a la institución, sometimiento muchas veces de forma consciente, para evitar problemas. Resulta ilustrativo lo conversado el 7-12-13: Se quejan de que no les dejan hacer cosas, que incluso: “No me dejan usar bigote ni barba”, luego hablan de la relación con los funcionarios del hospital, dicen que hay que responder lo que ellos quieren para evitar cualquier problema, “me preguntan cómo estaba y le respondí lo que ella quería (psiquiatra)”. Casi al final del taller María asustada le pide al grupo: “por favor que no salga de acá (...) ahora sé que todo lo que tengo que hacer es hacerle caso a mi terapeuta” (Comentarios ,7-10-13)

Pasadas unas semanas, durante las cuales María estuvo sin permiso para salir durante una semana del hogar, lleva a la radio un cuento que escribió. Ese cuento, para relatarlo muy resumidamente trata de una mujer que es muy acelerada y hace cosas sin pensar, luego la castigan y todos sus amigos le dicen que no puede ser tan acelerada, que tiene que pensar más las cosas, entonces ella cambia y se transforma en una mujer obediente que le hace caso a los demás.

En esta misma serie de comentarios del grupo aparecen varios contenidos relacionados con ser invisibles, con no llamar la atención. “Dicen que hay que pasar desapercibidos, que esa es la manera de estar bien, que los enfermos son los que hacen escándalo y alegan, que un signo de sanidad tiene que ver con no molestar y no llamar la atención” (Notas de campo). Incluso algunos contenidos hacen referencia a este pasar desapercibidos: “(...) el elefante, por una pulga titán, se cayó a la piscina (...) no hay ser gigante que pueda dañar a un ser microscópico” (Conversación libre, 28-10-13)

Son constantes las referencias del grupo a la cárcel y los nazi. La representación de estar encerrados y no tener libertad abundan durante las reuniones: “¿qué significa ser hombre es ser libres? (...) vivimos siendo esclavos (...) somos esclavos del tiempo, hay que levantarse para después bañarse (...) hay que conseguir dinero, somos esclavos del dinero (...) las mujeres del islam andan con su rostro tapado, son como esclavas (...) si hubiese guerra nosotros tendríamos que ir (...) esclavos de las diferentes razas (...) yo era Isaura (..) yo hice tres años de servicio militar (...) cuando entró el golpe militar, tanta

muerte, tanto dolor (...) ¿de dónde sacan los soldados alegría para ir a la guerra? (...) son locos (...) a la guerra no saben de libertad, no saben de esclavitud (...) por la razón o la fuerza” (Misceláneas, 28-10-13). “poco libre por la enfermedad, siempre vamos a ser esclavos” (Comentarios, 28-10-13)

Ni la guerra, ni la lucha, nos podría cambiar y darnos libertad, un derecho que por fundamental que parezca, el grupo no puede optar: “la libertad no hace felices a los hombres los hace sencillamente hombres” (Conversación libre, 2-12-13)

Pero esta desesperanza no tiene que ver solamente con la imposibilidad de alcanzar la libertad porque no sea posible, sino que detrás de este sentimiento vuelve a aparecer ese miedo que parece brotar de cada pensamiento grupal.

La diferencia es que este miedo se vincula muy directamente con la muerte o agresiones. Hablan de haber estado a punto de morir, las historias se refieren a temas relacionados con el hospital o la psiquiatría. “Yo estuve al borde de la muerte, un paro cardiaco (relacionado con medicamentos)”, “me dio catatonía cuando probaron un medicamento nuevo (...) vi en la tele catatonía y lo enterraron vivo”, “yo también vi la luz”, “Si están tomando medicamentos no tomen droga o alcohol”, “me pasó acá, de noche, alguien me pegó un combo con firmeza (...) no sé quién me puso ese combo” (Conversación libre, 15-7-13).

El miedo a la muerte no es a cualquier muerte, es a la muerte que provoca el hospital cuando somete. Y el espacio privilegiado para proyectar todos esos miedos es el espacio de hospitalización: “En el hospital se puede ver el lado malo, pero se preocupan de la salud (...) A veces abusan de nosotros, nos traen dopados. Una vez en el sector 5 mojaban a los pacientes y los dejaban secándose (...) yo estuve en el 5 y olvídase la locura (...) yo tuve distonía y no podía bajar los ojos” (Conversación libre, 10-3-14)

Camila cuenta que el día anterior le bajaron los pantalones en el sector porque decían que tenía cigarros. “a mí me amarraban a los catres con camisa de fuerza, es cierto que uno anda violento pero queda a merced de los paramédicos (...) La Karla se quiso cortar el cuello con un corta cartón, con cortaúñas y la encerraron en una pieza en enfermería (...) La monitora dijo “ a ver a ver, no hable lo que no debe hablar” (...) Me muero si me mandan a un lugar así (...) A ella no la pueden ir a ver (...)” (Reunión de pauta, 13-10-14)

Estos miedos del grupo hacia los sectores de hospitalización resultan aún más llamativos porque no tienen que ver necesariamente con estar hospitalizados, de hecho, muchos pacientes refieren querer hospitalizarse y sienten que les ayuda. El miedo no tiene que ver con la hospitalización sino con la posición en la que quedan, posición en la que pueden ser sometidos impunemente a malos tratos y agresiones tanto de funcionarios como de pacientes: quedan inermes frente a la violencia del hospital.

Esta imagen de los sectores se refuerza con algunos ejemplos. En un momento, una psicóloga de uno de los sectores quiso instalar la radio en el sector donde ella trabajaba, de manera que pudiesen ahí grabar algunos programas junto a pacientes hospitalizados. La propuesta no fue bien recibida por el grupo debido al miedo que experimentaron al imaginarse entrando a un sector, miedo de lo que les pudiese pasar con otros pacientes, que pudiese ocurrir algo que los deje adentro y no poder salir.

De todos modos el equipo pensó que podríamos intentar hacer un programa en el sector, coordinado por esta psicóloga, en paralelo al otro grupo. Finalmente, a pesar del esfuerzo que se puso, ese proyectó no logró continuidad.

Al volver a mirar esa experiencia y escuchar los programas ahí grabados, la sensación que queda en muchos programas es de estar escuchando ecos de las catacumbas, como si la radio transmitiera suplicas al vacío, suplicas que no esperan contestación. El diálogo en esos programas era difícil de lograr, la división experimentada era brutal, incluso a veces quedaba la grabadora sola porque se iban parando y yéndose.

En uno de esos programas dicen: “estamos ubicados en el sector 7 de la resistencia humana, ha habido un ataque nuclear, quedamos los seres humanos que estamos aquí, no sabemos nacionalidades, no sabemos orígenes (...) no hay vida (...) muchas veces se pierde la noción del tiempo” (Sectores, Junio 2014)

El grupo de radio explicita que la forma de evitar ese terror es sometiéndose, siguiendo las instrucciones, tomándose los medicamentos. El miedo a los efectos de los tratamientos son insignificantes al lado del terror a estar hospitalizados y quedar a merced de la locura de los pacientes y de la locura del hospital.

Someterse en el diario vivir, hacerle caso a los médicos, a las terapeutas, a los funcionarios, a los psicólogos; resistir los efectos secundarios de los medicamentos, no

poder tomar decisiones ni tener libertad, finalmente es una forma de cuidarse del horror, de cuidarse de caer al lugar donde se acaba la humanidad.

Por eso los sufrimientos de ser paciente son una fiesta al lado de ser el loco hospitalizado: “Aquí David, reportero en Afganistán, con su hit “dale más clozapina”: ¡a ella le gusta la clozapina, dale más clozapina!⁹ (...) Yo la muelo y me la jalo” (Conversación libre, 27-10-14)

3.5.- El agradecimiento y la abnegación: la negación del horror

Como se ha trabajado en los apartados anteriores, ocurre que el hospital adquiere características peculiares en las fantasías del grupo. Por un lado es el único lugar donde los han recibido y cuidado, pero al mismo tiempo en su interior guarda el espacio de mayor horror imaginable: Los sectores son significados como lugares donde se pierde el lazo con la humanidad y se queda a merced de la locura y el sadismo de otros.

Este horror frente al hospital aparece como el núcleo aterrador del cual los pacientes rehúyen. Es justamente contra ese núcleo que los pacientes se defienden psíquicamente, de manera que aquellas representaciones operan en el psiquismo del grupo como contenido inconsciente.

Estas representaciones aparecen detrás de otras manifestaciones del grupo, desplazando su carga afectiva. De manera que muchos conflictos y angustias grupales, al ser analizados a través de la transferencia, terminan develando su conexión con este núcleo que les genera horror.

Estas representaciones del horror, hasta este momento, son sentidas por el grupo como una realidad siempre presente, acechante, la que no es posible enfrentar de ninguna forma. En este contexto la solución (en gran parte inconsciente) que han encontrado es someterse a los distintos tratamientos y dispositivos que el hospital les impone, aunque estos sean sentidos como dañinos o como fuente de privación de libertad.

⁹ Con el ritmo de la canción “Dale más gasolina”, de Daddy Yankee.

Más aún, estas relaciones conflictivas con la institución, con los otros pacientes y con quienes trabajan ahí, se resuelve en el plano consciente como una relación de profundo agradecimiento e idealización hacia la institución y las personas que ahí trabajan.

Las reflexiones del grupo fueron abriendo diversos contenidos significativos para comprender su relación con la institución, pero, al mismo tiempo abrieron contenidos que resultaron muy significativos también para el equipo técnico.

En este sentido, estas concepciones del horror que se puede vivir dentro de la institución no son ajenas para los terapeutas, y en ese sentido, también nos dimos cuenta que muchas de nuestras acciones responden a un ejercicio de reprimirlas.

En primer lugar es llamativo, como se señaló en el apartado anterior, que los terapeutas dejábamos solos a los pacientes frente a la institución a la hora de enfrentarla, y, más aún, nos sometíamos como forma de negar nuestro rol en la ocurrencia de esa violencia.

Los terapeutas del taller de radio sosteníamos, de esta manera, la fantasía de no tener nada que ver con la institución, como si correspondiera a una organización aparte de nosotros. Nos justificábamos, entre otras cosas, diciendo que se trataba de un dispositivo planteado como contrainstitucional (Lourau, 1979), pero hubo que hacerse cargo que por muy contrainstitucional que se plantee el dispositivo, el taller de radio es parte de la institución.

Por otro lado las reflexiones del equipo llegaron a hacer consciente que gran parte del esfuerzo que dedicábamos a que los pacientes estuvieran bien, dando cuidados, más allá de los que el hospital ofrecía regularmente, o estudiando y pensando nuestro trabajo técnico, tenía que ver con intentar negar que éramos parte de una institución violenta con los pacientes. Como si nuestros actos buenos y nuestro hacer técnico nos permitieran separarnos de ese aspecto de la institución.

Desde estas reflexiones se puede entender también otros funcionamientos del hospital, especialmente lo referido a la división de las diferentes unidades y del trabajo de los funcionarios, en tanto es notorio el extremo aislamiento de todos y las dificultades de comunicación.

Se dice que este funcionamiento tiene que ver con que el hospital reproduce en su estructura justamente la psicosis (su fragmentación) en tanto es lo que desea enfrentar (Bleger, 1966). Pero más pareciera que a lo que responde este funcionamiento institucional es a negar su propia violencia, en tanto es ejercida por otros, mientras yo soy bueno y hago bien mi trabajo.

Si retomamos las concepciones de Hinselwood (2001) acerca de esta complicidad entre los miembros de la institución y los pacientes podríamos decir que esa relación no solo resulta complementaria, sino que en ella ambos grupos satisfacen la negación del horror que esconde la institución: Los pacientes agradeciendo e idealizando a los terapeutas y los terapeutas entregando atenciones disociadas de la institución como si no se formara parte de ella.

Hinselwood (2001) afirma que la institución responde al inconsciente de quienes lo forman, planteándolo siguiendo a Jacques (1965), de manera que recibe las proyecciones y angustias de sus miembros. Si bien es cierto que esta representación del horror tiene que ver con la realidad psíquica de los sujetos, quienes la depositan o proyectan en la institución, también se trata de una realidad material, de relatos y experiencias concretas vividas (y que se repiten constantemente), de modo que es un horror como tal.

4.- Volviendo a escucharnos

En este capítulo se aborda el trabajo de análisis del grupo en torno las preguntas sobre el propio rol frente a la institución. De manera que se explicitan algunas reflexiones que tienen que ver con volver a escucharnos como grupo y pensarnos en relación al hospital psiquiátrico.

4.1.- Resistencias del terapeuta

Comenzamos este capítulo abordando algunas resistencias de los terapeutas que se han podido esclarecer a lo largo del trabajo grupal. Resistencias que una vez analizadas han producido un cambio en la forma de escucha hacia el grupo, pero que especialmente hablan de la relación de los terapeutas con la institución.

Ya se señaló la tendencia a querer controlar al grupo, la cual se pensó como una forma de mantener a la locura al margen y evitar que aparezca. Esta resistencia lograba que no viéramos la locura, pero especialmente operaba como resistencia en tanto impedía que el dispositivo fuese un dispositivo de escucha, y por tanto, impedía cualquier trabajo de análisis.

Otro punto muy importante de señalar tiene que ver con la teoría como resistencia. No se entrará en un cuestionamiento de las teorías en tanto tales sino a su uso de parte de los terapeutas del grupo como resistencia. Al hablar de teorías me refiero a supuestos generales que se comparten en el mundo de la salud mental, a veces es posible hacer referencia a autores específicos, pero otras simplemente son parte del acervo común.

Una primera observación tiene que ver con la fragmentación en la psicosis. En la primera parte abordamos cómo el grupo se observa dividido. Si bien es cierto que parte de esta división habla de dificultades del grupo para comunicarse y establecer una relación que les permita pensar en conjunto, a veces ver esta división opera solo como una resistencia del terapeuta.

El ejemplo siguiente puede ayudar a graficar mejor esta situación. Luego de la grabación de un programa el equipo queda con la sensación que el grupo estuvo muy dividido, que no se comunicaron, no se escucharon ni pudieron dialogar, sino que más bien cada cual habló de su propio tema, incluso interrumpiéndose. En el espacio de comentarios se les pregunta qué les ocurrió, entonces el grupo refiere que se sintieron muy bien como

grupo, sintieron que dialogaron y desarrollaron temas de manera que todos fueron escucharon.

Había ocurrido que los terapeutas dejamos de escuchar los contenidos y mirábamos la forma del grupo, ejercicio que es común desde un análisis psicopatológico para abordar a los pacientes. Nos preocupamos de las maneras del grupo y no de lo que estaban diciendo, como si fuese un examen mental en el que se está describiendo la estructura del pensamiento.

Pero lo interesante es que ni siquiera las resistencias del equipo tenían que ver con no escuchar ese contenido particular que hablaba el grupo, sino que simplemente el foco de atención se fijaba, casi de manera automática, en la estructura cuando esta aparecía como algo llamativo. De este modo, cuando se observaba un fenómeno descrito por la psicopatología, como una pararepuesta, un contenido delirante u otro, los terapeutas solo nos fijábamos en eso e ignorábamos cualquier otro aspecto que también tenía existencia.

Esto ocurrió muchas veces frente a los sujetos de la radio, de manera que los terapeutas por escuchar desde los oídos de la teoría, no escuchamos lo que ahí estaba ocurriendo. El momento en que nos dimos cuenta como equipo de esta situación fue un día en que asistió a la radio un hombre porque su terapeuta le recomendó que lo hiciera. Desde que llegó vimos que estaba muy paranoide, decía que no podía asistir a la radio por sus horarios, porque tenía muchas cosas que hacer, mientras presentaba mirada en ráfaga, con una actitud de defensa frente a todo lo que se le decían y dando a entender incluso ciertos delirios de persecución. Habló que él hacía cosas maravillosas y que podría ayudar al grupo desde fuera, sin venir, les enviaría esas cosas que él creaba para que las vendiéramos y ganáramos plata para tener una radio decente.

Los terapeutas veíamos a este hombre paranoide y pensábamos en cómo contenerlo, que se sintiera cómodo. En cambio el grupo hablaba con él, seguía su conversación, se reían juntos, hablaban de cosas que les preocupaban.

Antes que terminara la jornada este hombre se fue, diciendo que tenía cosas que hacer. Los terapeutas nos quedamos algo frustrados porque sabíamos que no iba a volver, el grupo en tanto se quedó pensando y hablando de lo que él les había comentado. Hablaron de la necesidad de ganar plata, de organizarse y hacer cosas para solucionar ellos sus problemas.

El grupo lo había escuchado y había integrado lo que él decía a los intereses del grupo, los terapeutas escuchamos sólo la paranoia y no nos quedamos con nada de él.

Así mismo ocurrió cuando comenzaron a pegar sus trabajos en el pasillo de la unidad de psicoterapia, poemas, cuadros, esculturas en cartón. Al comienzo seguían un orden estándar, un cuadro al lado del otro, separado por un espacio común para cualquier exposición. Pero con el tiempo la producción aumentó de tal modo que había un cuadro pegado al lado, arriba y debajo de los otros, de manera que no se podía ver ni siquiera el muro. Las creaciones habían cambiado el espacio.

En ese contexto, que nos enfrentaba no solo a la experiencia particular de cada una de esas obras, sino a la experiencia sensorial completa derivada de esa manera de mostrar el conjunto de los trabajos, sucedía que muchos profesionales, e incluso otros pacientes, veían en esa manera de exponer solo manifestaciones de la psicopatología de los sujetos. Ahí escuchábamos términos como “productividad mórbida”, “bizarro”, “estereotipia”, entre muchos otros. Pero eso no es lo extraño, pues a los psicólogos nos enseñan a ver las creaciones de la gente en esos términos, sino que lo extraño es que no pudiésemos ver nada más.

En esta misma línea, hay un par de experiencias que resultaron especialmente clarificadoras de que era necesario abrir la escucha aún más.

Una de ellas tiene que ver con que, al comienzo de la radio, era muy difícil entender lo que Cristóbal decía, tanto porque hablaba a un volumen muy bajo, modulaba muy mal, lo que decía no tenía relación con lo que se estaba hablando o porque la forma en que lo decía era claramente desorganizada. Como terapeutas recurríamos a la psicopatología para explicarnos lo que ahí acontecía, calmándonos diciendo que se trataba de pararrspuestas o manifestaciones propias de la esquizofrenia.

Cristóbal se daba cuenta que era difícil para los otros comprender lo que hablaba y por momentos comentaba que se iba a arreglar los dientes para darse a entender mejor, que ahí todos íbamos a comprender lo que decía.

Con el tiempo algunas de las intervenciones de Cristóbal fueron tomando sentido en relación a lo que conversaba el grupo, pero solo luego de cierto esfuerzo de traducción por parte del terapeuta o alguno de los participantes. Traducción tanto en decir las mismas palabras de manera modulada como crear puentes de sentido para conectar los contenidos

que expresaba Cristóbal con los del grupo. Ocurrió por ejemplo que un día dice que “El computador es un amigo electrónico fantástico”, alguien lo toma y señala que hablan de amistad, pero Cristóbal no tiene muchos amigos, permitiendo que se aborde el tema grupalmente (Comentarios, 22-7-13)

Esa era la relación del grupo con Cristóbal, hasta que un día cuenta que se arregló los dientes. A todos nos costó entenderle como siempre, pues seguía modulando mal, pero efectivamente ahora él tenía todos sus dientes y todos recordábamos lo que nos había dicho al respecto. Lo interesante que comenzó a suceder es que con el tiempo notamos que entendíamos todo lo que decía Cristóbal, había palabras que no comprendíamos bien a causa de las dificultades de modulación, pero los contenidos de lo que decía ya no eran enigmáticos para nosotros. Un día Patricio comenta: “no sé si se han dado cuenta, pero yo a Cristóbal le entiendo todo”. Comenzó a participar mucho más de los programas y a intervenir de manera clara para todos: tenía razón cuando decía que cuando se arreglara los dientes todos le íbamos a entender mejor.

Que Cristóbal se expresara mejor claramente no es explicable por sus nuevos dientes, pues en poco cambiaron su modulación, sino que lo interesante fue que comenzó a darse a entender al modo y según los contenidos del grupo. Pero también tiene que ver con el grupo, porque pudimos comenzar a escuchar a Cristóbal sólo luego de que se pusiera dientes.

Nuevamente ocurrió que no escuchábamos sino desde nuestra propia lógica, encontrábamos extraña su idea de que hablaría mejor con dientes y no le dimos mayor relevancia, nos interesaban más otros contenidos y la preocupación fundamental de Cristóbal (de expresarse y poder relacionarse con el grupo) fue leída solo como una idea rara. Como si constantemente cuando aparecía lo extraño, lo psicopatologizable, redujéramos todo a un signo de la enfermedad, a la huella de lo endógeno (Jaspers, 1996)

Obviamente en eso se observa como somos portadores de la institución, de la institución como resistencia a poder escuchar más allá. Si bien realizar ese análisis psicopatológico puede ser útil a la hora de emitir diagnósticos y planificar posibles tratamientos, escuchar siempre desde ese lugar reduce los fenómenos a un sinsentido que aísla aún más a los sujetos.

Aísla a los sujetos en tanto se niega que ahí haya un gesto dirigido a otro, un gesto marcado por el deseo, que ahí haya inconsciente (Oury, 1998).

Otras experiencias vividas con el grupo hacen reafirmar este punto, especialmente si pensamos que es a través de lo incomprensible (o explicable desde Jaspers, 1996) que se puede producir una relación. Es a través de lo incomprensible que es posible comunicarnos como grupo.

Para comenzar a mostrar este punto resulta ilustrativo señalar las concepciones de Davoine & Gaudilliere (2010b). Ellos afirman que el delirio es una herramienta para responder a una situación que no tiene palabras, un instrumento que mira al analista, el paciente sabe utilizarlo y mira a otro sujeto para investigar. Al mirar un delirio, no es el delirio el que nos mira, es alguien. En este sentido afirman que la locura es una investigación científica, pues permite pensar justamente lo que no se puede abordar mediante nuestros mecanismos habituales.

Estas ideas ayudan a entrar en el punto, pero siempre es más clarificador un ejemplo concreto. Uno de los participantes de la radio hablaba constantemente de Superman, se entendía poco a qué se refería, pero el resto a veces se reía y decía que se creía Superman.

Al comienzo permanecía en silencio casi todas las sesiones y la única interacción que establecía con el grupo era, a veces, tomar la palabra y decir algo breve de Superman. En general nadie seguía lo que él decía, lo escuchaban y continuaban con lo que estaban hablando.

Lo interesante es que con el tiempo comenzó a referir a Superman a través de otros medios. El grupo llevaba poemas, entonces él llevaba un poema sobre Superman, el grupo llevaba dibujos, él comenzó a hacer dibujos de Superman.

Pero aún más llamativa es esta apertura que ha experimentado en cuanto a hablar mucho más con los otros, decir lo que le ocurre y en paralelo Superman ha empezado a dialogar con otros contenidos, por ejemplo cuando hablaban de religión, él dice: "Jesucristo y Superman son más o menos parecidos (...) un ángel, un semidiós" (...) con otras personas me quedo callado, acá en la radio me puedo expresar más" (Conversación libre, 22-12-14)

En ese sentido a través de Superman ha manifestado su deseo de establecer relaciones con el grupo: "Ojalá este año me lleve a un planeta superdotado, ser un

Superman o un semidios (...) deseo tener habilidades mucho más dotadas (...) deseo tener muchos amigos, ser apodado el campeón, gentleman” (Misceláneas 6-1-13); deseos de establecer relaciones de pareja: “Con la señorita Daniela me da como sueño, como Superman con la Kryptonita, estoy enamorado” (Reunión de pauta, 18-11-13); de desarrollarse laboralmente: “soy muy ambicioso, me gustaría tener todas las profesiones” (Conversación libre, 1-9-14); entre muchos otros contenidos.

Lo central aquí es cómo esos fenómenos, comúnmente entendidos como patológicos, son justamente la herramienta o la manera que permite ir elaborando, restablecer la comunicación y el lazo social. Como lo plantea de manera clara Moffatt (1997):

(...) Es el intento de rescatar otro de los elementos reprimidos y negados en los compañeros de adentro (y en este caso también de afuera): los aspectos creadores de los delirios, a través de los cuales se exploran nuestros contenidos inconscientes. Esto significa trabajar desde “la otra punta del ovillo”, desde la locura, para que el compañero no quede tan solo en sus fantasmas. (Moffatt, 1997, p. 196-7)

Pero además de nuestras resistencias a escuchar, se empieza a hacer clara para los terapeutas una resistencia mucho menos profunda, pero con consecuencias reales e incluso peligrosas para los miembros de la radio.

Como se ha mostrado a lo largo de estas reflexiones, ocurren muchas situaciones de violencia hacia los participantes de la radio, debidas, muchas veces, a que replican en otros espacios del hospital las acciones que realizan dentro del taller. En esta línea aparece que en los otros contextos comienzan a actuar con mayor libertad o a manifestar sus puntos de vista con más frecuencia, pero estas conductas generan reacciones en la línea de lo que señala Rojas (2011) en tanto son interpretadas como señales de descompensación.

Alguno de los sucesos hasta ahora destacan por ejemplo cuando María asistió a una actividad del taller de jóvenes a la que no estaba contemplada, siendo luego castigada una semana sin salir del hogar; cuando uno de los participantes del taller solicitaba el diario a dirección para realizar el programa de noticias hasta que se le prohibió por ser paciente; cuando a una de las participantes se le prohibió salir del sector de larga estadía a ver a su familia y asistir a la radio porque alegaba por las condiciones a las que era sometida; entre otras.

Con el tiempo llegamos a la conclusión evidente que, no solo los terapeutas dejábamos solos a los miembros del taller frente a la institución, sino que no nos hacíamos cargo de las consecuencias del taller de radio, consecuencias que incluso eran previsibles en tanto había un enfrentamiento planificado con la institución.

Este punto es central pues, al pensar desde la lógica de las comunidades terapéuticas, resulta fundamental que todas las intervenciones dentro de la institución deben estar coordinadas (Oury, 2003; Hinselwood, 2001; Chazaud, 1980; Jones, 1962; entre muchos otros). Los terapeutas notábamos las dificultades que se producían al no coordinar con otros terapeutas o espacios, pero ya no podíamos culpar a la institución. Lo que estaba ocurriendo es que el taller de radio funcionaba completamente aislado de parte nuestra, pero los pacientes tenían obligatoriamente que interactuar con el resto.

Abufom (2011) cita a Enriquez (1987) para afirmar que en una institución terapéutica las diferentes formas de modificar el comportamiento de los pacientes pueden acarrear conflictos de diversa índole; ya sea de estatus, teórica, de acción y de personalidades. Enfatiza que ese ambiente contradictorio puede llevar a enloquecerlos, o a dejarlos atrapados en un proceso de fragmentación, al no ser contenidos ni tratados por una ley organizadora. *“Más bien, la rivalidad y la afirmación narcisística de los operadores, los lleva a experimentar directamente en su psique la violencia de la fragmentación institucional.”* (Abufom, 2011, p.55)

Los terapeutas reproducíamos una lógica defensiva en la que tendíamos a aislarnos, mediante un funcionamiento similar al que describe Hinselwood (2001) al hablar de un hospital en el que trabajó, cuya división tendía a enfermar a los sujetos en vez de curar. Nosotros nos aislábamos para protegernos de la institución y resguardar narcisísticamente la relevancia de nuestros postulados, pero de ese modo acrecentábamos la violencia de la institución.

Se nos hizo claro que no nos hacíamos cargo de la violencia que se ejercía sobre los pacientes a causa de no ser capaces de integrar nuestros objetivos terapéuticos a los del resto de la institución. Nos quedábamos en que los violentos eran otros, pero lo cierto era que contribuíamos a la violencia institucional, porque esta violencia se da justamente al contraponerse visiones.

Nuestra resistencia consistía en dejar toda la responsabilidad a los pacientes de enfrentar a la institución, sin nosotros realizar el necesario trabajo de explicar nuestros objetivos terapéuticos, nuestra metodología, sin cuestionar y ayudar a pensar al hospital en su generalidad. Y esta resistencia se sostenía en la concepción teórica que el trabajo analítico es con la realidad psíquica de los sujetos.

En esta línea no es tan descabellada la afirmación de Moffatt (1997): “(...) *los estudiantes y profesionales tenemos nuestras limitaciones ideológicas, que son producto de la colonización y de la hiperculturación teórica.*” (Moffatt, 1997, p. 198)

4.2.- El amor: La transferencia que devela

En este apartado retomamos la relación transferencial dentro del grupo, pero con el énfasis puesto en profundizar aún más en cómo la transferencia va develando una íntima identificación con la institución y como, al analizar dicha transferencia, es posible comprender aspectos profundos de la relación con la institución.

En especial se hablará de la transferencia y de cómo permite develar aspectos de las relaciones amorosas dentro de la institución. De cómo las transferencias observadas dentro del grupo de radio finalmente nos vuelve a hablar de la institución y de su influencia incluso en las relaciones amorosas.

Es innegable que se establecen relaciones de pareja dentro de la institución, no solo entre funcionarios, sino que también entre pacientes. Munizaga & Soto (1988) en un estudio en este mismo hospital señalan que se gestan relaciones de pareja en base al amor mutuo, que ellos llaman “cuasifamiliares”. Incluso refieren que las relaciones familiares que se dan dentro de las instituciones psiquiátricas reflejan los variados tipos de familia que se presenta en la sociedad global. En este sentido estas relaciones no son diferentes a las que podría establecer cualquier persona.

Esta constatación ya es significativa pues afirman que si bien en psiquiatría se acepta en general que el paciente debe ser tratado como miembro del sistema familiar, no se consideran estas familias construidas por ellos durante su estadía en la institución. Señalan por tanto que existe, a veces, una doble estructura familiar que se debe considerar (Munizaga & Soto, 1988, p.71). Más aun, comentan que, aunque para los funcionarios y la

administración este hecho es evidente, no se toma en cuenta a la hora de tomar decisiones respecto a los pacientes, de modo que son separados u otro por causas administrativas.

Esto permite graficar que la sexualidad de los pacientes es un tema que se maneja de manera especial dentro de la institución. Goffman (2009) ya señaló este hecho y mostró que en las instituciones totales (en especial en los hospitales psiquiátricos) dentro de los principales controles que se ejercen sobre los individuos se encuentra el control sobre la sexualidad¹⁰.

En el grupo de radio las relaciones amorosas también han ocupado un lugar especial que ha permitido mirarnos en nuestra sujeción a la institución. El tema comienza a ser tomado por el grupo de manera concreta cuando uno de los asistentes al taller invita a su polola a participar y se integra como una más del grupo.

Con la llegada de esta pareja el ambiente del grupo comenzó a ser de alegría y esperanza. Si bien podríamos pensar en una interpretación ortodoxa y señalar esa relación al modo como Bion (1989) refiere el supuesto básico de apareamiento, pues efectivamente el grupo se centró en la pareja, dándoles más espacio para hablar en los programas y en las reuniones, transmitiendo un sentimiento de bienestar en el grupo (incluidos a los terapeutas) y una esperanza que todo va a estar bien. En realidad lo que estaba ocurriendo no tenía que ver con una resistencia y el grupo lo fue tomando para abrir nuevos contenidos.

Desde el momento que la pareja llega a la radio el grupo se fija en ellos y comienzan a ser un importante foco de atención. Se ríen y lanzan bromas, les preguntan sobre el amor, sobre las peleas, en una mezcla de real curiosidad y vergüenza por hablar de un tema delicado.

Dentro de las bromas que se repiten aparece la referencia a Romeo y Julieta: “llegó Romeo y Julieta”, “No se vayan a matar por amor”. El grupo se interesa por la pareja, lo que hacen juntos, cómo se llevan entre ellos, si pelean y los motivos de esas peleas y, cuando ocurren discusiones en el taller, comentan que se van a divorciar. Al mismo tiempo la pareja responde preguntando a los otros por relaciones de pareja, hacen bromas de vuelta, pero los otros no quieren hablar.

¹⁰ Resulta interesante que Chazaud (1980) señala que en el dispositivo que propone es necesario restringir la sexualidad de los pacientes psicóticos.

Continúan las referencias a la pareja, pero además se suman preguntas a los terapeutas acerca de su vida de pareja, si están casados, como son sus parejas, si pelean o no, qué cosas les gusta hacer. Esto va permitiendo abrir el tema e ir manifestando preocupaciones y fantasías individuales.

Ahí es cuando se comienza a hacer patente una transferencia que hace tiempo se manifestaba sutilmente. Uno de los participantes de la radio hace tiempo comentaba: “me dicen soy enamorado y caliente”, “yo me enamoro de todas”, “me gustan todas las mujeres” (Misceláneas, 7-10-13). El grupo no tomaba mucho en cuenta estos comentarios, por lo que él se los hacía preferentemente a los terapeutas. Nosotros lo escuchábamos y le hacíamos algunas preguntas, pero en general eso quedaba ahí.

Sucedió entonces que comienza a manifestar con mayor frecuencia durante el taller que era un hombre enamorado, “es que a mí me gustan las mujeres jovencitas”, comienza a crear poemas sobre el amor, sobre algunas fantasías sexuales y de tener pareja. El grupo lo escucha, se ríe y lo aconseja.

Luego, esta manifestación de amor se empezó a dirigir abiertamente hacia una de las estudiantes en práctica de psicología, a quien le llevaba poemas y decía abiertamente que estaba enamorado: “no me gusta mi polola, le escribí un poema a la señorita X” (Comentarios, 11-11-13). Esta transferencia se mantenía y se iba acrecentando y no nos era claro qué la estaba motivando.

Más aun, cuando aquella alumna terminó su práctica y llegó una nueva estudiante, la transferencia se instaló en la nueva alumna como si se tratase de la misma persona. Los poemas y las declaraciones frente a los demás aumentaron, e incluso comenzó a invitarla a salir.

Para las estudiantes en práctica esta situación era bastante incómoda y les era difícil saber cómo reaccionar, principalmente porque no era muy clara la comprensión de esa transferencia. Más bien la sensación que tenían era que había surgido un verdadero amor hacia ellas. Como refiere Enríquez (1987): *“La complacencia para con su acción, el interés por su función, pueden arrastrar al terapeuta (...) a la instauración de un proceso de desrealización. En ese momento puede ponerse a creer que el amor de transferencia que se despliega es un verdadero amor y que el análisis puede reemplazar la vida”* (pág. 101)

Pero, de manera interesante, la interpretación de esta transferencia fue realizada por el grupo. Un día le señalan que “lo que pasa es que pololeas con una abuelita, tienes que buscarte a alguien más joven”. El grupo dice que se sorprende de que pololee con alguien mayor, que debería tener una relación con alguien de su edad o más joven.

Entonces él responde, “es que me cuida, me prepara comida y me trata bien, pero de lo otro nada”. Le preguntan por qué está con ella y él responde que fue una terapeuta quien lo puso a pololear “dijo que era mejor porque así nos cuidábamos”, “además yo no podría estar con otra persona, no me va bien con las mujeres, no sé por qué”, “la señora X me tiene pololeando con la Y (...) tengo que conformarme porque me hace sándwiches (Reunión de pauta, 18-11-13)

Abrir el tema permitió algunas cosas, por un lado que nuestra psicóloga en práctica estuviera más tranquila al entender qué ocurría, y, por otro, que la transferencia fuese menos intensa y se pudiese hablar acerca de la situación que lo atormentaba. Pero especialmente, esto permitió que el grupo se fuera mirando como personas que acatan los mandatos de la institución, mandatos en los que ellos no están de acuerdo, pero que asumieron sin cuestionar.

La transferencia erótica hacia una de las terapeutas hablaba justamente del ejercicio de control sobre el amor que ejercía la institución a través de otra terapeuta.

El grupo habla de cómo han sido presionados, no solo por médicos y terapeutas para establecer relaciones o dejarlas, sino también por otros pacientes. Más aún exploran en que estas relaciones se encuentran restringidas, tanto en los lugares, en los tiempos e incluso con qué personas pueden establecerse. Solo pueden formar relaciones con otros pacientes del hospital: “me dijo que no puedo enamorarme de ella, porque son profesionales” (Reunión de pauta, 18-11-13).

No solo el amor está restringido, sino que incluso las relaciones interpersonales. La vida social de los participantes de la radio se encuentra muy limitada, sus relaciones interpersonales se acotan a otros pacientes, a los profesionales de la salud (en los hogares, en el hospital o en los trabajos protegidos) y sólo unos pocos tienen relación con algunos de sus familiares.

Las relaciones se restringen, en general, a otros pacientes y a los profesionales de la salud, estableciéndose con estos últimos una interacción que marca en todo momento

las diferencias (Goffman, 2009; Rojas, 2011). Es así como un día uno de los participantes refiere que se encontró y saludó a una terapeuta en la calle: “Me retó y me dijo que no podía andar saludando a las terapeutas en la calle”. El grupo le pregunta qué sucedió y él responde que nada en especial: “debe ser que como somos pacientes no podemos hablar con los profesionales fuera del hospital”.

Pero también nos encontramos con que repetimos esta situación dentro de la radio, tanto hacia otros pacientes como entre nosotros. En una ocasión estábamos grabando un programa en el patio del hospital, se acercó otro paciente a preguntarme por un tema administrativo del hospital y yo le respondo que no sé cómo resolver sus dudas, él insiste en que lo ayude y le respondo que estamos grabando, que no lo puede ayudar. A los cinco minutos se acerca un paciente a ofrecernos pan y el grupo le responde qué estamos grabando, que se vaya.

El grupo muestra a los terapeutas claramente ese ejercicio agresivo que se ejerce hacia otros pacientes. Probablemente como una forma de evitar ese dolor que traen y del que no podemos hacernos cargo (Pulido, 2008; Hinselwood, 2001). Dolor transformado en una demanda de la que ya es difícil hacerse cargo dentro de los encuadres que proponemos, y por tanto, más difícil de sostener fuera de ese encuadre. Por eso tal vez la dificultad para establecer relaciones diferentes de las que promueve la institución: relaciones rígidas entre necesitados y caritativos (Hinselwood, 2001).

Entonces hay algo que repetimos dentro del grupo que tiene que ver con la institución, y por más que critiquemos esa agresión de parte de otros funcionarios u otros pacientes, no dejamos de repetirla nosotros mismos. Ahí la tendencia, que enfatiza Chazaud (1989), a volverse un asilo, contra la que hay que luchar constantemente.

Pero ocurren muchos más fenómenos que nos permiten seguir pensando esta compleja relación. Una situación que se repite constantemente tiene que ver con cuidar a los terapeutas, pero no cuidarlos de otros funcionarios o de la autoridad del hospital, sino cuidarlo de otros pacientes.

Este hecho si bien se repite constantemente, se hizo claro en una ocasión cualquiera en que nos encontrábamos vendiendo ropa para recaudar fondos para la radio. Se acercaban funcionarios, pacientes y gente que iba pasando. Se aproxima a mí un paciente que yo no conocía y empezamos a hablar, nos reíamos y estábamos pasando un buen rato.

También me empieza a contar sobre su situación actual, que se encuentra hospitalizado, en eso se acerca uno de los participantes de la radio y le dice “no andes molestando al doctor, no vengas a contarle tus problemas que estamos trabajando”. Finalmente consigue que se vaya y, cuando eso ocurre, me dice: “es que no anda bien, es medio desordenado”. Era claro que el grupo nos protegía de los otros pacientes.

Eso nos hace pensar si, a fin de cuentas, la institución en su totalidad no está pensada justamente para proteger de los pacientes, no solo a la sociedad, sino especialmente a la gente que ahí trabaja. Proteger de las agresiones, proteger de las angustias, pues accedemos a los pacientes solo cuando están más o menos compensados, cuando molestan poco. Si no es así existen fármacos o medios de contención física o espacial para no relacionarnos con ellos. Y claramente nuestros encuadres terapéuticos nos permiten definir las reglas que delimiten el tipo de interacción que estamos dispuestos a tener.

Es así como la transferencia en el grupo nos permite, nuevamente, preguntarnos por el funcionamiento institucional. Dejando instalada la pregunta de si la institución y quienes trabajan y son pacientes ahí, no compartirán además el objetivo de aislar a la locura de la sociedad y de las personas de la institución.

Otro aspecto interesante relacionado con la transferencia con los terapeutas tiene que ver con la paternidad. En el grupo habíamos comenzado a hablar abiertamente de nuestra vida privada, y, en ese proceso de ir conociéndonos, el grupo se iba interesando por si los terapeutas teníamos hijos y si queríamos tener.

Resulta muy interesante que el grupo fantaseaba con los hijos de los terapeutas, cómo serían, que les gustaría hacer, a qué jugarían, etc. Pero no había fantasías con hijos propios, todos los niños que nombraban eran de otros, aunque sí manifestaban el deseo de relacionarse con niños, cuidarlos y jugar con ellos.

Se muestra al grupo este hecho tan llamativo y lo encuentran natural. Entonces una participante del taller dice que está embarazada y su pololo le responde “No seai tonta ¿Cómo se te ocurre andar diciendo eso?”.

La prohibición de ser padres aparece como una prohibición central en la vida de los pacientes. Tienen interiorizado que no pueden tener hijos, tanto por razones económicas: “me gustaría tener un hijo, pero es muy difícil, (...) además hay que educarlo y te lo quitan si no le dai comida” (Conversación libre, 16-2-15). Como a causa de la enfermedad psiquiátrica: “yo quiero adoptar” (...) ¿con qué plata? (...) te van a hacer examen psicológico y si eres loco, no te la dan” (Conversación libre, 16-2-15)

Pero lo que más llama la atención es que esta prohibición se encuentra interiorizada en el grupo. Y la causa principal de la prohibición es que podrían transmitir la enfermedad: “No podí tener hijo por la enfermedad, por el ADN, puede salir con tu enfermedad” (Conversación libre, 16-2-15)

En el grupo de radio tenemos internalizada no solamente las prácticas concretas que aíslan a los sujetos de la sociedad e impiden que se reproduzcan, sino que, además, poseemos una ideología llena de preceptos que sostienen de manera racional y justificada que estas prácticas se justifiquen.

Resumiendo, al escuchar esta transferencia se nos aparece como una forma de develar situaciones concretas de la realidad institucional, hablándonos de la relación que se mantiene con la institución y como ésta se encuentra internalizada y determina las relaciones que establece el grupo.

En el grupo repetimos la institución con sus preceptos, dentro de los que destaca de manera central la restricción al amor: No pueden establecer relaciones con nadie de la sociedad ni del hospital, a menos que sean pacientes. Si establecen relaciones estas deben ser muy restringidas. Tienen que cuidar a los funcionarios y a la sociedad de ellos mismos y de los otros locos y, por sobre todo, no se pueden reproducir ni adoptar para evitar transmitir su enfermedad.

Claramente se encuentra la concepción de que pueden contaminar a la sociedad, no se deben relacionar más que entre ellos mismos y no pueden dejar nada de ellos para las futuras generaciones.

4.3.- Los niños obedientes

El grupo se va preguntando por su lugar dentro de la institución y de la sociedad y de cómo ellos perpetúan esta situación. En este apartado se abordará cómo el grupo ha ido develando esa repetición de la institución que constantemente reproducen dentro del taller de radio.

Anteriormente se habló acerca de que por momentos sólo las conductas que no eran locas tenían espacio dentro del taller y, especialmente, durante la grabación de los programas. De este modo el grupo inhibía comentarios o actitudes que podrían mostrar cierto grado de locura o enfermedad. Ocurría que a algunos no los dejaban hablar, se burlaban de otros o no los tomaban en cuenta. Incluso era llamativo un mecanismo grupal en el que muchos de estos comentarios eran ignorados de tal forma por el grupo como si efectivamente no hubiesen tenido lugar.

Esto nos habla claramente de la manera en que es tratada la locura dentro de la institución, locura que se intenta borrar, esconder o hacer como que no estuviera. Pero lo que resulta especialmente llamativo de este ejercicio por borrar la locura es que ocurra dentro del taller de radio, dentro de un grupo de trabajo en el que la consigna tiene que ver con escucharnos.

Una situación especial ocurrida dentro del taller nos permite observar como el grupo introyecta estos elementos de la institución. Sucedió que cuando realizábamos actividades, una de las integrantes de la radio se enojaba cuando llegaban otras personas a participar. Decía que sólo deberíamos estar los que siempre iban a la radio, que los que iban a veces no podían ir, menos aún podían asistir quienes no habían ido nunca antes a la radio.

Ocurría entonces que vendíamos choripanes, hacíamos un asado, un paseo u otro, y ella se enojaba porque se integraba gente. Para el resto era evidente que se podrían integrar porque las actividades eran atractivas, más aún, algunos encontraban que era muy bueno porque así se podrían sumar más personas a la radio y sería más fácil crecer.

Pero especialmente llamaba la atención esta reticencia a incluir a otras personas porque el taller está planteado como un espacio abierto y de libre asistencia, de modo que si alguien quería asistir o no a alguna actividad era su propia decisión.

Se señalaba esto al grupo, pero no quedaba claro con qué tenía que ver. Hasta que un día se hizo claro que correspondía a una repetición textual de una situación vivida por ella misma dentro del hospital.

Esta situación es la ya relatada en el capítulo 3.4 (Del agradecimiento al horror) respecto al castigo de no salir del hogar durante una semana que recibió por haber asistido a una actividad de un taller del que no era parte. Incluso se puede seguir la trayectoria de esta internalización de la institución, la que comienza con el miedo, pasa por extrema culpabilidad, la modificación del yo (cuento que escribe para redimirse) y la posterior reproducción en otros (no dejar que gente de afuera asista a la radio)

Replicamos a la institución de manera concreta dentro de la radio, sus reglas y sus maneras, pues estas se imponen sin reflexión, se imponen por la fuerza y el miedo, no permitiendo pensarlas.

Hinselwood (2001) comenta que cuando se dice que el paciente coopera, no se hace referencia a que intenta comprender y trabajar con el médico en pos de su cura, sino que, cuando se utiliza el término, la realidad es que el paciente ha dejado de revelarse, presenta un mínimo de cuestionamiento u oposición, se resigna, perdiendo mucho de su individualidad e iniciativa. En esta línea Chazaud (1980) señala que se tiende a considerar como patología cualquier conducta que vaya contra los reglamentos de la institución.

Lo mismo afirma Goffman (2009), y ratifica Rojas (2011) dentro de este hospital psiquiátrico, en tanto incluso los ajustes secundarios que realizan los pacientes, formas de sobrevivir dentro de la institución, son vistos como signos de enfermedad mental.

Pero además de observar lo que impone la institución, es clave observar cómo eso se va reproduciendo internamente, pues ver la propia contribución en esa dinámica obliga a hacerse cargo de ella.

Otro elemento que permite graficar la repetición de la institución dentro del grupo tiene que ver con lo que podríamos llamar la identificación con la enfermedad. De este modo es común que se presenten a través de la enfermedad, que se pregunten sobre sus respectivas patologías, cómo se enfermaron, entre otras cosas. Si bien esta identificación en torno a la enfermedad mental permitió en un comienzo que pudiesen abrirse a la relación

con los otros¹¹, con el tiempo se va cuestionando esta forma de acercamiento pues comienza a ser claramente conflictiva.

Es común que se presenten principalmente desde su relación con la institución y la enfermedad: “Soy X, tengo esquizofrenia desde los 17, me controlo en el Horwitz” (conversación libre 3-3-14). Esta cita puede multiplicarse por cientos, pues es una presentación habitual de los programas y para presentarse a los nuevos integrantes de la radio.

Lo llamativo de entrada es que esa presentación coincide con la presentación que se realiza en las juntas médicas y presentación de pacientes, donde esos son los elementos que se mencionan: nombre, diagnóstico y edad de inicio de la enfermedad.

Lo mismo ocurre en otras conversaciones en donde, no solo se repite la presentación clínica, sino además se aborda la enfermedad mental y los problemas personales como si fuesen temas públicos que se pueden tocar según la voluntad del interlocutor, como ocurre en las entrevistas clínicas: Durante uno de los programas, uno de los integrantes le dice a otro, para darle la palabra, “Tú te enfermaste por un pololo”, a lo que le responden con cierto enojo “no quiero hablar de eso Doctor X” (Conversación libre, 3-3-14).

Así el grupo va mostrando que esta manera de relacionarse entre ellos, manera que es una repetición de la institución, no favorece las relaciones, sino que incluso produce rechazo.

El grupo cuestiona este trato donde la historia de cada cual es referida como un hecho cualquiera, nombrada y hecha pública independiente del deseo de la persona aludida. El grupo señala que hay momentos donde se puede hablar de la propia historia, momentos que dependen de los tiempos de cada uno y de la disposición del grupo.

Los participantes del taller, a partir de pensar acerca de la institución y de cómo se encuentran en gran medida determinados por ella, incluso en sus comportamientos íntimos, comienzan a profundizar aún más y a darse cuenta que esta institución internalizada se contrapone a sus deseos.

¹¹ Como se trabajó en el apartado 1.4 sobre las historias personales.

Un significante que resulta articulador para el grupo es la frase “nos tratan como niños”. Desde este significante comienzan a pensar críticamente diversas situaciones, interrogando su lugar dentro de la sociedad.

Comentan que “nos tratan como niños, nos dicen *ya niños a comer*”, organizan sus horarios y las tareas que les corresponde cumplir, como hacer el aseo, cocinar e incluso cómo se deben tratar entre ellos.

Cuestionan el hecho de que no los dejen trabajar, que administren sus pensiones y que todas las actividades que deseen realizar deban ser autorizadas, estando reguladas sus salidas, sus horas de comida, de levantarse o acostarse. En este sentido cuestionan “Nos levantan a la hora que la terapeuta necesita, si tiene que hacer un trámite temprano nos despierta a las 6 de la mañana para ella poder hacer sus cosas”.

Se cuestionan si son niños y si pueden trabajar o no, se preguntan si eso está establecido así “porque es lo mejor para nosotros, ellos estudiaron y saben”, o efectivamente “nos tratan como niños, pero no somos niños, somos viejos peludos y hediondos”. (Notas de campo)

Desde este cuestionamiento surge en el grupo la necesidad de hablar del trabajo, de qué hacían antes, de qué quieren hacer, algunos comienzan a buscar trabajo, se discuten sobre las condiciones de los trabajos que les ofrecen desde el hospital, los bajos sueldos, y, especialmente, no poder hacer lo que quieren con su dinero. Del mismo modo se habla acerca de las pensiones, “si trabajas te quitan la pensión”.

Uno de los pacientes, escritor y pintor, vende algunos de sus cuadros al Louvre para discapacitados, recibiendo cerca de 6 millones. Comenta esta situación al grupo, lo felicitan, le preguntan por sus planes y comienzan a decepcionarse al percatarse que todo ese dinero “me lo cuida el director del hospital, si quiero algo le pido y me lo compra”, cuenta que piensa comprarse un computador y le dieron varias alternativas para que elija. El grupo se centra en el control del dinero por parte del hospital, de no poder administrarlo personalmente. Una de las pacientes dice, “yo no sé pintar ni escribir, me voy a jugar un Kino”, y después de unos segundos se ríe y dice “pero no vale la pena ganarse el Kino si esa plata no la voy a poder usar” (Comentarios, 23-9-13).

La pregunta por ellos mismos se va haciendo clave y los moviliza. Se preguntan “¿Por qué las personas están tanto tiempo acá? Asumen la evidencia que “nunca estás

rehabilitado”, dicen que dentro del hospital es muy difícil pensar por uno mismo. (Conversación libre, 18-2-13)

Al mirarse como niños obedientes se cuestionan otros actos que realizan, actos que se iban dando naturalmente, pero que de manera no pensada reproducían dinámicas que iban contra lo que ellos ahora sentían que debían hacer.

El grupo de radio, desde el comienzo, se pregunta acerca de qué hablar, pero en esa pregunta se encuentra inevitablemente la imagen del destinatario ¿a quién le hablamos? Esta pregunta no se va resolviendo de manera explícita, aunque por momentos la formulan y discuten, más bien el destinatario se va construyendo a medida que graban programas y se dirigen a alguien de afuera.

Este hecho es interesante de señalar, pues si bien al comienzo de la radio en el programa de noticias el buscar noticias era una forma de explorar el mundo¹², en tanto más que dirigirse a alguien muy claro, se trataba de un acto de compartir lo que iban investigando. Ahora, en cambio, además de esta exploración, ya no es indiferente a quién le dirigimos nuestros comentarios.

Frente a las noticias y los comentarios que rescatan, por momentos es muy evidente que intentan investigar, pero también hay un intento de mostrarse como conocedores de temas que no manejan. Y es justamente en torno a esta actitud que surgían diversas reacciones en el grupo. Inicialmente se realizaba un llamado a estudiar más, de manera que estuviesen todos bien informados y hablasen cosas correctas. Pero en un momento se logra realizar una pregunta de fondo: ¿a quién le hablamos?

La crítica entonces va apareciendo: “Estas noticias son para gente de Las Condes” (Conversación libre, 7-2-13). Se preguntan por lo que esperan lograr a través de los programas, qué quieren transmitir. Cuestionan su rol, qué transmiten, para quien y con qué objetivo. Pues se evidenciaba que lo que estaban haciendo contrastaba con lo que iban trabajando como grupo.

Desde el comienzo del taller de radio ronda la idea en el grupo de hacer un programa de psico-educación. Esta idea también es una repetición de la institución puesto que dentro del hospital se promueve constantemente la psico-educación. Desde la administración del

¹² Como se señala en el capítulo 2.1

hospital se incentiva que se realice psico-educación dentro de los sectores, con pacientes y con familiares; que se realice en el policlínico, de hecho un trabajo de grupos en el programa de trastornos de personalidad se llama “grupos psicoeducativos”; y especialmente en la Unidad de Rehabilitación, donde existen instancias que son verdaderas clases de psicopatología, además de entrenar en habilidades sociales.

Cuando plantean realizar el programa de psico-educación refieren que desean enseñar a otros sobre la enfermedad, dicen que es para que no se discrimine a las personas que sufren de algún trastorno psiquiátrico, también para ayudar a quienes no saben qué les ocurre, para que sepan dónde acudir a pedir ayuda. En el fondo desean ayudar a otros, acoger y orientar, con la esperanza de fomentar una sociedad más inclusiva.

Pero en la práctica lo que van haciendo es una repetición de los espacios del hospital, entregan las definiciones contenidas en los libros de psiquiatría, demostrando gran manejo teórico. Más aún, por momentos esta repetición de conocimientos psiquiátricos es tal que los programas parecen una evaluación de conocimientos, una evaluación que busca mostrar que conocen bien las definiciones.

Llama la atención que, a pesar de saber de psicopatología, la pregunta por la enfermedad continuaba. Una pregunta que se dirigía a otros, esperando que fuera resuelta por alguien de la institución. Una pregunta que reaparece constantemente en el grupo: ¿qué es la esquizofrenia? Desean entrevistar a psiquiatras, psicólogos o terapeutas ocupacionales para responderla y buscan en la bibliografía psiquiátrica acerca del trastorno para intentar comprenderlo.

Si bien esta pregunta puede tener que ver con una duda común acerca de la patología que se padece, en el contexto del grupo es una pregunta que por más que se investigue o se las respondan no alcanza nunca el estatuto de un conocimiento. Por tanto resulta llamativo que a pesar de que existan talleres psicoeducativos en los que se les explica y enseña acerca de esta patología, a pesar de leer y preguntar a expertos, es una pregunta sentida como jamás respondida.

El grupo señala innumerables veces los prejuicios sociales acerca de la esquizofrenia, mostrando que la supuesta agresividad no es tal, que cuando uno está compensado está bien, que pueden hacer las mismas cosas que otros.

Esto ha hecho que el grupo se cuestione incluso los fundamentos teóricos e ideológicos que los mantienen socialmente excluidos y encerrados en esa institución. Porque al investigar va quedando clara la vaguedad del diagnóstico, diagnóstico que no les permite comprenderse a sí mismo ni aporta para pensar en cómo “sanarse”.

Pero, especialmente, aparece en esa pregunta un cuestionamiento acerca algo más amplio, que tiene que ver con el lugar como sujetos, lugar que designado por la patología determina un estatus social muy específico: el lugar del esquizofrénico. Lugar impuesto socialmente en cuya definición psicopatológica no se logra entender por qué el espacio geográfico que les corresponde es el psiquiátrico, ni por qué son necesarias todas esas restricciones a la libertad, ni por qué es necesario someterse de esa manera a los otros.

Al preguntarse el grupo a quién se dirige su trabajo se devela la posición desde la que se ubican frente a la sociedad y, al aclararse esa posición, se dan cuenta que reproducen internamente una serie de supuestos y prejuicios.

El grupo en su ejercicio de pensarse termina cuestionando algo más profundo, termina cuestionando el estatuto mismo de la locura y las consecuencias que implica para los sujetos ser diagnosticados como locos.

En un momento alguien del grupo dice reflexionando: “¿Uno viene porque necesita del hospital o el hospital necesita de ti?” (Conversación libre, 18-2-13)

La institución intenta que los pacientes reproduzcan sus formas de pensar y de actuar e incluso plantea que la cura para por este ejercicio de adoctrinamiento. Los pacientes, por otro lado, responden adecuándose pasivamente a estos requerimientos. De este modo se transmite que es necesario que sepan de psicopatología y que incluso deben ayudar a otros a pensar de la misma manera para buscar una cura. Pero en la práctica se hace patente que este ejercicio no lleva a ningún lado.

Es así como el análisis del propio grupo sobre sus actos y concepciones ha permitido cuestionar no solo lo que el grupo realiza y perpetúa, sino que ha permitido pensar críticamente a la institución y desde la institución pensar la sociedad.

III.- Conclusiones

Se ha realizado un recorrido siguiendo las reflexiones del grupo de radio en el que se ha observado la influencia de la institución sobre el taller, influencia que nos permite pensar a la institución psiquiátrica.

Pensar esta influencia de la institución es central para adentrarnos en la comprensión acerca de qué hace que estas instituciones sean terapéuticas o generen enfermedad (Hinselwood, 2001).

Se retomarán algunos puntos trabajados a lo largo de la presente investigación a modo de conclusión, complementando estos elementos con algunas reflexiones finales.

1.- Tratamiento: inhibir la locura

Se hace claro, a lo largo del análisis que realiza el grupo de radio, que cuando se plantea un tratamiento a la locura dentro de la institución el abordaje que se propone es el de hacerla desaparecer. La locura es vista sólo como una manifestación o resultado de patología y su tratamiento radica en intentar suprimirla.

Estas concepciones sobre la locura y su abordaje se replican en diferentes niveles. Por un lado la sociedad expulsa a los locos para hacer desaparecer la locura, se los rechaza, no se les da trabajo, se los hospitaliza, etc.

Por otro, la institución mantiene aislados a los sujetos de la sociedad. Intenta inhibir la locura mediante tratamientos farmacológicos, psico-educación y otros. Realiza un manejo de la locura de manera tal que solo aparezca en lo privado de los box de atención, y ese trabajo con la locura no consiste en intentar comprenderlo, sino que se busca que aparezca para inhibirlo. Además, dentro de la institución se sustenta la fantasía que es posible y deseable devolver a los locos a la sociedad como si ya no fueran locos.

Los tratamientos se realizan a través de un control extremo sobre sus vidas, como si tuviesen que adecuarse a la sociedad mediante una interiorización de esa compulsión externa, al modo como lo plantea Freud (1913) en Totem y Tabú. Como si ese ejercicio de sometimiento a una compulsión externa extrema terminara permitiendo que interiorizaran esos mandatos al modo del superyó.

2.- La sociedad rechaza a los locos

De la experiencia del grupo de radio se desprende claramente que la sociedad es la que rechaza y aísla en primer lugar a los locos, quienes se ven obligados a internarse y depender de la institución psiquiátrica. En este sentido se observa una violencia primaria de rechazo sobre la locura que trasciende la violencia de la institución.

Más aún, se puede plantear que la violencia de la institución tiene que ver con la sociedad, en tanto como dice Lourau (2007), las instituciones tienen dos metas, la primera tiene que ver con la misión específica de dicha institución (educar, dar salud, etc.), mientras que la segunda apunta a reproducir al estado. O como afirma Hinselwood (2001), la institución termina manifestando en sus conflictos internos ese choque que se produce entre los objetivos terapéuticos y la necesidad de la sociedad de aislar a los locos.

El grupo de radio ha ido pensando esa violencia de la sociedad, la que se manifiesta principalmente en prejuicios acerca de la locura, prejuicios relacionados con la agresividad, con déficit intelectual, con consumo de drogas, con conductas riesgosas, incapacidad para trabajar, conflictos interpersonales u otros.

Estas concepciones sociales justifican la expulsión de los sujetos de la trama social, pero incluso impiden pensar sobre la locura, especialmente debido a que se sostiene que la locura es una entidad clínica que abarca al individuo completo y que debe ser tratada.

En la experiencia del grupo de radio se ha podido escuchar la locura y comprenderla como una forma de estar en el mundo, con sus formas de establecer relaciones y de funcionar psíquicamente. En este sentido, se nos ha hecho claro que la institución confunde en sus tratamientos patología, sujeto y sufrimiento, de manera que trata al sujeto como si fuese la patología e ignora su sufrimiento.

3.- El horror que esconde la institución

En los primeros momentos del taller de radio nos encontramos con un grupo dividido en individualidades, que no logra interactuar y busca organizarse verticalmente. Vimos cómo esta forma de funcionar, si bien tiene que ver con la descripción de supuesto básico de dependencia (Bion, 1989), responde a un funcionamiento determinado por la institución.

Se fue explorando cómo la actitud de profundo agradecimiento hacia el hospital, escondía representaciones mucho más complejas que, al ser analizadas, despertaban fuertes resistencias en el grupo, al modo de representaciones inconscientes reprimidas.

Se hizo claro que la tendencia a agradecer e idealizar al hospital va de la mano de un intenso miedo a hablar acerca de su violencia. Se conjuga así un hospital que adquiere características particulares en las fantasías del grupo. Por un lado es el único lugar que los ha recibido y cuidado, pero al mismo tiempo en su interior guarda el espacio de mayor horror imaginable. Los sectores son significados como lugares donde se pierde el lazo con la humanidad y se queda a merced de la locura y el sadismo de otros.

Este horror frente al hospital aparece como el núcleo aterrador del cual los pacientes rehúyen. Es justamente contra ese núcleo que los pacientes se defienden psíquicamente, de manera que aquellas representaciones operan en el psiquismo del grupo como contenido inconsciente.

Como núcleo inconsciente negado, estas representaciones aparecen detrás de otras manifestaciones del grupo, desplazando su carga afectiva. De manera que muchos conflictos y angustias grupales, al ser analizados a través de la transferencia, terminan develando su conexión con este núcleo que les genera horror.

El análisis del grupo permite develar que estas representaciones del horror no son ajenas para los terapeutas, sino que muchas acciones y concepciones que emprenden responden a un ejercicio de reprimirlas y negar la pertenencia a una institución violenta. A esto responde en muchos casos el esfuerzo por cuidar a los pacientes más allá de los cuidados que ofrece el hospital, el esfuerzo por justificar el trabajo técnico emprendido o por sentirse independiente de la institución.

Esta negación de la violencia permite comprender la división dentro del hospital, tanto entre las diferentes unidades, como del trabajo que realizan los funcionarios, de modo que se hace notorio el extremo aislamiento y las dificultades de comunicación. Esta división permite negar la propia violencia, en tanto es ejercida por otros, mientras yo soy bueno y hago bien mi trabajo.

Se genera así una relación complementaria en que ambos grupos, funcionarios y pacientes, niegan el horror que esconde la institución.

4.- La institución en los locos

El horror frente a la institución hace que los pacientes se sometan a los distintos tratamientos y dispositivos que el hospital les impone, aunque estos sean sentidos como dañinos o que les quiten libertad, pues más vale someterse a los tratamientos que enfrentarse al horror de quedar a merced de otros seres humanos en el sector (sin humanidad que proteja).

Dentro de este sometimiento a la institución, para evitar el horror, llama la atención una intensa identificación con la ideología de la institución, ideología que sustenta estas prácticas. Nos encontramos de este modo con que los sujetos de la radio discuten utilizando los mismos argumentos que los equipos médicos, poseen los mismos conocimientos y se dan entre ellos las mismas indicaciones.

Pero, más aún, se relacionan entre ellos al modo como indica la institución, de este modo se presentan a la gente a través de la estructura discursiva de los exámenes médicos (nombre, diagnóstico, edad de inicio de la enfermedad), o hablan y preguntan sobre los datos biográficos de los otros independientemente del deseo o posible molestia de los aludidos.

Pero lo que resulta especialmente llamativo es que en el grupo de radio se repiten los preceptos que tiene la institución sobre ellos: No pueden establecer relaciones con nadie de la sociedad ni del hospital, a menos que sean pacientes. Si establecen relaciones estas deben ser muy restringidas. Tienen que cuidar a los funcionarios y a la sociedad de ellos mismos y de los otros locos. No se pueden reproducir ni adoptar.

Estos preceptos institucionales que repiten tienen que ver con que la enfermedad mental es tan terrible que deben procurar no transmitirla a nadie, como si fuese una enfermedad contagiosa. Por eso sus interacciones están restringidas y su destino de vida es lograr que la enfermedad se extinga con ellos.

IV.- Discusión: sometimiento e inclusión

Para terminar, se hace necesario compartir una reflexión que a esta altura cae por su propio peso, reflexión que se desprende de la experiencia del dispositivo del taller de radio y que tiene que ver con el abordaje terapéutico.

En primer lugar es importante señalar que no se puede plantear como objetivo transformar a los sujetos psicóticos en no psicóticos y suponer que deberían tener una relación con la sociedad como cualquier otra persona. Suponer esto es discriminar, en tanto niega una realidad concreta, niega una forma de ser como si fuese producto de un trastorno, y como tal, fuese posible tratarlo de algún modo.

Esto es significativo porque es como si la institución psiquiátrica respondiera a esta demanda social de dar tratamiento a la psicosis, no a los síntomas o al sufrimiento de los sujetos psicóticos, sino que demanda que la psicosis desaparezca.

El taller permitió ahondar en esta ideología y al mismo tiempo experimentar la psicosis desde otra escucha. Experimentar la psicosis en sus aspectos creadores, experimentar la psicosis como una forma de estar en el mundo que debe ser escuchada.

En este sentido el problema de la psicosis dentro de las instituciones psiquiátricas no se puede reducir a una pregunta por el tipo ni la eficacia de los tratamientos, es una pregunta que abarca a la sociedad completa.

Desde esta línea resultan ilustrativos los estudios sobre la discapacidad. Brogna (2009) afirma que la discapacidad es irreductible a una sola mirada. Comenta que hasta hace poco tiempo era entendida solo como un problema individual asociado a un estado deficitario de salud, lo que hacía sostener prácticas y discursos de cura, rehabilitación, educación y otros realizados por especialistas en espacios segregados.

Esta descripción responde fielmente a la que se sostiene dentro del hospital en tanto la locura es concebida como un estado individual de déficit. Pero es necesario mirar el problema desde otros puntos de vista debido a que ya no se puede considerar el problema de la discapacidad como un problema exclusivamente médico. (Barnes, 2009)

Barnes (2009) analiza tres perspectivas desde donde se trabaja sobre la discapacidad y la rehabilitación, dentro de las que considera la perspectiva individualista

que se basa en el modelo médico, la interrelacional y la interpretación sociopolítica más radical llamada modelo social de la discapacidad.

El modelo individualista médico es el sostenido por el Instituto Psiquiátrico. Es el modelo históricamente utilizado por la OMS que propone principalmente un trabajo enfocado en que las personas superen sus anomalías y deficiencias y se adapten a la sociedad. (Barnes, 2009)

El modelo interrelacional, por otro lado, es un intento por conjugar el modelo médico y el sociopolítico, siendo el enfoque predominante entre los investigadores de la discapacidad en la segunda mitad del siglo XX. Barnes (2009) sostiene que este modelo no ha logrado las definiciones que originalmente se proponía y continúa sosteniendo que la discapacidad es un asunto de salud. Este enfoque ha promovido una despolitización de las cuestiones de la discapacidad, ha puesto el énfasis en integrar a las personas con discapacidad a la sociedad mayoritaria, pero los programas y formas de hacerlo siguen estando a cargo de los profesionales de la discapacidad. (Barnes, 2009)

El enfoque radical sociopolítico sostiene que es la sociedad quien discapacita a las personas con deficiencias, aislándolas y excluyéndolas innecesariamente de una participación cabal en la vida social. Realizan una distinción entre deficiencia (biológica) y discapacidad (restricción causada por las organizaciones sociales). Este enfoque ha sido adoptado por organizaciones dirigidas por personas con discapacidad. Se cuestiona el concepto de rehabilitación como si fuera un chiste malo, pues claramente, al no tratarse de un problema individual, es absurdo que su abordaje sea a través de los profesionales de la discapacidad. (Barnes, 2009)

Desde esta descripción podemos sostener que la institución finalmente está sosteniendo la discriminación de la sociedad y, como hemos dicho, lo que vemos como intentos de tratamiento representan una reproducción en su interior de esta discriminación global.

Del taller de radio se puede desprender que un primer paso consiste en dejar de utilizar nuestros conocimientos como resistencias y abrirnos a escuchar esa otra realidad. En este sentido es significativa la afirmación de Rojas quien dice que la locura: “(...) *en la actualidad, se la encuentra recluida y la única comunicación que establece con la cordura está mediada por un complejo lenguaje entre científico, médico y moral (...)*” (Rojas, 2011,

p.26). En la misma línea se encuentra Moffatt (1997) quien hace una crítica explícita a la hiperteorización, la llama colonizadora y estéril e invita a combatirla.

Pensar desde este punto de vista permite concebir nuevas formas de intervención que no pasen por continuar sometiendo a los sujetos psicóticos a diferentes dispositivos ni formas de control terapéutico. Pues, como dice Sotelo (2012), aunque los sujetos hacen un gran esfuerzo por cumplir el mandato social de recibir tratamiento y rehabilitación, la sociedad se sigue manteniendo negligente y violenta con los locos.

Se trata de procurar reducir la violencia y apuntar hacia una mayor inclusión: “(...) *lo que queremos lograr es siempre compartido por todos: es una posibilidad de vida menos injusta, con más posibilidades para que cada uno realice lo suyo (...)*”. (Moffatt, 1997, p. 183)

Para esto es necesario pensar más allá de liberar a los locos del hospital. No basta con que los hospitales sean más abiertos con hogares protegidos fuera de sus recintos. Es necesario que se produzcan cambios en la sociedad general. Pereda & cols (2013) hablan de la desinstitucionalización como un paso más allá de la deshospitalización. Refieren que tiene que ver con retomar o dar inicio a algo del lazo social, reivindicando el principio de autonomía para la inclusión social. Lo que implica reflexionar sobre las prácticas y las condiciones reales y concretas del contexto nacional que la producen y la reproducen.

Olivera (1999) plantea que La Colifata es un proyecto político en tanto orienta acciones para la transformación de las instituciones de salud mental hacia una desmanicomialización y no a la deshospitalización. Señala (Olivera, 2008) que más que cerrar los hospitales, es necesario incentivar la formación de una red.

Nada de eso será viable si no se “construyen” posibilidades para el cambio social, acompañando con programas anti estigma, y la necesidad de repensar nuestro perfil profesional sin olvidar que no se trata solamente de un problema médico sino - además- social y comunitario. La desinstitucionalización más que en-cerrar debería hacer eje en-abrir, y en-hebrar para obrar mejor. (Olivera, 2008)

En esta línea podríamos extrapolar los comentarios que hace Moffatt (1997) respecto de la Peña a través de la que interviene en un psiquiátrico y llevarlos a un nivel macro social. Comenta que a través del encuentro: “*Los compañeros de adentro se curan*

del hospital degradatorio y también de sus perturbación psicológica y los compañeros de afuera se curan de su colonización ideológica” (Moffatt, 1997, p. 189)

En este sentido el taller de radio nos enfrenta a un cuestionamiento central de nuestro hacer en tanto terapeutas. Nos obliga a hacernos cargo de la colusión que establecemos con la sociedad en tanto no podemos seguir pensando en tratamientos para aliviar de la psicosis, sino que tenemos que preguntarnos por cómo construir una sociedad más inclusiva para estos sujetos.

V.- Bibliografía:

- Abufom, C. (2011). *Hospital para locos: espacio imaginario y simbólico. Estudio sobre las significaciones que tienen respecto del hospital, la enfermedad y el tratamiento un grupo de pacientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*. Tesis para optar al grado de: Magister en psicología clínica de adultos. Universidad de Chile
- Baremlitt, G. (1991) La concepción institucional de la transferencia. En *El Espacio Institucional* N° 1 (varios autores). Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Barnes, C. (2009) Un chiste "malo": ¿Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita? *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México, D.F.: Fondo de cultura económico.
- Basaglia, F. (1989) La Institucionalización psiquiátrica de la violencia. Razón, locura y sociedad. México: Siglo XXI editores
- Becker, P. (2011) ¿Quién tiene la palabra? Reflexiones en torno a las tareas del equipo en la asamblea de un hospital de día. Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago: Universidad de Chile
- Bion, W. R. (1989) Experiencias en grupo. Buenos Aires: Paidos
- Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidos
- Bleger, J. (1983) "El grupo como institución y el grupo en las instituciones" en *Temas de Psicología*. Nueva Visión. México, 1983
- Brogna, P. (2009) *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México, D.F.: Fondo de cultura económico.
- Chazaud, J. (1980) *Introducción a la terapia institucional*. Buenos Aires: Paidos.
- Cooper, D. (1967) *Psiquiatría y anti-psiquiatría*. Buenos Aires: Paidos

- Davoine, F. y Gaudilliere, J.M. (2010a) El acta de nacimiento de los fantasmas. Argentina: Ediciones Fundación Mannoni
- Davoine, F. y Gaudilliere, J.M. (2010b) Seminario Internacional: "Traumatismos: clínica psicoanalítica y lazo social". Seminario realizado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile
- Davoine, F. & Gaudilliere, J.M. (2011) Historia y trauma. La locura de las guerras. Buenos aires: FCE
- Enriquez, E. (1987) El trabajo de la muerte en las instituciones. En: Kâes, R., Bleger, J., Enriquez, E. y cols. *La institución y las Instituciones*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Ezriel, H. (1950) A Psychoanalytic Approach to Group Treatment. *British Jr. of Medical Psychology*, 23: 59-74
- Foladori (2008) La intervención institucional. Hacia una clínica de las instituciones. Santiago: Arcis
- Foladori, H. (2010) La asamblea general en comunidades terapéuticas. *Castalia: Revista de Psicología de la Academia*, Año XII, Nº 17, 15-26
- Foladori, H. (2012) La conducción de los equipos de salud: entre la autoridad y el autoritarismo. *Castalia: Revista de Psicología de la Academia*, Nº 22.
- Foucault, M. (1964). Historia de la locura en la época clásica. Tomo I y II. Editorial Fondo de cultura económica. México
- Freud, S. (1909) Análisis de una fobia de un niño de 5 años. En: *Obras Completas*, Vol: X. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1913). Tótem y tabú y otras obras. En: *Obras Completas*, Vol: XIII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1916) 23va conferencia: Los caminos de la formación del síntoma. En: Obras Completas, Vol: XVI. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. En: Obras Completas, Vol: XVIII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1925) La negación. En: Obras Completas, Vol: XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- Galende, E. (2008) Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Glasser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Goffman, E. (2009). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Grimson, R. (1983) La cura y la locura. Buenos Aires: Ed Búsqueda
- Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1961) Psicoterapia del grupo, su enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós
- Guattari, F. (1976) Psicoanálisis y transversalidad. México, D.F.: S.XXI
- Hinselwood, R. (2001) Thinking About Institutions. Milieux and Madness. London: Jessica Kingsley Publishers
- Hochmann, J. (1971) Hacia una psiquiatría comunitaria: tesis para una psiquiatría de los conjuntos. Buenos Aires: Ed. Amorrortu

Instituto Psiquiátrico (2013) Reseña Histórica. Sitio web :
http://www.psiquiatrico.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=3 Consultado el 15 de Noviembre de 2013

Jacques, E. (1965) Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva, en Nuevas direcciones en psicoanálisis (Klein y otros ed.). Buenos Aires: Paidós.

Jaspers, K. (1996) Psicopatología General. México: Fondo de cultura económico.

Jones, M. (1962) Psiquiatría social. Buenos Aires: Editorial Escuela

Käes, R. (1988). La violencia de estado y psicoanálisis. Editorial Lumen. Buenos Aires.

Kaës R. (1991). Lo negativo, figuras y modalidades. Buenos Aires: Amorrortu

Kaes, R. (2012) Las teorías Psicoanalíticas del grupo. Buenos Aires: Amorrortu

Kernberg, O. (1998) La evolución paranoica en las organizaciones, en Käes, El sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales, Paidós.

Lourau (1979) El Estado y el inconsciente: ensayo de sociología política. Barcelona: Editorial Kairós S.A.

Lourau, R. (2001) Los intelectuales y el poder. Montevideo: Nordan

Lourau, R (2007) El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu

Mendel, G. (1993) La sociedad no es una familia. Buenos Aires: Paidós

Moffatt, A. (1997) Socioterapia para sectores marginados. Buenos Aires: Lumen

Munizaga, C. (1987) Aportes etnográficos al estudio de organizaciones psiquiátricas. Revista Chilena de Antropología N° 6, 1987, 27-34

- Munizaga, C. & Soto, M. (1988) Grupos cuasifamiliares y amor en los internados psiquiátricos. Revista Chilena de Antropología N° 7, 1988. 61-73
- Olivera, A. (1999) Proyecto político, ético y estético. Consultado el día 1 de septiembre del 2014 en el sitio web: <http://www.vivalacolifata.org/>
- Olivera, A. (2003) Quién habla? LT 22 Radio La Colifata. Consultado el día 1 de septiembre del 2014 en el sitio web: <http://www.vivalacolifata.org/>
- Olivera, A (2005) La Colifata, radioterapia des-estigmatizante. Fundación FINTECO. Buenos Aires. Consultado el día 1 de septiembre del 2014 en el sitio web: <http://www.vivalacolifata.org/>
- Olivera, A. (2008) Estallidos de un "anuncio". Consultado el día 1 de septiembre del 2014 en el sitio web: <http://www.vivalacolifata.org/>
- Olivera, A. (2008b) La Colifata: Arte y Salud Mental. Consultado el día 1 de septiembre del 2014 en el sitio web: <http://www.vivalacolifata.org/>
- Olivera, A. (2009) ECDL. Consultado el día 1 de septiembre del 2014 en el sitio web: <http://www.vivalacolifata.org/>
- Oury, J. (1998) Libertad de circulación y espacio del decir. Entrevista realizada por Catherine Marty en Tours, 16 de mayo de 1998
- Oury, J. (2003) Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose, Cahiers de psychologie clinique, 2003/2 (n° 21)
- Pereda, V. & Sandoval, C. (2006) Clínica y Política. Experiencias clínicas. SEGUNDAS JORNADAS DE PSICOANÁLISIS EN LA UNIVERSIDAD DE CHILE: "Clínica y Política en la Realidad Chilena Actual". 2006 1 y 2 de Diciembre 2006, Universidad de Chile. Consultada el 15 de marzo de 2015 del sitio web: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/pdf/clinica_politica.pdf

- Pereda, V., Sandoval, C., Silva, G. (2013) Cuidados comunitarios y psicoterapia institucional. Texto elaborado para ponencia en Seminario de medicina Social, Universidad de Valparaíso, enero 2010.
- Pichon-Rivière, E. (2001) El Proceso Grupal, Del psicoanálisis a la psicología Social (I). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión
- Pulido, R. (2008). Los equipos de salud mental y sus factores terapéuticos. Revista psiquiatría y salud mental. XXV (1-2): 120-132.
- Rodrigué, E. (1965) Biografía de una comunidad terapéutica. Buenos Aires: Eudeba
- Rojas, H. (2011) Sectores: Fenomenología de la vida social de un grupo de pacientes internados en un sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago. Tesis de grado para optar al título de psicólogo. Santiago: Universidad de Chile
- Sanfuentes, M. (2015) Psicoterapia grupal de orientación analítica en pacientes esquizofrénicos. Texto no publicado.
- Schelmer y Pines, (1999) Group Psychotherapy of the Psychoses. London: Jessica Kingsley Publishers
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research. The art of case study research* (p. 175). California: Sage.
- Steil, W. (1987) Reflexión sobre la condición humana: los funerales de Manuel Hormazabal. (texto no publicado)