



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Las personas en situación de psicosis y sus tratamientos

Memoria para optar a título de Psicóloga

Nadia Sofía Muñoz Kunz

Profesor Guía: Pablo A. Rojas Líbano

Santiago de Chile

Enero, 2022

1. Agradecimientos.....	3
2. Resumen.....	4
3. Introducción.....	5
3.1 Relevancia.....	7
3.2 Pregunta de investigación.....	7
3.2.1 Objetivo general y objetivos específicos.....	7
3.3 Marco metodológico.....	8
4. Antecedentes.....	8
4.1 Exclusión histórica de la locura.....	8
4.1.1 El gran encierro y sus consecuencias para la insania.....	10
4.1.2 El tratamiento moral.....	12
4.1.3 La caída del tratamiento moral y el nuevo modelo médico...	15
4.2 Las instituciones totalitarias.....	17
4.2.1 El mundo interno de los internos.....	19
4.3 El totalitarismo y la banalización del mal.....	20
4.4 La mecánica perversa.....	23
5. Marco teórico.....	25
5.1 Conceptualizaciones de la Psicosis desde aproximaciones psiquiátricas clásicas.....	25
5.1.1 DSM-IV.....	25
5.1.1.1 Trastorno delirante.....	26
5.1.2 DSM 5.....	27
5.1.2.1 Trastorno delirante y sus criterios.....	28
5.1.3 CIE-10.....	29
5.1.4 MINSAL.....	30
5.2 Conceptualizaciones de la Psicosis desde diversas aproximaciones psicoanalíticas.....	31
5.2.1 Freud.....	31
5.2.2 Klein.....	33
5.2.3 Winnicott.....	35
5.2.4 Lacan.....	37
5.2.5 Davoine y Gaudillière.....	39
5.2.5.1 Objetivación.....	39
5.2.5.2 Memoria traumática.....	41
5.2.5.3 La alucinación como síntoma.....	42
5.2.5.4 El delirio como herramienta de investigación.....	43
5.3 Comunidad terapéutica.....	45

5.3.1 Situación histórica.....	46
5.3.2 Herramientas terapéuticas.....	47
5.4 Psicoterapia institucional.....	48
5.4.1 Situación histórica.....	48
5.4.2 Doble Alienación.....	51
5.4.3 El ambiente.....	52
5.4.4 Transferencia.....	53
5.4.5 Colectivo.....	55
5.4.6 El Club.....	56
5.5 Comunidad Terapéutica de Peñalolén.....	57
5.5.1 Historia.....	57
5.5.2 Herramientas terapéuticas.....	59
5.6 Acompañamiento terapéutico.....	65
5.6.1 Historia del AT.....	65
5.6.2 AT en la CTP.....	68
6. Discusión y Conclusión.....	70
7. Bibliografía.....	81

1. Agradecimientos

Quiero agradecer a la Comunidad Terapéutica de Peñalolén (CTP). En la institución se hace un trabajo importante y hermoso todos los días. Gracias a todas y todos los integrantes de la CTP por enseñarme tanto.

Gracias Profesor, no sé si alguien en esta vida me ha tenido tanta paciencia como usted. Gracias por tanto trabajo recorrido y sus preciadas palabras de aliento en cada etapa de este proceso.

Gracias a todas las personas que han estado cerca de alguna u otra manera y me han acompañado y ayudado de múltiples formas en este proceso.

2. Resumen

Este trabajo es una revisión bibliográfica que nace a partir de un año de práctica profesional en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén (CTP), Chile. La CTP trabaja con personas en situación de psicosis. El funcionamiento de la institución involucra conocimientos teóricos y prácticos de la Comunidad Terapéutica (CT), de Inglaterra, y la psicoterapia institucional (PI) de Francia. La teoría que se investiga en este trabajo involucra distintas teorías del psicoanálisis.

A partir de un acompañamiento terapéutico que involucra la CTP y una clínica psiquiátrica, nace el interés en esta investigación. Es por ello que también se investiga sobre los psiquiátricos, las instituciones totalitarias (IT) y la historia de la exclusión de la locura.

Palabras clave: CTP, persona en situación de psicosis, CT, PI, psiquiátricos, IT

1. Introducción

Esta memoria nace a partir de las vivencias y los aprendizajes de la práctica profesional que realicé entre los meses de marzo y diciembre del año 2016 en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén. Las personas que ingresan como usuaries¹ a dicha institución fueron previamente diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico severo y, generalmente, son derivadas desde la red de salud pública. La CTP es un programa comunitario de acompañamiento diurno con enfoque de rehabilitación social. El trabajo es guiado por un equipo interdisciplinario de psicólogas y terapeutas ocupacionales (Pereda, Sandoval, Silva, 2013).

El trabajo se sostiene desde la grupalidad y desde la especialidad de la institución en sí, que muchas veces hace más llevadera la vivencia en las actividades grupales cotidianas, las cuales pueden ser el desayuno, los talleres, la asamblea o el ambiente². La casa de la CTP es abierta, literalmente. Se intenta mantener la mayoría de las puertas abiertas y los espacios habitados de la mejor manera posible. La casa de la CTP tiene un patio delantero y un jardín atrás. Las plantas son abundantes y frondosas, y la casa medianamente grande, pero amigable en su presentación. Al ingresar, me pareció que el trabajo con personas en situación de psicosis era llevadero, y claro, a ratos un poco extraño. Pero, sobre todo, había naturalizado el tipo de trabajo que se hacía en aquella institución, por lo cual lo tomé como norma a nivel país para las personas en situación de psicosis.

Después de un par de meses de práctica, en un acompañamiento terapéutico específico, tome conciencia de que la realidad de la CTP no es generalizada. Hasta el día de hoy existen instituciones que trabajan con personas en situación de psicosis que no hacen ni llevadero ni amable el trabajo con la locura. Ni para las personas en situación de psicosis ni para el equipo que trabaja con ellas. Y es en este punto dónde nace mi interés de indagar en las distintas formas de trabajo con las personas en situación de psicosis.

El acompañamiento específico, antes mencionado, fue con Amanda. Ella casi pierde la posibilidad de participar en la CTP a causa de una decisión que fue tomada por la Clínica Psiquiátrica en la cual ella residía. A modo de castigo las salidas le fueron prohibidas. Esta decisión de la Clínica Psiquiátrica implicó, para el equipo de la CTP, activar una red de acompañamientos terapéuticos desde el mismo equipo hasta los practicantes.

¹ Se usa la palabra "usuario" ya que es el nombre que se le da a las personas que ingresan a la institución, pero en esta memoria se trabajará con la palabra "usuaria" ya que se intenta incluir a todas las personas, de cualquier género, con esta palabra y nomenclatura (Castillo & Mayo, 2019).

² Estos conceptos se caracterizan en el apartado 5.4.

En varias ocasiones me correspondió acompañar a Amanda, una persona que fue diagnosticada con Paranoia, desde y hacía la Clínica Psiquiátrica. Estando en dicha institución pude observar varias actitudes y tratamientos, por parte del personal de la misma, hacia los pacientes, que me parecieron contrarias al trabajo en la CTP. Además, me dio la impresión que el horizonte teórico de ambas instituciones era diverso, por no decir contrapuesto. La presentación arquitectónica me pareció impresionante, al igual que la distribución del espacio de la Clínica Psiquiátrica. Desde afuera se notaba que era una casa más bien colonial, un palacio con rejas. Una reliquia arquitectónica ominosa con aires de prisión.

¿Era esto que podía observar en la clínica psiquiátrica algo nuevo, algo fuera de lo común? Rápidamente me di cuenta que no. Fue por ello que nació la preocupación por la historia de la psicosis, que en estricto rigor es la historia de la locura. Su historia, vasta y larga, es también inseparable de la exclusión social y por ello me llevó inevitablemente a indagar sobre el castigo primordial relacionado con la locura: el encierro. El encierro y la psiquiatría están vinculados: la idea de apartar las personas en situación de psicosis, y la idea de hacer un lugar para encerrar las personas que estaban fuera de la norma de la sociedad, son correlativas. Y aquella institución, siglos después, culminó en los asilos y posteriormente en los psiquiátricos. En medio de esa transición, los doctores, que experimentaban con las personas en situación de psicosis, llamaban a aquellas personas de maneras realmente despectivas y por ende también fueron tratados y pensados tal como les llamaban: trastornados, psicóticos, etc. (DSM-IV, 1994; DSM-5, 2014, CIE-10, 1992).

En esta memoria se decidió que ni aquellas palabras de antaño ni las palabras más recientes (como “psicóticos”) tienen cabida en este trabajo. Así como el género se puede plasmar en las palabras y demostrar una predominancia del patriarcado, en nuestro diario vivir y nuestra forma de comunicación, también se puede plasmar el capacitismo en la forma como pensamos y nombramos a ciertas personas. Aunque no se indagará de manera más profunda en este tema, se sostiene que las personas que vivencian síntomas psicóticos no necesariamente los vivencian toda la vida ni todo el tiempo. Es por ello que se eligió la denominación de “personas en situación de psicosis” para referirnos a los sujetos principales de este trabajo. Empieza con persona porque son eso mismo, personas que son sujetos de derechos y, por ende, tienen el derecho a ser tratados como tales.

3.1 Relevancia

Investigar sobre el tratamiento de personas en situación de psicosis es un tema atemporal y siempre relevante ya que forman parte de una minoría creciente (Poblete, 2020), excluida y oprimida históricamente. Si existen formas más humanas de tratar con personas en situación de psicosis es pertinente investigarlas y contrastarlas con modelos tradicionales.

Por otro lado, estamos viviendo un momento histórico. Al comienzo de la pandemia, desde marzo del año 2020 hasta aproximadamente septiembre del mismo año, vivimos como país, pero también la mayoría de la población global, una especie de encierro temporal e impuesto por los gobiernos. Sabíamos que iba a tener un fin, pero no sabíamos cuándo. Y ese encierro, llamado cuarentena, tuvo un desgaste mental para la gran mayoría de las personas. Los niveles de estrés y de agresividad subieron (Salazar, Ganga, Mendoza, Muñoz & Jara, 2021), para nombrar algunos factores psicológicos. También implicó ser privados de ciertos derechos básicos, al igual que la comunidad de las personas en situación de locura que han experimentados esta realidad durante siglos. Es ahora mucho más posible para la mayoría de las personas empatizar con el dolor que puede conllevar un encierro no deseado.

3.2 Pregunta de investigación

Para poder contextualizar las problemáticas del tema es necesario elaborar las diferentes formas de tratar a las personas en situación de psicosis:

Pregunta de investigación:

¿Cuáles serían las principales diferencias en la forma que abordan su trabajo las instituciones psiquiátricas totalitarias en comparación con las comunidades terapéuticas?

3.2.1 Objetivos de Investigación

Objetivo general:

Caracterizar las diferentes formas de abordar el trabajo de las instituciones psiquiátricas totalitarias como de las comunidades terapéuticas.

Objetivos específicos:

Describir las concepciones históricas de la psicosis y su relación con las instituciones totalitarias (IT)

Caracterizar la concepción de la psicosis desde tradiciones psicoanalíticas
Describir las principales herramientas terapéuticas de las comunidades terapéuticas
Describir la función y el rol del acompañante terapéutico en el contexto de la PI
Comparar las principales herramientas terapéuticas de las instituciones terapéuticas y las instituciones totalitarias

3.3 Marco Metodológico

Este trabajo, como antes se ha mencionado, fue inspirado por un acompañamiento terapéutico en el contexto de mi práctica profesional. En el transcurso de la investigación se notó la necesidad de la autora de comprender lo vivenciado desde lo teórico para poder comprender y elaborar de mejor manera. Es por ello que la memoria navegó orgánicamente en la dirección hacia una **revisión bibliográfica**.

“La cuestión es que una revisión bibliográfica se compone de, entre otras cosas, dos elementos fundamentales: los documentos elegidos para tal revisión (generalmente, artículos científicos) y el resultado de la agregación/interpretación de los mismos. Por tanto, una revisión bibliográfica equivale a una investigación en la cual los documentos seleccionados son los datos primarios y su agregación/interpretación el método de análisis” (Codina, 2018, p.5).

4. Antecedentes

Como antes mencionado, la historia de la locura es una parte importante para poder entender el devenir de los distintos tratamientos de la misma. Es por ello que empezaremos por los orígenes de su exclusión social.

4.1 Exclusión histórica de la locura

En los siguientes apartados me referiré a las personas en situación de psicosis de manera general como locura, insania o personas en situación de locura. Ello sin el interés de usar los términos de manera perjudicial sino, más bien, tal y como se han usado a lo largo de la historia.

Se pueden encontrar rastros de la locura desde la edad antigua, en las sociedades primitivas y las civilizaciones tempranas. Mientras los primeros se guiaban por la magia, en las civilizaciones tempranas eran los dioses los que regían. Los paradigmas de pensar el

ser humano y el mundo influenciaron también la concepción de la locura. Las sociedades primitivas relacionaban el origen de la locura con una variedad de causas entre ellas la violación de las normas de la tribu o la pérdida del alma. En esos casos la figura “terapéutica” era el mago, quien se hacía cargo de un ritual que involucraba bailes, brujería, purificación y sacrificios (González de Chávez, 2009)³.

En las civilizaciones tempranas la locura se relacionaba con el pecado o la posesión demoníaca, sus tratamientos eran concebidos como castigo, entre ellos, el más clásico: el encarcelamiento (González de Chávez, 2009). En Grecia también tenían una explicación filosófica de ella. La locura se entendía como “la victoria de pasiones exageradas sobre la razón y por ello un error de juicio que llevaba a comportamientos desorganizados” (González de Chávez, 2009, p 12). Esta concepción dio pie a la teoría hipocrática de la locura que relaciona los cambios drásticos de humores con exceso de bilis, es decir, relaciona factores psíquicos directamente con factores físicos (González de Chávez, 2009).

La locura se puede entender entonces como una expresión humana que, desde tiempos remotos, ha sido documentada. Por un lado, influye el paradigma de creencias que rige en cada época y, por otro, como consecuencia, las posibles formas de tratarla. Pero también existe una tercera influencia: la concepción desde el sentido común. Las actitudes populares hacia la locura fueron fuertemente influenciadas por las nociones anteriores de origen mágico-religiosas y de miedos arcaicos. Por ejemplo, que el diablo puede ser contagiado o transferido. Por ello, a los “endemoniados” la gente común a menudo les escupía o los ignoraba (González de Chávez, 2009).

Así, las concepciones mágicas y no-mágicas de la locura han existido durante varios milenios, pero su visión de ellas y sobre todo su tratamiento a ratos se podían sobrelapar con la locura misma:

“Las fronteras de la demonología y la brujería con la locura eran difíciles de distinguir, pero sería muy simplista reducirles a desórdenes mentales ya que son el producto de una historia convulsiva de cosmogonías teológicas e instituciones eclesíásticas para el control religioso y el poder social” (González de Chávez, 2009, p.16).

Esto implica que la visión de la locura y su tratamiento eran parte del dominio social de la religión o del paradigma vigente de cada época. De manera general se puede hablar de una concepción bastante negativa de la locura. Pero también hubo momentos de tolerancia

³ Traducción propia.

hacia la insania. Antes del siglo XV hubo una época en la cual la locura fue socialmente vista como la experiencia humana más pura (Amarrante, 2006). Pero, con la llegada del siglo XVI hubo un cambio en las dinámicas de poder que impactó fuertemente la concepción de la locura.

4.1.1 El gran encierro y sus consecuencias para la insania

“El gran encierro no es correlativo del hospital moderno medicalizado y gobernado por el médico. Las condiciones de emergencia de saber e institución médica se relacionan a las condiciones económicas, políticas sociales que la modernidad inaugura. El trabajo como moneda simbólica resignifica la pobreza: la retira del campo místico donde es valorizada y la inaugura como negatividad, desorden moral y obstáculo al nuevo orden social” (Amarante, 2006, p.20).

Durante esta transición de poder no se excluye meramente la locura de la sociedad, sino también todos los pobres y marginados de Francia que caen bajo el primer gran encierro en 1656 (Sotelo, 2012). Posterior al auge del comercio se empiezan a construir hospitales e instituciones para las personas en situación de locura a través de toda Europa. Estos nuevos hospitales privados e instituciones para la locura se utilizaban para encerrar, encadenar y observar a la insania (González de Chávez, 2009).

En 1684 el médico Thomas Willis escribió el primer libro “científico” sobre la locura. La concepción en ese entonces era que las personas en situación de locura perdieron la razón y por consecuencia habían decaído a un estado salvaje. También concluye que si se quiere curar la locura, las personas en aquella situación le deben temer a sus médicos y verlos como sus torturadores (Whitaker, 2002)⁴.

Es así como se inicia la era de la deliberada tortura y opresión de la locura. Comprendidos como animales, la locura tenía que ser dominada y quebrantada (Whitaker, 2002). Hasta el comienzo de la Ilustración la insania fue condenada a la encarcelación en celdas pequeñas y sucias (siendo la suciedad en parte de las propias heces). Aquel trato fue acompañado por castigos, torturas físicas y psicológicas diarias. Esta forma de tratamiento fue aceptada y promovida por muchos años. Estos tratamientos brutales fueron los predecesores de los tratamientos del siglo XX, como el cardiazol y la terapia de malaria, comas insulínicos, electroshock y psicocirugía (González de Chávez, 2009).

⁴ Traducción propia.

Esto se puede interpretar como el nacimiento de un nuevo paradigma, una nueva concepción de la locura, cuyo tratamiento pasa por una variedad de terapias realmente espeluznantes (Whitaker, 2002). Desde ahí se instala la idea, predominante en el sentido común hasta el día de hoy, de que la sociedad tiene que ser protegida de la locura, y surge la noción del hospital como símil de la cárcel. Resulta interesante notar que la animalización de la locura y su correlativa encarcelación, posibilita su exhibición al público, análoga a las visitas al zoológico (Whitaker, 2002).

La tortura constante, en las instituciones manicomiales, hacia las personas en situación de locura, fue justificada porque se esperaba que el paciente rompiera la cadena de asociación y así erradicara la causa de la enfermedad. Aunque la mayoría de los tratamientos eran muy dolorosos y crueles, entre los médicos había una advertencia que implicaba que sus sentimientos no los debían alejar de sus deberes (Whitaker, 2002).

Alrededor de 1765, la primera escuela de médicos de EEUU fue fundada y en 1790 se constituyeron las primeras sociedades médicas. Eso implicó que la medicina finalmente fue aceptada como disciplina científica. El trabajo de los médicos estaba relacionado con la teorización de las enfermedades y el desarrollo y la aplicación de los tratamientos correspondientes (Whitaker, 2002).

En 1765 el doctor Rush de la Universidad de Filadelfia, quien formaba parte de la primera facultad de medicina, teorizó que la locura era causada por un funcionamiento patológico en los vasos sanguíneos del cerebro. Le atribuyó causas físicas y psicológicas a la circulación anormal de la sangre. Concluyó que, para sanar este desequilibrio sanguíneo, se tenía que desangrar a los pacientes. En base a esas ideas, llegó al extremo de aplicar este “tratamiento” 47 veces a un solo paciente, extrayéndole aproximadamente 15 litros de sangre durante la totalidad de las sesiones. A causa de este tipo de tratamientos, pero también a la forma en la que albergaban a las personas en situación de locura, se concluye que la mitad de las personas que fueron admitidas, por ejemplo, en el asilo para hombres Bicêtre, murieron en menos de un año a causa de frío, inanición, enfermedades...o “tratamientos” (Whitaker 2002).

Por el otro lado, también había una variable de clase social que diferenciaba el cuidado de la locura. A partir de la primera mitad del siglo XVIII el tratamiento de la locura de la clase burguesa y la clase obrera eran muy diferentes. Mientras las personas adineradas podían pagar visitas domiciliarias o instituciones privadas, la clase obrera tenía que vivir en prisiones o hospitales generales. Fue recién la era de la industrialización que creó nuevas

demandas y permitió la masificación de la atención médica. Desde la mitad del siglo XVIII empezaron construcciones a mayor escala de hospitales generales y especializados en muchas ciudades de Europa. Es aquí donde se debería situar el primer paso hacia el asilo psiquiátrico (González de Chávez, 2009).

Es interesante comentar que al comienzo del siglo XVII no se había podido llegar a un consenso entre la comunidad médica sobre los tratamientos y su posibilidad de curar la locura. Según Whitaker (2002) esta opinión fue cambiando gradualmente cuando se vislumbró una oportunidad de negocio en la naciente industria del manicomio. Gracias a un hecho, en particular, en el cual un rey fue expuesto a los crueles tratamientos, y supuestamente curado, los médicos tuvieron un mensaje de marketing muy potente: la insania era curable (Whitaker, 2002).

Esta apertura de comercio de los manicomios abrió la posibilidad para las personas con recursos de deshacerse de sus familiares lunáticos, pero también para los familiares no deseados que no necesariamente mostraban cuadros de locura. Esto implicaba que los médicos que podían atestiguar enfermedades y/o eran dueños de manicomios ganaban particularmente bien (Whitaker, 2002).

Volveremos a ese punto más adelante, por mientras seguiremos con el recorrido de la historia de la insania, de la cual es parte el crecimiento constante de la cantidad de los manicomios. Con los años se crearon cambios de acceso a ellos gracias a las demandas sociales de la industrialización, que además empezaron a crear cambios en el tratamiento y por consiguiente en la concepción de la locura. Una influencia importante se le otorga a la revolución francesa y su énfasis en el lema de la humanidad, fraternidad e igualdad (Whitaker, 2002).

4.1.2 El tratamiento moral

El cambio fue acompañado por la llegada de un médico francés llamado Philippe Pinel quien fue designado por el gobierno revolucionario primeramente a un asilo en París. En éste trabajó junto a Jean Baptiste Pussin, un superintendente laico, quien ya había empezado a tratar a las personas con locura de mejor manera. Su acto humanitario fue que aumentó la ración de comida y redujo el encadenamiento. Pinel pudo observar y comprender que este tipo de tratos ayudaban a mejorar la conducta de las personas con locura (Whitaker, 2002).

Paralelamente a ello, William Tuke en Inglaterra se dio cuenta que la locura no necesitaba

ser tratada con restricciones, limitaciones ni castigos. Pinel también visitó asilos en Inglaterra como “The Retreat at York” en el cual Tuke trabajaba y reconoció el valor y la importancia de esta nueva forma de tratar a la locura. Este proceso histórico fue acompañado por la erradicación de las cadenas en las prisiones al igual que en los asilos para las personas con locura (González de Chávez, 2009).

Posteriormente se pudo llegar a la conclusión que “la restricción mecánica de la libertad de la locura era la consecuencia de la relación que se creó con ella, al igual que las actitudes en contra de ella” (González de Chávez, 2009, pp.18-19). Renunciar a las cadenas ayudó a mejorar el trato entre los seres humanos en el asilo. Esta mejoría fue acompañada por una comunicación más humana y mayor interés en comprender las dificultades de las personas (González de Chávez, 2009).

González de Chávez (2009) afirma que este momento histórico hizo famoso principalmente a una persona: el médico Pinel. Su figura histórica es conocida por *romper las cadenas de los locos* y liberarlos de sus cárceles. Lo novedoso que plantea es que “el proceso histórico fue descontextualizado y así reducido a la acción de un solo hombre” (González de Chávez, 2009, p.18). Que un hombre se adjudica o le es adjudicado el nacimiento de una nueva corriente se puede observar a lo largo de la historia, pero que sea interpretado como “el momento fundador de la psiquiatría creando así un mito de su origen” (González de Chávez, 2009, p.18) es más preocupante.

Aunque Pinel no se interprete como el fundador del tratamiento moral, sus reflexiones son interesantes para este trabajo. En sus escritos razona sobre las formas previas de contención y castigo físico de la locura, lo cual lo lleva a titularlo como lesivo y afirma que esos métodos nacen a partir de prejuicios e ignorancia. Su recapitulación llega a tal punto que cuestiona la sanidad de algunos médicos, por su decisión de derramar la sangre de las personas en situación de locura (Whitaker, 2002). Por lo mismo, la violencia y tortura hacia la locura se quería dejar en el pasado. El movimiento avanzó prontamente en dirección a un horizonte más humanitario, una nueva moral enfocada en razonar con los pacientes y persuadirlos, enseñarles a controlar las emociones (González de Chávez, 2009).

Este nuevo tratamiento fue llamado “tratamiento moral”, y se puede entender como uno de los primeros tratamientos psíquicos que está enfocado en curar la locura desde la amabilidad y en un ambiente acogedor. Una de las reflexiones claves de Pinel implicaba que si la cura es posible desde la amabilidad entonces lo más probable era que la locura no se originara desde una lesión cerebral sino más bien de los golpes de la vida, como

frustraciones en el amor, el negocio o los mismos golpes de la pobreza (Whitaker, 2002). Esta reflexión es interesante ya que se puede traducir como una interpretación social de la locura.

Aunque las conclusiones de Pinel fueron llamativas, sus críticas fueron meramente centradas en el cómo la locura fue tratada por médicos y la sociedad misma. Es una crítica válida y necesaria, pero tiene sus limitaciones, ya que no se cuestiona si las personas en situación de locura tienen que estar bajo el “cuidado” de médicos (Whitaker, 2002). Por otro lado, Pinel tampoco cuestiona si la locura debería estar separada de la sociedad y encerrada en una institución. De hecho todo lo contrario. Una de las consecuencias del tratamiento moral fue que se creó la excusa perfecta para seguir construyendo instituciones y encerrar a la insania (González de Chávez, 2009).

Desde un punto de vista académico las concepciones anteriores, como la relación entre locura y desorden circulatorio por ejemplo, no fueron desechadas fácilmente. Admitir que la teorización de la locura de un nombrado doctor, o varios, podría haber sido errónea no era algo admisible. Se aceptó que las causas físicas de la insania habían cambiado y a causa de ello el tratamiento moral podía funcionar. También se optó por incluir a los cambios culturales y sociales como parte del cambio físico del origen de la cultura (Whitaker, 2002). Aquí es interesante observar cómo la teoría puede llegar a ser versátil para resguardar la posición de poder/saber de los médicos.

Alrededor de 1796 en Inglaterra, un grupo religioso llamado Quakers creó su propio refugio para la insania, ello a causa de la muerte de una de sus integrantes en un asilo estatal. Su protesta silenciosa implicaba que los pacientes fueran tratados con amabilidad, como sujetos de razón y bajo las premisas religiosas de los Quakers, aplicando su propia forma de tratamiento moral. La premisa era mantener su tratamiento alejado de los médicos, ya que los veían con desconfianza (Whitaker, 2002).

A partir de 1818 los Quakers empezaron a construir sus primeros asilos de tratamiento moral en EEUU. Estos asilos eran financiados de manera privada y eran más bien para familias acomodadas. Los números de los “recuperados” fluctuaban aproximadamente entre 50% a 60%. Los resultados positivos fueron lo que claramente puso en peligro el rol de autoridad de los médicos en los asilos (Whitaker, 2002).

"Con el crecimiento del tratamiento moral en 1810, los médicos se vieron presentados con una clara amenaza. Fue evidente que la era de la construcción de edificios de

asilos se estaba encaminando, y aún así, mientras la respuesta social fue organizada, los médicos perdieron relevancia. Los Quakers en Philadelphia construyeron un asilo, al igual que grupos cívicos en Boston y Nueva York, y otros grupos en otras ciudades pretendían hacer lo mismo - sin embargo, ¿cuál era el rol de los médicos en estos cuidados de asilo? En el mejor de los casos secundario" (Whitaker, 2002, p.28).

Ante esta clara amenaza a su autoridad la Sociedad Médica de Connecticut negoció con el estado y grupos cívicos para financiar la construcción de un asilo estatal. Tomaron sus esfuerzos organizacionales como posibilidad de presionar para poder asegurar una cláusula de gobierno que asegure que el asilo sea dirigido por un médico. Mediante un discurso de eficacia de la medicina se invalidó el trabajo de los Quakers y por lo tanto no se podía comparar con las instituciones que aplicaban la medicina de manera más libre (Whitaker, 2002).

Al empezar la construcción de asilos públicos en otros estados de EEUU, se aceptó el argumento implementado por la sociedad de médicos y fueron doctores que tenían asegurada la posición del director de los asilos. Durante este proceso la medicina asilar se fortaleció como especialidad. Acompañado por ese evento se creó en 1844 la Asociación de médicos directores de instituciones americanas de los locos (AMSAll), para promover sus propios intereses. Para fortalecer su posición de poder tomaron como primera medida que, en todos los asilos, la posición de un director debe ser ocupada por un médico. Ese mismo año la AMSAll aceptó nuevamente el uso de restricciones físicas, explicando que privar por completo a la insania de ello no era en su propio interés (Whitaker, 2002).

Aparte de consolidar su posición de poder se tenía que justificar y ajustar la teoría a la presencia de los médicos en los asilos. El tratamiento moral reflejaba una concepción no-orgánica de la locura por lo tanto no requería necesariamente de los saberes médicos. Aunque circulaban varias teorías se llegó al consenso de que los "desórdenes mentales resultaban de nervios irritados o inservibles" (Whitaker, 2002, p.29).

4.1.3 La caída del tratamiento moral y el nuevo modelo médico

En los años 1840 y 1850 el tratamiento moral seguía siendo un tratamiento legítimo y muy importante. Una reformista llamada Dorothea Dix apeló al impulso humanitario del mismo y los beneficios del tratamiento moral. Y la respuesta estatal fue una ola de construcción de asilos. Por desgracia, la argumentación de AMSAll, de que los asilos deberían refugiar un máximo de 250 personas, trágicamente colaboró a la ruina del tratamiento moral. La terapia

estaba diseñada para instituciones pequeñas para que la atmósfera fuese hogareña. Lo anterior no representaba las posibilidades de los estados ni los intereses políticos (Whitaker, 2002).

Había asilos que albergaban entre 500 y 1000 personas. En instituciones tan sobrepobladas no era posible entregarle el cuidado vital que se consideraba necesario para sanar la insania (Whitaker, 2002). Es por ello que en el siglo XIX se empezó con el mayor de los optimismos y, como contraste, se terminó el siglo con un pesimismo desesperado en relación a la psiquiatría asilar. La realidad demostró que el tratamiento de personas con insania era más que secundario en relación a otros intereses “más urgentes” y que las autoridades responsables regateaban en relación al financiamiento. Ello conllevaba que se priorizaran las funciones custodiales (González de Chávez, 2009). Esta mutación de las prioridades fue causada y acompañada por un cambio paradigmático, como muestra la siguiente cita:

“La burguesía abandonó los principios e ideas abstractas de la Ilustración y adoptó una posición defensiva respecto de las contradicciones y desigualdades del capitalismo y los ataques revolucionarios del proletariado. En el mundo occidental se aceptó el positivismo y ciertos aspectos del evolucionismo que justificaban la supremacía del más competente en la inevitable pelea de la vida. Usaron el poder gubernamental para encaminar todo tipo de desviados e indefensos a los asilos, que carecían de personal, recursos materiales y eran precarios, sobrepoblados e inoperantes” (González de Chávez, 2009, pp.19-20).

Motivado por impulsar la economicidad, el capitalismo industrial favoreció descubrimientos científicos de la medicina positivista y técnicas innovadoras de los laboratorios y la microscopía. Especialmente importantes fueron los avances en la higiene y bacteriología. La medicina psiquiátrica no quería quedarse atrás en esta competencia, por lo que el tratamiento humano terminó siendo la última prioridad para la disciplina psiquiátrica. Ahora la importancia estaba ligada a defender la unicidad de los fenómenos mentales y somáticos, lo cual conllevaba más preocupados en descubrimientos científicos con el microscopio y la idea de que las enfermedades mentales meramente existían en el cerebro, que con el bienestar de sus propios pacientes (González de Chávez, 2009).

Es aquí donde se puede identificar un dilema ético. Por un lado la disciplina de la psiquiatría se adaptó al conocimiento imperante y se centró en el modelo biológico, describiendo y observando los disturbios nerviosos. Eligiendo ese modelo, la disciplina se adjudica

objetividad y neutralidad. Por otro lado, en la segunda mitad del siglo XIX, “la psiquiatría, como otros saberes del campo social, pasa a ser un imperativo de ordenación de los sujetos” (Amarante, 2006, p.23). Aunque el conocimiento del modelo médico se quiere evidenciar como un saber objetivo, atribuyéndole un sentido de neutralidad; es posible identificar cierta intencionalidad detrás de él. Ello puede ser clarificado con la siguiente cita:

“El análisis histórico de este proceso y la identificación de sus efectos permiten percibir como las pretendidas neutralidad y objetividad de los juegos de verdades de la ciencia buscan encubrir valores y poderes en el escenario cotidiano de los actores sociales” (Amarante, 2006, p.23).

En este punto la autora quiere mencionar que la crítica no va dirigida a toda la comunidad médica. Los avances de la medicina moderna de los últimos siglos son innegables. La crítica va direccionada en particular a la afirmación de la supuesta neutralidad y objetividad; y en general a la disciplina psiquiátrica que se ha desarrollado y establecido a la base de la explotación y el abuso de las personas en situación de locura. La disciplina ejerció experimentaciones sobre seres humanos, sin consentimiento, y les proporcionó tratos indignos a lo largo del tiempo, argumentando que por su situación mental son igualables a animales. Según la opinión de la autora su posición de poder la han podido crear y establecer a costa de una comunidad que fue excluida y oprimida por ellos mismos. Como punta del iceberg han abusado de su posición de poder para sacar ganancias monetarias de la miseria que ellos mismos crearon “para” la insania.

A lo largo de la historia de la locura se han creado varios mecanismos de exclusión y de opresión. Como antes se ha mencionado, uno de los más clásicos es el encierro. En hospitales y manicomios la locura es excluida hasta el día de hoy. El siguiente apartado tratará de ello.

4.2 Las instituciones totalitarias

El autor de “Internados”, Erving Goffman (1961), comienza con la premisa de que todas las instituciones tienen tendencias absorbentes, ya que cautivan el tiempo y el interés de sus miembros. Por otro lado, describe instituciones que, aparte de ser absorbentes, tienen tendencias totalizadoras. Es decir, que obstaculizan la interacción social con el exterior de manera simbólica y/o material. A aquellas instituciones las nombra *instituciones totalitarias* (Goffman, 1961).

Las instituciones totalitarias (de ahora en adelante IT) se pueden separar en cinco grupos.

En relación a este trabajo de investigación interesa el segundo grupo, creado para “cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad” (Goffman, 1961, p.19). De este grupo son parte los hospitales psiquiátricos en los cuales nos centraremos en este apartado.

La mayoría de las IT tienen como base tres características. La primera implica que las personas están obligadas a desenvolverse en el mismo lugar, bajo las mismas figuras de poder. La segunda implica que los internos están obligados a hacer todas las actividades en conjunto con las personas que viven allí (en nuestro caso, el hospital o el asilo). La tercera involucra la autonomía en la elección de las actividades ya que son obligatorias y los tiempos están prefijados. Por sí mismas no son características únicas de las IT, pero conlleva varias consecuencias claves (Goffman, 1961).

Lo anterior implica que se tienen que manejar muchas necesidades humanas, lo que se hace mediante una organización burocrática de masas que es indivisible a causa de las necesidades de la institución (Goffman, 1961). Ello históricamente ha sido posible por la división jerárquica en dos grupos. Hoy en día aquellos grupos se diferencian por un lado por los internos, que son mayoría y sin la posibilidad inmediata de salir de la institución. Por el otro lado está el personal supervisor, que es un grupo pequeño y que se reintegra al mundo interior después de terminar su jornada laboral.

El personal supervisor está a cargo de los internos y controlan que hagan lo que se les exige. Es decir, sus tareas implican vigilar y en el caso de no cumplimiento, castigar. Por ello entre los dos grupos se forman prejuicios contrarios, que ayudan a mantener la dinámica de opresor y oprimido (Goffman, 1961). Ello se visibiliza mediante la siguiente cita:

“(...) el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza; los internos suelen considerar al personal petulante, despótico y mezquino. El personal tiende a sentirse superior y justo; los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables” (Goffman, 1961, p.21).

Para mayor imposibilidad de identificación entre ambos grupos se restringe el contacto, comunicación e información. Por ejemplo, si los internos quieren acceder a la figura que está en la mayor posición de poder, el médico, el personal supervisor tiene que actuar como mediador. En el caso de que el médico lo estime necesario, el personal restringe esa comunicación, ese deseo de acceso. Esto, a la vez, facilita la restricción de la información en relación al tratamiento de los pacientes. Son mecanismos como éste los que

promocionan la exclusión, el distanciamiento entre ambos grupos y el dominio de los guardias sobre los internos (Goffman, 1961).

4.2.1 El mundo interno de los internos

“La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí su particular interés sociológico. Hay también otras razones para interesarse en estos establecimientos. En nuestra sociedad, son los internados donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo” (Goffman, 1961, p.25).

Sobre esta fascinación de “qué se le puede hacer al yo” se seguirá investigando, ya que de particular interés es el mundo interior de los internos. ¿Qué implica esta exclusión y opresión para los internos? Según Goffman (1961) se pueden distinguir tres operaciones principales: la “desculturación”, la “mutilación del yo” y la “muerte civil”.

Primero conceptualiza la “desculturación”, entendida como una incapacitación temporal “para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior”, si es que vuelven a él. Esta brecha facilita una tensión entre el mundo habitual del interno y el nuevo mundo institucional. Ésta herramienta es usada de manera estratégica para manejar a las personas en el asilo (Goffman, 1961).

La segunda operación también empieza por la barrera del exterior y el interior de la institución, ya que con ésta se inicia la “mutilación del yo”. Ésta asegura que la autoconcepción del interno, relacionada con factores sociales forjados en el exterior, le sea completamente hurtada al ingresar a la IT. A causa de ello empieza “una serie de depresión, degradación, humillación y profanación del yo” (Goffman, 1961, p.27). Por consiguiente el proceso de la *mutilación del yo* lleva consigo el despojo del rol. En la vida exterior las personas pueden haber tenido varios roles a lo largo del día y su vida. Según Goffman (1961, p.27) esta variedad de roles “asegura que ningún rol que realice bloqueará su desempeño y se ligará con otro”. Pero en las instituciones totales en general, y en los hospitales psiquiátricos en particular, se asegura un corte abismal de los roles previos. Asimismo la barrera del mundo exterior, la restricción a visitas y salidas, y la imposición jerárquica de ser parte del grupo oprimido, son lo que le adhieren un estatus inferior a los internos (Goffman, 1961).

Finalmente, el autor presenta un concepto jurídico que conlleva consecuencias inmediatas, a largo plazo y permanentes. Se refiere a la “muerte civil” que experimentan los internos al

momento de ingresar a las ITs y puede perdurar posteriormente de la salida de la institución (Goffman, 1961). Incluso la muerte civil es descrita como una pérdida dolorosa de ciertos roles que ya no se pueden ejercer a causa de la separación con el mundo exterior y el mismo proceso de admisión a la IT. Por consecuencia este último conlleva una amplia gama de mortificaciones y pérdidas. El proceso de admisión es descrito como un proceso de preparación y programación:

“(…) ya que al someterse a todos esos manoseos el recién llegado permite que lo moldeen y lo clasifiquen como un objeto que puede introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento, para transformarlo paulatinamente, mediante operaciones de rutina” (Goffman, 1961, pp.28-29).

Es cuestionable el término “permiten”. En el caso de las instituciones psiquiátricas no es necesario el consentimiento de las personas que son admitidas, al ingresar. Lo que no es cuestionable es el sentido central de la cita: la objetivización y la modelación de un ser humano. Es aquí donde las palabras de Amarante (2006) cobran especial sentido. En el apartado anterior se usó una cita suya para referirse al saber psiquiátrico como un “imperativo de ordenación de los sujetos”. La institución psiquiátrica, entendida como IT, ejecuta ese imperativo, sobre todo, mediante las tres operaciones de opresión que se emplean. La promesa de cura aquí no encuentra validez. Es un mero moldeamiento de personas para un fin institucional que está íntimamente ligado a las necesidades de la sociedad de normalizar y subordinar a las personas.

4.3 El totalitarismo y la banalización del mal

Habiendo expuesto la problemática principal de las instituciones totalitarias, es necesario aclarar la concepción de la banalización del mal. Ello para profundizar el problema de un sistema totalitario y la plena aceptación del mismo, sobre todo para y con personas en situación de locura.

La filósofa Hannah Arendt describe el totalitarismo a partir del crudo ejemplo de los campos de concentración y exterminio en el tiempo del nazismo. Ella denomina el funcionamiento de esos lugares como el mal radical. ¿Qué entiende bajo esta concepción? Primeramente aclara que el mal radical no busca meramente la muerte de sus víctimas sino más bien su “previa aniquilación de la singularidad propia de los seres humanos y la posterior desaparición de todas las huellas del recorrido de su existencia” (Di Pego, 2007, p.4).

Por un lado tiene como objetivo suprimir la unicidad de los seres humanos y sus derechos fundamentales, para finalizar con su existencia individual y social y así imposibilitar recuerdo alguno. Por otro lado, el terror y la tortura de los campos de concentración posibilitaron la previsibilidad, al eliminar la espontaneidad de las personas y minimizar la singularidad del ser humano a un mero ente que reacciona a estímulos. Esta dominación total tiene como consecuencia la superfluidad de los seres humanos. Según Arendt la radicalidad de este mal no es posible de concebir ni de perdonar y tampoco es posible castigarlo proporcionalmente (Di Pego, 2007).

Finalmente la autora se pregunta, ¿cómo es posible la propagación de este mal? Para contestar esta pregunta analiza el caso de Adolf Eichmann, quien fue juzgado en Jerusalén por genocidio al pueblo judío. Mediante esta reflexión llega a la expresión de la banalización del mal, que para ella es un fenómeno fáctico de los actos criminales (Arendt, 1995).

El núcleo de esta expresión está centrado en los actos de hombres “terriblemente normales”, es decir, para ejercer actos criminales a gran escala no hay que ser un asesino, ni padecer de alguna patología, ni tener motivos malvados. “Esto constituye el núcleo de la tesis de la banalidad del mal, a saber, la desvinculación entre la intencionalidad o la motivación maligna para la comisión de delitos de un mal inconcebible” (Di Pego, 2007, p.7). De hecho Arendt describe a Eichmann como “preocupado por su vida privada, y absolutamente incapaz de pensar por sí mismo, de ponerse en el lugar de los demás y de juzgar a partir de criterios propios” (Di Pego, 2007, p.10).

Se puede entonces deducir que la banalización del mal ayuda a masificar el mal radical. Esta expresión ayuda a comprender la normalización de actos criminales bajo regímenes totalitarios. Aquello implica una conclusión temible: “estas matanzas masivas no son viables sin la participación de hombres normales que, bajo determinadas circunstancias, estén dispuestos a todo. Lo realmente temible del totalitarismo es, precisamente, que se basa por completo en la normalidad de los hombres” (Di Pego, 2007, p.10).

Y, ¿cómo es posible la desvinculación entre la intencionalidad y el delito mismo? Para esta respuesta Arendt se basa en lo público y lo privado, cuya separación no hace meramente una crítica al totalitarismo sino también a la modernidad en sí misma:

“(…) porque la modernidad ha traído consigo una de las condiciones que lo hacen posible: la total despreocupación de los hombres comunes y corrientes por los asuntos públicos para recluirse en la vida privada de sus familias. El totalitarismo, entonces, en

lugar de haber sido posible debido a la politización de la sociedad, ha sido posible por la despolitización y la reclusión de las personas en el ámbito privado. Y esta amenaza, no se cierra con la derrota del nazismo porque “lo que hemos llamado el ‘burgués’ es el hombre-masa contemporáneo, no en los momentos exaltados de entusiasmo colectivo sino en la seguridad (hoy habría que decir ‘inseguridad’) de su propio dominio privado. Él ha llevado tan lejos la dicotomía entre funciones privadas y públicas, entre la familia y la profesión, que en su propia persona ya no acierta a encontrar ninguna conexión entre ambas” (Di Pego, 2007, p.12).

Así la desconexión entre lo privado y lo público creó la posibilidad de que personas normales accedan a trabajar como asesinos, sin sentir culpa alguna. Pues estas matanzas fueron posibilitadas por un *aparato estatal asesino*, como lo fue el nazismo, que facilitó crímenes de lesa humanidad de carácter despersonalizados y mecánicos (Di Pego, 2007). Por lo tanto, se aclara cómo el totalitarismo pudo ayudar a esta desconexión entre la acción y la responsabilidad. Pero para entender cómo se facilitó el totalitarismo es necesario entender a qué se refiere la autora con la despolitización.

Para ello hay que volver al caso Eichmann. Cuando Arendt habla de la banalización del mal, como un fenómeno fáctico, también se refiere a la característica de este “hombre terroríficamente normal”. A lo que ella apunta es a su completa incapacidad para pensar:

“(...) la incapacidad de pensar no es la «prerrogativa» de los que carecen de potencia cerebral sino una posibilidad siempre presente para todos — incluidos los científicos, investigadores y otros especialistas en actividades mentales— de evitar aquella relación consigo mismo cuya posibilidad e importancia Sócrates fue el primero en descubrir. Aquí no nos ocupábamos de la maldad, (...), sino de la persona normal, no mala, que no tiene especiales motivos y que por esta razón es capaz de infinito mal; (...)” (Arendt, 1995, p.135).

Con esta incapacidad para pensar se refiere a la imposibilidad de juzgar y analizar sus propios actos y, por consiguiente, las decisiones de los líderes. Se puede observar aquí que el totalitarismo no es meramente para someter a los oprimidos. Para que funcione es necesario la subyugación del pensamiento de sus “propios hombres”. Es necesario que se aprendan las reglas, sin preguntar por ellas. Al quitarle la necesidad y la potestad de ejercer el pensamiento crítico, se acostumbran a no tomar decisiones por sí mismos, lo que finalmente los hace, también a ellos, entes superfluos (Arendt, 1995).

La banalización del mal en estricto rigor es un fenómeno fáctico de los actos criminales y, en el caso de las instituciones totalitarias, se pueden establecer paralelos con la lógica del concepto. En el caso de las instituciones psiquiátricas se puede relacionar con la desculturización, la mutilación del yo y la muerte civil que sufren las personas que son internadas en aquellas instituciones. No se toma en cuenta su singularidad y les es negado el acceso autónomo de su propio tratamiento, por ende se puede asumir cierta superfluidad de los internos.

Por otro lado, el personal se hace parte de la institución por elección de trabajo. Personas, probablemente, terriblemente normales que se adaptan a la jerarquización del poder de la institución y, por ende, aprenden y normalizan el trato indigno a los internos. En los psiquiátricos se puede hablar de una estructura de abuso de poder que conlleva microagresiones diarias del personal hacia los internos, lo cual es completamente contrario a la premisa de la cura.

Se entiende que el totalitarismo no es lo mismo que las instituciones totalitarias y de ninguna manera se quiere igualar el genocidio con un “tratamiento psiquiátrico”. Sin embargo, es innegable que los mecanismos que hacen operar ambas mecánicas convergen. A los internos les es quitado toda posibilidad de expresión humana al negar su posición de seres humanos. Al imposibilitar su espontaneidad, también le es denegada su unicidad. Por ende aquella aniquilación simbólica los hace igualmente a ellos superfluos.

4.4 La mecánica perversa

Los autores Davoine y Gaudillière en su libro *El acta de nacimiento de los fantasmas* (2010) también elaboran la idea del totalitarismo y la ligan íntimamente a lo planteado por Arendt:

“¿Qué inscribe ella de esta mecánica totalitaria?, ya sea para nosotros en la escala política de una nación, pero también puede ser en la escala de una familia, de un lugar de trabajo, y que hay gente que es considerada superflua, es la palabra de Hannah Arendt, y que para hacer existir este mundo totalitario, hay una necesidad muy costosa económicamente, que es la de construir un mundo en cartapesta, y en esta especie de decorado miramos en tren de estar y de ser gente superflua” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.98).

El posicionamiento de los autores comprende que la mecánica totalitaria puede ir de lo macro a lo micro. Podemos comprender el concepto de la banalización del mal desde lo

estatal hacia lo institucional, hasta llegar al constructo familiar y la replicación de formas aprendidas de socialización de una persona a otra. En ese sentido lo comprenden como un control total de los actos y pensamientos de las personas en el ámbito público que tiene como objetivo corromper los lazos íntimos. Así la perversión de los lazos se puede entender como una adaptación de rasgos totalitarios en la vida privada (Gaudillière, 1997).

Asimismo la mecánica, desde un punto de vista social, no tiene lugar para sujetos, sino para números. El actuar de la mecánica es descrito como “una instancia completamente desafectada” y comprendida como un proceso sin sentimientos ni sensaciones (Davoine & Gaudillière, 2010, pp. 97,106). Los autores entienden la mecánica como una forma de autómatas que funciona sin alma ni pulsión, y desea provocar sentimientos a las personas, que no puede crear por sí misma, con la finalidad de quitárselos (Davoine & Gaudillière, 2010). Comprenden estos mecanismos como propios de la perversión:

“Cómo definimos a la perversión? Por una desubjetivación total, una cosificación del sujeto, una insensibilidad, una manera de hacer sufrir, hacer sentir al otro sensaciones para vampirizarlo, un lazo social de corrupción” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.34)

Por consecuencia le otorga la expresión de mecánica perversa, la cual también se puede crear entre relaciones humanas, y describen que es justamente la perversión contra la cual lucha la locura (Davoine & Gaudillière, 2010).

Una vez trabajadas las concepciones a nivel macro, es necesario desmenuzar las concepciones desde lo micro. Desde la psicología pero, como antes se ha mencionado, también desde la psiquiatría, se ha trabajado mucho el tema de la insania. En el marco teórico veremos, entre otras, distintas aproximaciones al concepto de la psicosis. La psicosis es una palabra que se ha usado de múltiples formas a lo largo de la historia. Una forma de entenderla es a partir de la siguiente definición:

“Originalmente, la palabra “psicosis” sólo significaba cualquier enfermedad de la psique. Hoy se usa normalmente para definir una grave incapacidad de las funciones del juicio de realidad. Esto lleva a sacar deducciones incorrectas con respecto a la realidad externa. La psicosis son trastornos mentales severos, cuyo síntoma común es una desconexión, negación y/o sustitución de la realidad” (Huneeus, 2005, p. 43)

5. Marco teórico

La autora entiende que para poder comparar dos tipos de instituciones y sus herramientas terapéuticas es necesario entender la teoría en la cual se sostienen. Como se ha podido ver en la introducción, la teoría y las palabras con las cuales se nombra a los sujetos importan, ya que significan el pensar sobre una persona. Las concepciones clásicas desde la psiquiatría se presentarán en la primera parte. Estas se enfocan principalmente en la sintomatología del individuo o como también es nombrado: objeto de estudio. Es por ello que se irá ajustando el vocabulario al cual usan aquellos manuales e instituciones.

En la segunda parte de este capítulo se trabajarán diversos autores del mundo psicoanalítico que han pensado y escrito sobre la psicosis, como varios la nombran. El enfoque desde el psicoanálisis va más allá que el síntoma e intenta encontrar cabida en la teoría, o por lo menos cerca de la misma. Desde el psicoanálisis se trabaja sobre o con el sujeto, por lo cual la sintomatología es sólo el punto de partida para poder comprender el vasto mundo interno y externo de la persona.

5.1 Conceptualizaciones de la Psicosis desde el aproximaciones psiquiátricas clásicas

5.1.1 *DSM-IV*

En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) se puede encontrar la descripción de la psicosis entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los trastornos que se incluyen bajo esta sección tienen como característica principal síntomas psicóticos. Se recalca que el término psicosis no ha podido lograr una definición universal pero según el manual los síntomas psicóticos se han podido reducir a delirios y alucinaciones importantes. Lo que se resalta es que las alucinaciones suceden sin que el individuo que las padece se de cuenta de su naturaleza psicopatológica (DSM-IV, 1994)⁵.

Los síntomas característicos (criterio A) de la esquizofrenia se pueden conceptualizar entre dos categorías amplias que comprenden síntomas positivos que pueden aparecer como un exceso o una distorsión de las funciones normales, y síntomas negativos que pueden reflejar una disminución o una pérdida de funciones normales (DSM-IV, 1994). Los síntomas

⁵ Traducción propia.

positivos son divididos en el criterio A de A1 a A4. Implicando que A1 sería la distorsión o exageración del pensamiento (delirio bizarro), de la percepción (alucinaciones, sobre todo auditivas) (A2), del lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) (A3), y del comportamiento (A4), que implica comportamiento extremadamente desorganizado o comportamiento catatónico. El criterio A5 comprende los síntomas negativos en los cuales se incluyen restricciones en el rango de la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), la productividad y la fluidez del pensamiento y el habla (alogia), y finalmente la iniciación al comportamiento dirigido a objetivos (avolición) (DSM-IV, 1994).

Las distintas agrupaciones enfatizan diferentes aspectos de la gran variedad de definiciones de lo psicótico. Entre ellas se pueden encontrar como grupo principal la esquizofrenia y los trastornos asociados a ella. Finalmente se habla del trastorno delirante, que se caracteriza por delirios plausibles con una duración de al menos un mes (DSM-IV, 1994).

5.1.1.1 Trastorno delirante

El rasgo predominante del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios plausibles que persisten más de un mes (Criterio A). Los delirios plausibles o no bizarros incluyen situaciones que pueden ocurrir en la vida real, por ejemplo ser perseguido, envenenado o infectado. El diagnóstico no se puede realizar si el individuo alguna vez ha presentado síntomas que coinciden con el criterio A de la esquizofrenia y lo que corresponde al criterio B del trastorno delirante (DSM-IV, 1994).

El manual comprende a los delirios como una creencia errada que comúnmente involucra la equívoca interpretación de percepciones y experiencias. La característica de esta creencia es la inamovible convicción con la que se cree en ella, aunque existen evidencias que la contradicen. Se recalca que los delirios pueden contener una variedad amplia de temas, los cuales incluyen persecución, autorreferencial, somáticas, religiosas y grandiosas. El delirio de persecución es particularmente común e implica que la persona cree que es atormentada, perseguida, engañada, espiada, o ridiculizada. Las alucinaciones auditivas y visuales no son destacadas en este trastorno, aunque pueden estar presentes. Las alucinaciones táctiles y olfatorias pueden estar presentes y prominentes en el caso de que tengan relación con el tema de su delirio (DSM-IV, 1994).

El criterio C establece que el comportamiento no es evidentemente raro ni bizarro. En el caso de que las ideas delirantes no sean discutidas, el individuo puede presentar un comportamiento normal. Si las funciones psicosociales han sufrido un impacto, esta variable

se relaciona directamente con las creencias delirantes. Los roles interpersonales y ocupacionales de algunos individuos pueden aparecer relativamente intactos, aunque comúnmente los roles maritales y sociales sufren mayor impacto que el área del trabajo. En otros casos el impacto del delirio puede ser sustancial y por consecuencia se puede observar poco a ninguna ocupación en el área laboral y aislamiento social (DSM-IV, 1994).

Pueden ocurrir episodios del ánimo simultáneamente con el delirio, pero aquellos episodios deben tener una duración notoriamente menor que los episodios delirantes para cumplir con el criterio D. Por otro lado, los delirios no deben haberse generado por el abuso de sustancias, como la cocaína, ni tampoco por alguna condición médica como el alzheimer, para cumplir con el criterio E (DSM-IV, 1994).

Existen distintos tipos de trastornos delirantes y pueden ser especificados a partir del tema delirante dominante. Entre ellos se puede encontrar delirios de erotomanía, de grandeza, y de persecución. El trastorno delirante de tipo persecutorio implica, como creencia principal, que se conspira en contra del individuo, que es engañado, espiado, perseguido, envenenado o drogado, maliciosamente desprestigiado o acosado (DSM-IV, 1994).

5.1.2 DSM 5

En el DSM 5 las psicosis comprende el espectro de la esquizofrenia, trastornos psicóticos, al igual que el trastorno esquizotípico de la personalidad. Aquellos trastornos tienen características clásicas que se definen a partir de cinco dominios anómalos, los cuales implican alucinaciones, delirios, pensamiento y comportamiento motor desorganizado, y por último los síntomas negativos (DSM 5, 2014). Los delirios son definidos como:

“(…) creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza). Los delirios *persecutorios* (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes” (DSM 5, 2014, p.87).

También se aclara la diferencia entre los delirios extravagantes y los delirios plausibles. La discrepancia clave entre los dos es que los primeros “*no proceden de experiencias de la vida corriente*” (DSM 5, 2014, p.87). En comparación con los delirios no extravagantes que son ejemplificados como “la creencia de que uno está siendo vigilado por la policía a pesar de la ausencia de pruebas convincentes” (DSM 5, 2014, p.87). Se entiende en esta

concepción de los delirios que el grado de convicción, aunque existan pruebas claras en contra de las creencias, es importante para hacer el diagnóstico (DSM 5, 2014).

Por otro lado, las alucinaciones son definidas como “percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario” (DSM 5, 2014, p.87). Se explicita que las alucinaciones pueden darse en todo el espectro sensorial, siendo las alucinaciones auditivas las más ordinarias en la esquizofrenia y trastornos relacionados (DSM 5, 2014).

El pensamiento desorganizado se puede deducir a partir de ciertas características del discurso del individuo. En él se incluyen las asociaciones laxas, que implican las respuestas sin relación a las preguntas, al igual que un discurso completamente incomprensible. Es común que los discursos sean levemente desorganizados, pero debe ser un síntoma notorio para implicarse en el diagnóstico (DSM 5, 2014).

Bajo el concepto “comportamiento motor desorganizado” se entiende por un lado una agitación notable e impredecible de la conducta del individuo, que le puede dificultar realizar actividades diarias. Por el otro lado se comprende el comportamiento catatónico que implica una baja respuesta al entorno del individuo. Esto implica que el comportamiento fluctúa:

“entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (*negativismo*), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (*mutismo y estupor*). Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia” (DSM 5, 2014, p.88).

Aunque históricamente se ha relacionado la catatonía con la esquizofrenia en el DSM 5 se especifica que los síntomas catatónicos también pueden aparecer en otros trastornos psicóticos. El último dominio anómalo implica los síntomas negativos que engloban una variedad de síntomas. Los dos principales son la expresión emotiva disminuida, implica un descenso de la expresión de las emociones, y la abulia, que involucra el decrecimiento de actividades orientadas hacia un propósito e iniciativa propia. Estos síntomas son más prominentes en la esquizofrenia (DSM 5, 2014).

5.1.2.1 Trastorno delirante y sus criterios

Por el otro lado, el trastorno delirante se caracteriza mayormente por la permanencia de, al menos por un mes, de delirios y la baja presencia de otros síntomas psicóticos (Criterio A).

Las alucinaciones pueden existir, pero comúnmente son de menor relevancia y están relacionadas con el contenido del delirio. Lo importante de este cuadro es que no se presente el criterio A de la esquizofrenia, que implica la presencia de dos o más de los cinco dominios anómalos por un tiempo significativo de un mes o más tiempo (Criterio B). Esto implica que la conducta del individuo no es notoriamente extravagante y su funcionamiento no demasiado alterado (Criterio C). Pueden padecer episodios maníacos y depresivos importantes pero su duración debe ser notoriamente menor que la de los períodos delirantes (Criterio D). Finalmente es importante establecer que el trastorno no se puede atribuir al abuso de sustancias u otras enfermedades (Criterio E) (DSM 5, 2014).

Existen varios tipos del trastorno delirante que se diferencian a partir de los diversos temas delirantes. Se indica que es importante especificar los diversos tipos. Entre los centrales está el tipo erotomaniaco que se centra en la creencia de que una persona, conocida o no, está enamorada del individuo. El tipo de grandeza implica que el individuo tiene la fuerte convicción de dominar cierto talento o conocimiento (no reconocido). El tipo persecutorio es el más común entre los subtipos y gira en torno a la creencia de que se está conspirando en contra del individuo. Las ideas principales relacionadas con este tipo de delirio son que lo engañan, lo persiguen, lo espían o que le impiden conseguir sus objetivos (DSM 5, 2014). Se especifica que los individuos con tipo persecutorio:

“Pueden exagerarse pequeños desaires que se convierten en el foco de un sistema delirante. El sujeto afecto puede dedicarse de manera repetida a intentar desquitarse mediante acciones legales o legislativas. Los individuos con delirios persecutorios a menudo se muestran resentidos y enfadados y pueden recurrir a la violencia hacia aquellos que creen que les están haciendo daño” (DSM 5, 2014, p.92).

Aquello implica que las personas con trastorno delirante tipo persecutorio pueden desarrollar irritabilidad, afecciones disfóricas y comportamientos violentos, lo que se puede relacionar con sus delirios. Esto puede significar problemas en la vida social y laboral, los cuales generalmente son fuertemente influenciados por las creencias delirantes (DSM 5, 2014).

5.1.3 CIE-10

En el libro “Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10” se describen las Clasificaciones de los diversos trastornos mentales y del comportamiento. El glosario describe diferentes grupos y agrupaciones de trastornos psicóticos:

“Este bloque comprende la esquizofrenia, como trastorno más importante del grupo, el trastorno esquizotípico, los trastornos de ideas delirantes persistentes y un grupo extenso de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos esquizoafectivos, a pesar de su naturaleza controvertida, también se incluyen aquí” (CIE-10, 2000, p.70)

En el apartado de trastornos de ideas delirantes persistentes se incluye una gran variedad de trastornos. Aquello incluye el trastorno de ideas delirantes que se caracterizan “por el desarrollo de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, que habitualmente son persistentes y a veces persisten toda la vida” (CIE-10, 2000, p.78). Se menciona que el tema delirante puede ser diferente en cada individuo, pero las más frecuentes son las ideas delirantes de persecución, eróticas, de celos, de grandiosidad e hipocondríacas. La presencia persistente del delirio abarcaría el criterio A del trastorno de ideas delirantes.

El criterio B incluye la duración de las ideas delirantes, que deben persistir por al menos tres meses. El criterio C implica que no debe haber presencia de los criterios generales de la esquizofrenia. El criterio D abarca las alucinaciones. En el caso de que las alucinaciones auditivas estén presentes, deben ser ocasionales y pasajeras. Las alucinaciones no deben ser persistentes, ni tener la característica de hablar en tercera persona, ni tampoco hacer comentarios sobre la actividad del individuo. Pueden haber episodios depresivos irregulares, en el caso de que el delirio persista durante las vivencias sin alteraciones del ánimo (Criterio E). El criterio F es un criterio de exclusión e implica que las personas con otras afecciones médicas y con trastorno psicótico por abuso de sustancias no se incluyen en el trastorno delirante. Se incluye en este diagnóstico, entre otros, la paranoia, la psicosis paranoide y el estado paranoide (CIE-10, 2000).

5.1.4 MINSAL

Desde un punto de vista de rehabilitación social el Ministerio de Salud (Minsal) engloba la psicosis bajo el término de Trastorno Psiquiátrico Severo y Discapacidad, ya que las personas que se encuentran en esta situación tienen dificultades importantes que están relacionadas con su funcionamiento psicosocial. Estas dificultades abarcan al individuo en su totalidad, en relación con otros y en su inserción social. Están relacionadas con la “merma en la capacidad de análisis y percepción de la realidad – dificultades en la planificación y evaluación de conductas – en la expresión y modulación de los afectos y emociones - mayor vulnerabilidad a situaciones estresantes” (Poblete, 2020, p.4).

Por otro lado, se ve afectado el lenguaje y por ende la comunicación asertiva y efectiva con otros, lo que trae consecuencias para las interacciones sociales y sus límites. También afecta una variable importante del “consigo mismo”, lo que implica el autocuidado, la higiene y la autoprotección. Estas dificultades también incluyen roles sociales y la ejecución de tareas, lo cual les puede llevar a altos niveles de dependencia y por ende inconvenientes en el manejo autónomo de sí mismos (Poblete, 2020).

“Estas deficiencias les restringen sus posibilidades de generar y mantener vínculos sociales apoyadores, incluso dentro de la propia familia; acceder al mundo laboral – apenas un 20% de las personas con discapacidad psíquica que están en condiciones de trabajar lo hacen –; e integrarse a la sociedad mediante el ejercicio de sus derechos ciudadanos” (Poblete, 2020, p.4).

Podemos observar entonces mediante la información anterior que las personas en situación de psicosis viven su vida diaria con una amplia gama de dificultades. Estos obstáculos se pueden entender como una doble alienación. Este término es un concepto de la psicoterapia institucional y hace énfasis en las dificultades mentales y sociales que viven las personas en situación de psicosis en su vida cotidiana (Tapia, 2014).

5.2 Conceptualizaciones de la Psicosis desde diversas aproximaciones psicoanalíticas

Los autores del mundo psicoanalítico que se presentan a continuación son varios y tienen distintos puntos de vista acerca de la temática principal: su forma de entender la psicosis. Pasaremos desde Freud, a Klein, a Winnicott, a Lacan. Terminaremos nuestro recorrido de las conceptualizaciones de la psicosis con los autores Davoine y Gaudilliere, cuya teoría es transdisciplinaria y revolucionaria.

5.2.1 Freud

La alienación mental fue trabajada por varios autores y significada de diversas maneras. Se puede argumentar el malestar del individuo con y por otros, pero también se puede observar de manera intrapsíquica y describir el trabajo mental que elaboran las personas en situación de psicosis. Freud es uno de estos autores. Aunque él se centró principalmente en la neurosis, tiene algunos textos en los cuales describe y compara la neurosis y la psicosis:

“(…) entre neurosis y psicosis que en la primera el yo, en vasallaje a la realidad, sofoca

un fragmento del ello (vida pulsional), mientras que en la psicosis ese mismo yo, al servicio del ello, se retira de un fragmento de la realidad {Realität, «contenido objetivo»}. Por lo tanto, lo decisivo para la neurosis sería la hiperpotencia del influjo objetivo {Realeinflusses}, y para la psicosis, la hiperpotencia del ello. La pérdida de realidad {objetividad} estaría dada de antemano en la psicosis; en cambio, se creería que la neurosis la evita“ (Freud, 1923-25, p.193).

Se habla entonces, en la conceptualización de la psicosis freudiana, de una pérdida de realidad, como primer paso. La incapacidad de poder adaptarse a la realidad, implica el abandono de la realidad y por ende la negación de ella (Freud, 1923-25). El segundo paso implicaría la reparación de la realidad negada. Esta reparación se puede entender como compensación y tiene como objetivo último la creación de una nueva realidad, negando la parte que es insoportable para el sujeto (Freud, 1923-25). Para poder llevar a cabo esta nueva construcción es necesario:

“(...) el remodelamiento de la realidad tiene lugar en los sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta ese momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica. Pero el vínculo con la realidad nunca había quedado concluido, sino que se enriquecía y variaba de continuo mediante percepciones nuevas. De igual modo, a la psicosis se le plantea la tarea de procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva, lo que se logra de la manera más radical por la vía de la alucinación. Si en tantas formas y casos de psicosis los espejismos del recuerdo, las formaciones delirantes y alucinaciones presentan un carácter penosísimo y van unidas a un desarrollo de angustia” (Freud, 1923-25, pp.195-196).

Son entonces las alucinaciones y la creación del delirio las herramientas principales para poder crear esta nueva realidad que, por cierto, son desgastantes para la economía psíquica. Según Freud esta creación del delirio aparece en lugar de la realidad intolerable, es decir en “el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1923-25, p.157). Como se mencionó anteriormente tienen consecuencias importantes para la vida diaria de las personas en situación de psicosis.

Es, entonces, principal en la génesis de la psicosis la formación de una realidad subjetiva distinta a la realidad compartida. Para poder resguardarse de la realidad negada y mantener la realidad personal viva las personas en situación de psicosis conviven con dos grandes herramientas: el delirio y las alucinaciones. El constructo del delirio varía para cada persona y

está íntimamente ligada a la historia personal del sujeto, ya que aparece en “el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1923-25, p.157).

5.2.2 Klein

Melanie Klein, gracias al análisis con adultos y niños, ha podido conciliar los postulados freudianos de las pulsiones biológicas con las teorías de las relaciones objetales (Anguera & Miró, 1995, p.35). Klein ubica el nacimiento de las ansiedades psicóticas y los resultantes mecanismos y defensa del yo en la temprana infancia. Según su teoría dinámica del psiquismo todos los bebés vivencian estas ansiedades y mecanismos, para con el paso de los meses poder desarrollar mecanismos más íntegros del yo (Tapia, 2014). Le otorga profunda importancia a estos procesos primarios, ya que influyen en todos los aspectos del desarrollo, también en la formación del yo y las relaciones objetales (Klein, 1988).

“Según esta autora, en la mente del niño desde el inicio se da una intensa relación con los objetos, ya que éstos han sido incorporados o integrados y han pasado a formar parte de su mundo emocional, aunque el objeto de afecto no esté presente físicamente. Dichos objetos se mantienen con vida propia y coloreados emocionalmente en el psiquismo del niño (...)” (Anguera & Miró, 1995, p.35).

Para Klein las relaciones de objeto existen desde el inicio de la vida y empiezan por la relación con el pecho de la madre. En los primeros meses de vida los objetos son percibidos parcialmente por consecuencia del mecanismo defensivo de la escisión. El pecho de la madre, por ejemplo, es por un lado el pecho bueno y gratificador y por el otro lado el pecho malo y frustrante, lo que lleva al niño a experimentar sentimientos de amor y odio hacia el mismo objeto. La escisión de la concepción de los objetos, pero también del yo, está íntimamente ligada a los mecanismos de introyección y proyección, por lo cual la autora afirma: “desde un comienzo, las relaciones de objeto son modeladas por la interacción entre introyección y proyección, entre objetos y situaciones internas y externas” (Klein, 1988, p.11).

Estos procesos de los primeros meses de vida del infante son entendidos por la autora como la posición esquizo-paranoide y la permanencia de parte del niño en esa posición daría origen a los mecanismos psicóticos del adulto. Ésto supone que los objetos no se pueden integrar por su totalidad en la vida interna del bebé, lo que le haría vivenciar sentimientos ansiosos de desorganización, que prevalecerán en la vida ulterior del sujeto (Tapia, 2014).

La segunda posición conceptualizada es la posición depresiva que da cuenta del desarrollo del infante a partir del segundo trimestre de vida aproximadamente.

“Esto implica importantes cambios en la relación con los objetos. Los aspectos amados y odiados de la madre ya no son percibidos como tan separados, y en consecuencia se produce un mayor miedo a la pérdida, un fuerte sentimiento de culpa y estados análogos al duelo, porque se siente que los impulsos agresivos se dirigen contra el objeto amado. La posición depresiva entra en escena” (Klein, 1988, pp.23-24).

Gracias a la instauración del pecho bueno se permiten estados de integración mayores y la disminución de los procesos de escisión, por ende se puede observar un desarrollo más íntegro de yo (Tapia, 2014, p.10). Según Klein severas perturbaciones durante esta posición pueden causar cuadros maniaco-depresivos en la vida adulta, mientras la fijación en la posición esquizo-paranoide pueden influir en cuadros de paranoia y esquizofrenia (Klein, 1988, pp.11-12)

“Aunque he supuesto que el resultado de la posición depresiva depende de la elaboración de la fase precedente, le he atribuido, sin embargo, un papel central en el desarrollo temprano del niño. Porque con la introyección del objeto como un todo, la relación objetal del niño se modifica fundamentalmente. La síntesis entre los aspectos amados y odiados del objeto total da origen a sentimientos de duelo y de culpa que implican progresos vitales en la vida emocional e intelectual del niño. Esto constituye también un punto crucial para la elección de neurosis o psicosis” (Klein,1988, p.12).

Klein entiende como mecanismo principal de la psicosis la identificación proyectiva. Es un mecanismo primitivo que está presente cuando la relación entre el yo y los objetos no es del todo diferenciable (Tapia, 2014, p.10).

“La identificación proyectiva es la base de muchas situaciones de ansiedad de las cuales mencionaré algunas. La fantasía de forzar la entrada en el objeto origina ansiedades relacionadas con los peligros que amenazan al sujeto desde el interior del objeto. Por ejemplo, los impulsos de controlar un objeto desde dentro despiertan el miedo de ser controlado y perseguido dentro de él. Al introyectar y reintroyectar el objeto en que se entró por la fuerza, se refuerzan los sentimientos del sujeto de persecución interna; más aún dado que el objeto reintroyectado es sentido como conteniendo los aspectos peligrosos del yo. La acumulación de ansiedades de esta naturaleza, en las que el yo se ve atrapado entre una variedad de situaciones de persecución interna y externa, es un elemento básico en la paranoia” (Klein,1988, p.21).

Este mecanismo tiene consecuencias particulares, ya que el individuo empieza a vivenciar la madre como parte de sí y no como un individuo separado. Esto puede conducir, en situaciones extremas, a experimentar el yo de manera debilitada, lo que puede resultar a estados de confusión mental o la imposibilidad de diferenciar entre el objeto y el sujeto mismo (Tapia, 2014, p.11).

En una de las últimas publicaciones de Klein, la autora retoma el tema de la identificación proyectiva y le da un vuelco al concepto. Concluye que en el momento en que se pueda proyectar en los objetos externos partes buenas del self, la identificación proyectiva también puede ser vista como un elemento central del desarrollo de las relaciones objetales positivas para la vida adulta del individuo, ya que sería la base de la empatía y la comunicación sana (Tapia, 2014).

“Así, es absolutamente necesario que el sujeto se coloque en el lugar del otro a través de la identificación proyectiva, para comprender los sentimientos, la conducta, las actitudes y las reacciones del otro. La identificación vista así, será una herramienta para el trabajo terapéutico con el paciente” (Tapia, 2014, p.11).

Klein, ciertamente, resalta más las consecuencias de las relaciones objetales desde el mundo interno y los efectos que pueden tener en la vida posterior del sujeto. Pero no es la única postura que se tiene al respecto de las relaciones objetales. Varios autores le han otorgado un lugar importante en sus teorizaciones, entre ellos Donald Winnicott. Al contrario de Klein, el autor enfatiza “el efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo” (Ramírez, 2010, p.222).

5.2.3 Winnicott

Para este autor las relaciones objetales son estructurantes, ya que pueden influenciar las capacidades de un individuo para relacionarse con los objetos. No es concebido como un mero proceso interno madurativo sino un desarrollo que debe facilitarse por el exterior y es nombrado por Winnicott como el ambiente facilitador (Ramírez, 2010).

“Cuando Winnicott habla de ambiente facilitador es necesario subrayar su concepción de que al principio no hay bebé solo, sino el bebé y su madre (cuidados maternos) como unidad. Concibe una «madre suficientemente buena» cuyas funciones son el sostén, el mantenimiento y la presentación de objetos. Funciones que de cumplirse saludablemente ayudan al armado del psiquismo del niño sano” (Tapia, 2014, p.13).

Entonces, según Winnicott, la calidad del ambiente facilitador es entregada por la madre. Ella es la que, gracias a la función de sostén, le entrega al niño la posibilidad de investir el mundo. Durante esta fase se facilitan los primeros procesos de separación del vínculo de madre-hijo, mediante el acceso al contenido psíquico personal, que posteriormente facilita el soñar y la creación de lazos vitales (Tapia, 2014).

“Todo ello permitiría al ser humano la consecución de la capacidad de estar solo a través de la instauración e internalización de relaciones de objeto y capacidades de simbolizar que den soporte al Yo y le permitan tolerar la soledad sin ansiedad” (Anguera & Miró, 1995, p.36).

La función del sostén también entrega un sentimiento continuo del ser al niño. A partir de la entrega maternal el niño tiene la posibilidad de crear un yo suficientemente bueno y crear resistencias en contra de las angustias inconcebibles, por lo cual les es facilitado una personalidad que entrega el sentimiento de seguir siendo. Pero este no es siempre el caso y no todos los niños pueden experimentar el sentimiento de continuidad del ser. Según Winnicott esto se debe a fallas en el ambiente facilitador y por ende en el cuidado materno (Tapia, 2014).

En el caso de que la función materna falla, por problemas de adaptación entre la relación madre-niño, aparece el riesgo de distorsión estructural entre el niño y el medio, lo que puede causar impensables angustias en el infante. Una manera de defenderse de posibles repeticiones de éstas es el surgimiento de enfermedades mentales complejas (Tapia, 2014, p.13). Es así entonces que para Donald Winnicott “la falla del ambiente facilitador genera defectos en el desarrollo de la personalidad y en el establecimiento del self individual y ese resultado se denomina esquizofrenia” (Tapia, 2014, p.12).

Por lo mismo para Winnicott, los padeceres psicóticos encuentran su origen en la temprana infancia. En ella se pueden crear retrasos y deformaciones, al igual que regresiones y confusiones que alteran la organización del medio con el individuo y dan lugar a la mala salud mental, como es nombrada por Winnicott. Se enfatiza la importancia de la madre en este punto ya que es ella que fijaría el niño en la posición esquizoparanoide (Tapia, 2014).

“Este autor inglés, sintoniza con los conceptos promulgados por Klein, sin embargo es aún más enfático en la importancia del papel de la madre (1952, 1962, 1965), es así como explica el proceso psicótico como una enfermedad de la falla del papel del ambiente, ambiente que en un inicio está representado por la madre (madre-ambiente);

donde el prematuro desinvertimiento de la madre, al no permitir la sustitución de los objetos buenos, fijaría al niño en la posición esquizoparanoide” (Tapia, 2014, p.12).

El prematuro desinvertimiento de la madre se podría entender por la falta de un espacio transicional, en el cual el niño puede transitar de manera acompañada y segura desde el estado de la simbiosis y dependencia con la madre, hacia un estado de independencia con la posibilidad de diferenciación. Para Winnicott este espacio se simboliza mediante un objeto transicional que puede ser una manta, un peluche, etc. que le calma las ansiedades al niño y por ende lo lleva consigo a todos lados o lo necesita para quedarse dormido. Este objeto representa a la madre, ya que el niño le atribuye cualidades maternas. Es parte del proceso de la dependencia hacia la independencia de la madre (Anguera & Miró, 1995).

“Pero en mi opinión el término de objeto transicional deja lugar para el proceso de adquisición de la capacidad para aceptar diferencias y semejanzas. Creo que se puede usar una expresión que designe la raíz del simbolismo en el tiempo, que describa el viaje del niño, desde lo subjetivo puro hasta la objetividad; y me parece que el objeto transicional (trozo de frazada, etcétera) es lo que vemos de ese viaje de progreso hacia la experiencia” (Winnicott, 1971, p.23).

El espacio y objeto transicional pueden entenderse como fenómenos transicionales y cobran sentido en el trabajo terapéutico con las personas en situación de psicosis para poder (re-)elaborar la necesaria separación con la figura maternal. Por lo mismo, según Tapia (2014), la terapia se podrá usar como una zona intermedia de producción entre las vivencias del interior y del exterior, entre lo subjetivo y lo objetivo. Para Winnicott esto es posible por la habilidad de los seres humanos, en especial las personas en situación de psicosis, de regresar a procesos tempranos, como el primario de la dependencia. Pero esta vez el individuo en situación de psicosis puede revivir estos procesos tempranos del ambiente sin la falla inicial y avanzar en las funciones del desarrollo. Por ende, gracias a este proceso de regresión la persona tiene la posibilidad de autocuración: “situación que dará claves al analista de como conducirse con el paciente, en tanto la tendencia regresiva de un paciente psicótico, será parte de su comunicación constante con el analista” (Tapia, 2014).

5.2.4 Lacan

Jaques Lacan tiene algunos encuentros y desencuentros con las teorías objetales kleinianas, pero su obra es principalmente una particular relectura de las obras freudianas. Aquello implica, entre varias otras cosas, que viene a ampliar la visión de la psicosis desde

la teoría psicoanalítica. Este autor, guiado por Clérambault, le otorga una gran importancia a los fenómenos elementales en la psicosis y describe una forma metapsicológica para darles un lugar. Una de las formas teóricas de explicarse estas particularidades de los fenómenos elementales, experiencia de las personas en condición de psicosis, es a partir de la forclusión, “*die Verwerfung*”, del Nombre del Padre. Joël Dor (2009, p.112) lo explica de la siguiente manera:

“(…), la forclusión del Nombre del Padre, que neutraliza el advenimiento de la represión originaria, hace fracasar, al mismo tiempo, la metáfora paterna y compromete gravemente el acceso del niño a lo simbólico e incluso se lo impide. El advenimiento de una promoción estructural en el registro del deseo corre el riesgo de estancarse en una organización arcaica en la que el niño queda prisionero de la relación dual imaginaria con la madre”.

Lo que es rechazado en el registro simbólico, lo forcluido, retorna en lo real. Esto tiene graves consecuencias en el diario vivir de las personas en situación de psicosis, ya que la dialéctica de ser el falo de la madre y encarnar el deseo de la misma no es superada. La ley del padre no es simbolizada y por ende la instalación del proceso de la metáfora paterna no tiene lugar en la persona psicótica. Esto conlleva que los sujetos psicóticos siguen alienados al deseo de la madre, lo cual implica un goce que no es posible de dominar. Un goce infinito, que se encuentra bajo esta lógica desestructurada, implica la inexistencia del significante fálico, ya que éste ayuda a ordenar y delimitar el goce. “Cuando el deseo de la madre no está simbolizado, el sujeto corre el riesgo de enfrentarse con el deseo del Otro experimentado como una voluntad de goce sin límite” (Maleval, 2002, pp.84-85).

Podemos ver entonces que para algunas personas la metáfora del Nombre-del-Padre no opera, la ley que estructura y resguarda no aplica. Pero como cualquier persona está bajo la lógica de la castración en este caso del goce infinito, el Otro puede aparecer como otro malvado (Dewambrechies-la Sagna, 2010). Pero no solamente la relación con el Otro carnal, también el tiempo y el espacio pueden aparecer de una manera discontinua, por lo cual el otro malvado puede aparecer difuso y amenazante, dispuesto a surgir en cada momento. Es aquí donde se instala la dimensión paranoide: “El esfuerzo del sujeto aparece entonces como un esfuerzo de localización de esta maldad difusa del Otro, en la medida en que apunta a él. Es lo que opera en la persecución” (Dewambrechies-la Sagna, 2010, p.34).

Para finalizar con este autor encuentro interesante mencionar una de las concepciones psiquiátricas anticuadas, pero por eso probablemente no obsoletas, de la paranoia. Ésta es la descripción de Kraepelin expresada en 1899, en la cual concibe el cuadro como un:

“(...) desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción” (Lacan, 1984, pp.30-31).

5.2.5 Davoine y Gaudillière

Para los autores Davoine y Gaudillière la locura se acerca teóricamente a algunas concepciones de los autores antes nombrados pero su propuesta teórica y práctica es novedosa. En lugar de situar a la locura como un trastorno, una enfermedad mental, algo inalcanzable por el Psicoanálisis o una fijación en la primera infancia, proponen prestarle atención a la investigación particular que vive cada persona en situación de locura (Davoine & Gaudillière, 1998).

“Para estos autores la locura no es un diagnóstico de estructura, la locura es dinámica, es movimiento. Van a ubicar a la locura como campo de investigación y de búsqueda, una forma de lazo social en una situación extrema en que el desmoronamiento de todas las referencias hace surgir lazos por fuera de la norma” (Mantegazza, 2013, p. 421).

5.2.5.1 Objetivación

En vez de objetivar a la locura, al invalidar sus observaciones y vivencias, enfatizan que la escucha y la autenticación de sus afirmaciones y experiencias es un ejercicio ético. Cuestionarse la cosmovisión hegemónica de la locura, el trato y lugar que le es otorgado en las sociedades se puede entender como un ejercicio ético, al igual que la propuesta teórica presentada por los autores. Es simple pero potente, implica entregarle un “trato humano” que cualquier persona se merece: escuchar las experiencias de la persona en situación de locura, respetar sus vivencias, para que pueda seguir elaborandolas (Davoine & Gaudillière, 1998).

Esto es posible porque Davoine y Gaudillière tienen una visión de la locura que no es determinante. Desde la teoría concuerdan con Freud en varios puntos, como por ejemplo en

el abandono de la realidad compartida y que el delirio aparece en el lugar de los hechos borrados:

“Porque la locura, cuando los hechos están borrados, la locura los imprime. Ahí donde todavía no hay sujeto. Si Uds. son testigos de algo que no pueden ni siquiera ubicar porque no hay un lenguaje, eso que ocurrió se va a imprimir en vuestra percepción aunque Uds. no sean capaces de dar cuenta de ello” (Davoine & Gaudillière, 1998, p.9).

Entender sobre todo que esa persona no se volvió loca de la nada y no se volvió loca sola, nos llevaría al próximo tema: la objetivación. Poder hablar de los momentos que se han salido de la historia, los hechos borrados, para poder crear un lazo en relación a esos momentos con otra persona es lo que le permite trabajar la objetivación y la imposibilidad de existir. La persona en un momento importante de su historia fue objetivada de una manera tal, que perdió parte de sí misma. Una negación tan vital y única para cada persona que no tuvo otra posibilidad que adaptarse a ella y perder parte de sí en el proceso (Davoine & Gaudillière, 1998).

“Había pues una primera objetivación. Cuando se le dice a alguien “tú no ves lo que estás viendo”, “no, no sientes lo que estás sintiendo”, “no, no escuchaste lo que escuchaste”, eso forma parte de la psicopatología de todos nosotros, pero hay veces en que esa negación toca puntos vitales en la existencia. Por ejemplo, ella puede darme un golpe y yo gritar ¡ay! Y decir no es grave, no pienso que enloquezca. Pero cuando esa negación toca puntos vitales de la existencia de alguien, puntos a los cuales todo va engancharse, en esos momentos esa persona queda totalmente objetivada y va a conducirse como un objeto. Cada uno de los psiquiatras que la veían la objetivaban unos después de otros. En ese sentido es una segunda objetivación” (Davoine & Gaudillière, 1998, pp.10-11).

Davoine, en una entrevista con Aceituno y Gaudillière, reafirma este posicionamiento mediante un ejemplo de una paciente suya: comenta que la paciente fue “objeto de manipulación” en el sentido cognitivo y afectivo, lo que conlleva que su vivencia fue negada por parte de un otro y este actuar sobre ella hace entrar en un ámbito importante en relación a la psicosis: la perversión (Aceituno, 2010). Como se ha mencionado anteriormente, los autores conciben la perversión como una manera de hacer sufrir al sujeto, tratarlo como una cosa y desubjetivar al sujeto (Davoine & Gaudillière, 2010). Una afirmación importante es que la perversión es una parte importante para entender la psicosis, ya que descubrieron que la locura es justamente una lucha en contra de la perversión. Debajo de sus

diagnósticos psiquiátricos se puede encontrar una experiencia de abandono absoluto ya que es la perversión que destruye toda posibilidad de lazo social (Aceituno & Escobar, 2017). “Entonces la pregunta por la perversión es cómo enfrentarse a esta instancia mortífera, asesina de todo lazo. La instancia perversa ha cortado toda posibilidad de lazo y vínculo” (Aceituno & Escobar, 2017).

Esto es claramente un problema clínico pero también una problemática social. La empresa voluntaria de la negación se puede ver en las relaciones humanas, en la constante negación de una vivencia de una persona. Lo interesante es que también se puede encontrar en la constante negación de una institución hacia un grupo oprimido, como lo son las personas en situación de psicosis (Aceituno, 2010).

“El sujeto del cual se trata allí es el sujeto de la historia, no es aún el sujeto del deseo teorizado por el Psicoanálisis, es el sujeto que se permite hablar de hechos que salieron de la historia. Por eso la locura es el lazo social y reducir la locura a la patología de un individuo, no hace más que reduplicar la objetivación de la que ese sujeto fue objeto en la primera producción de los hechos” (Davoine & Gaudillière, 1998, p.10).

5.2.5.2 Memoria traumática

Por lo mismo subrayan que las personas en situación de locura son testigos de un acontecimiento que no se puede decir, algo vivido que no se plasma en el lenguaje del sujeto sino más bien en su percepción. Definen esta situación como una memoria traumática detallada a la cual le es imposible olvidar. Las personas en esta situación no pueden olvidar, por ejemplo, la luz, los olores, los ruidos, etc., lo que también puede influir en la percepción del tiempo. Puede conllevar que el tiempo se detuvo en el momento traumático lo que implica que está constantemente presente (Davoine & Gaudillière, 2010). La detención del tiempo tiene varios asteriscos. Comprende, por ejemplo, que el evento traumático no encontró lugar en el lenguaje del sujeto o la lengua compartida por sus cercanos:

“Freud dice explícitamente, y por supuesto que es verdad, que no puede acordarse sino de cosas que son reducidas con representantes de los representantes, con palabras. Un acontecimiento que está allí todo el tiempo, que tiene toda su energía, no puede entrar en la *psiqué*, no puede entrar en el intercambio, no puede entrar en la transmisión, salvo bajo esta forma de transmisión de la memoria traumática: la que no olvida” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.79)

El movimiento de la reducción a representantes es llamado inscripción y este trabajo psíquico es importante para la cadena de la transmisión y por ende la memoria (Davoine & Gaudillière, 2010). Para los autores la locura y el trauma comparten la vivencia de la memoria traumática. Lo que les distingue es que en el trauma se puede identificar el evento desastroso. Para las personas en situación de locura la zona catastrófica está oculta y por ende se ha perdido la huella de ella (Davoine & Gaudillière, 2010). Lo que se hace en este caso es ir a buscar la zona catastrófica que va a estar completamente cubierta por el delirio y las alucinaciones. Son finalmente esas mismas dos herramientas que podrán ayudar a la persona en situación de psicosis descubrir esa zona catastrófica.

“Lo que le interesa es tomar nuestra mano, hacernos entrar en este campo y pedirnos, como si se tratase de una exigencia epistemológica, dejar el principio de causalidad en el exterior, y avanzar con él, con sus instrumentos, que son sus instrumentos del aquí y el ahora” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.57).

5.2.5.3 La alucinación como síntoma

Las alucinaciones también se pueden entender como una de las herramientas principales de la construcción de una realidad individual. Pueden ser comprendidas, según Esquirol (en Álvarez y Estévez, 2001, p.68), como “una percepción sin objeto”. Lo que comparten la mayoría de las personas que viven con alucinaciones es la idea rígida, que las alucinaciones son reales, es decir percibidas también por otras personas. La idea de que sus vivencias no son parte de la realidad compartida es generalmente rechazada al igual que el diálogo alrededor de esa idea, ya que la vivencia de las personas en situación de psicosis es ampliamente negada y desechada como algo “no real”. Por lo mismo las personas se defienden de esa idea amenazante mediante una firme certeza en relación a sus alucinaciones (Álvarez y Estévez, 2001).

“La convicción de los alucinados es tan completa, tan franca, que razonan, juzgan y se determinan en concordancia con sus alucinaciones, coordinan con este primer fenómeno psicológico sus pensamientos, sus deseos, su voluntad, sus acciones” (Esquirol, en Álvarez y Estévez, 2001, p.72)

Entender las alucinaciones como el primer fenómeno psicológico es interesante. Por un lado nos da a entender que esa producción es del sujeto e involucra varias adaptaciones posteriores, como la creación de una realidad individual que se adapta a las alucinaciones.

Por otro lado, también se olvida de que los seres humanos somos seres sociales y aunque se pueda nombrar, sin duda, como “el primer fenómeno psicológico”, la producción de las alucinaciones vienen de un fenómeno anterior. No se producen meramente en el sujeto sin razón alguna, sino posibilitan más bien la comunicación de un evento catastrófico que no se puede verbalizar:

“(…) una imagen se ha impreso definitivamente en la retina de alguien que ha visto una catástrofe y que el ojo sólo ve eso y que eventualmente el ojo se pone a funcionar al revés, es decir, hace salir esa imagen como si se tratase de un proyector y eso es una alucinación” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.57).

Esta definición de las alucinaciones permite darle un lugar a la relación con el sujeto, su propia historia y por ende la sociedad. Davoine & Gaudillière (2010) afirman que posteriormente a un evento traumático se pueden crear imágenes sobrevivientes “cuando nada está ligado, cuando nada puede ser contado, hay formas que surgen e intentan inscribir el real”. Para darle sentido a las imágenes sobrevivientes se puede hablar “del uso del delirio como búsqueda de la verdad, de la verdad histórica, contra todas las manipulaciones y recuperaciones de la historia *a posteriori*” (Davoine & Gaudillière, 2010, p. 129).

5.2.5.4 El delirio como herramienta de investigación

Según Davoine y Gaudillière el delirio muestra lo que no se puede expresar verbalmente, porque en la historia del sujeto han pasado catástrofes, en la de ellos o en la de sus antepasados (Aceituno & Escobar, 2017).

“La locura entonces como un modo de hacer pensable, aun con los elementos aparentemente insensatos del delirio, ese real cuya inscripción y cuya transmisión se ha vuelto difícil de pensar y de simbolizar con nuestras herramientas, digamos neuróticas. La locura como una forma de sobrevivencia, también de búsqueda, que actúa como el testimonio de lo que no ha podido –o a veces que no ha querido- ser testimoniado de otro modo” (Aceituno, 2013, pp.136-137).

Los elementos insensatos del delirio se pueden ver en las fases de cuando el sujeto empieza a dudar de todo, ¿es realmente de día o es de noche?, ¿están realmente aquí o son fantasmas? Lo que implica es “cuando las verdades vitales para alguien han sido borradas, todo se convierte en tema de duda. Por otra parte, es el principio mismo de la

investigación científica” (Davoine & Gaudillière,1998, p.11). Por lo mismo los autores relacionan las dudas con el espectro de la investigación ya que por consecuencia las personas en situación de locura están de manera continua testeando e interpretando su alrededor, viendo si alguien le está escondiendo algo, etc. Finalmente relacionan la búsqueda con un principio básico de la investigación científica: el reconocimiento. El reconocimiento de su vivencia, su existencia, su expresión de ser (Davoine & Gaudillière,1998).

Lo problemático sucede cuando ese reconocimiento no les es entregado y no hay nadie en su red personal o de salud mental quienes le puedan o quieran entregar la escucha y la validación de su experiencia personal. Cuando las personas en situación de psicosis desarrollan un delirio rígido “es por desesperación de encontrar a alguien que pueda cambiarla. A fuerza de hablarle a nadie, el delirio se vuelve cada vez más rígido, a fuerza de encontrar la agresividad social y la desmedida, y sobre todo la humillación (...)” (Davoine & Gaudillière, 1998, p.12). Al no poderla compartir con nadie lo vivido, la primera objetivación y ser constantemente arrasado y objetivado continuamente, el monólogo de la locura sólo encuentra lugar en el delirio y su transmisión se dirige a lo que o quien sea (Davoine & Gaudillière, 1998).

Para los autores es justamente ahí donde se puede empezar con el trabajo terapéutico. Ahí donde el sujeto no ha podido transmitir o no lo han dejado, se ha quebrantado el lazo social y ha fallado en su oficio de simbolización. Es ahí donde nacen dos variables de trabajo con la locura que involucra el lazo social: el trabajo de la historia individual de la locura y el trabajo con la gran historia. El trabajo con la gran historia convierte al terapeuta en testigo de la locura y al serlo se puede dedicar a la transmisión y la escritura sobre las historias del lazo social que se han perdido en la gran historia, así como lo han hecho Davoine & Gaudillière (Aceituno, 2013). El trabajo con la historia individual a menudo parte de un hecho terrible para eventualmente poder llegar a una forma de inscripción y por ende la represión ya que “no podemos recordar sino las cosas que podemos olvidar” (Davoine & Gaudillière, 2010, p. 78).

“Y se trata de esa vacilación de identidad, que son momentos claves de la transferencia muy difíciles de notar. Es como si estuviésemos completamente atrapados, cuerpos, espíritu, sin ninguna posibilidad de retroceder, donde, justamente, algo de la historia está sucediendo y de lo que nosotros somos testigos, como yo les decía ayer, porque nos transformamos en el testigo del testigo” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.165).

A ello se puede llegar si se acepta el delirio como instrumento de investigación y el terapeuta se permite ser testigo de la persona en situación de locura, el segundo en su lucha, en su búsqueda, en su reconquista de sí mismo. Al dejar de desmentir las vivencias de la locura, hacerle un lugar y permitir que crea lazos, se puede crear un lugar para la transferencia con otro y en esa maravillosa posibilidad de interacción el sujeto puede hallar esa parte de él que estuvo exiliada, en conjunto con el hecho borrado (Davoine & Gaudillière, 1998).

“(…) en un psicoanálisis de trauma o de locura, hay un enfrentamiento y el loco se va; pero por primera vez se va tranquilo, de una cierta manera ya no está loco porque se encontró con otro y la transferencia se establece” (Davoine & Gaudillière, 2010, p.73).

La instancia transferencial también puede ofrecer la posibilidad de crear nuevos instrumentos con el sujeto en situación de locura y “un día ese delirio ya no está más allí, no se necesita más” (Davoine & Gaudillière, 1998, p.14).

Para poder llegar a ese punto las personas en situación de psicosis deben recorrer un largo camino. Algunos se atienden sólo con un terapeuta, pero está recomendado que se atienden en instituciones terapéuticas donde haya varios puntos de referencia. A continuación se comentará el por qué y la historia de aquellas instituciones terapéuticas.

5.3 Comunidad terapéutica

Como hemos podido ver en las concepciones teóricas de la psicosis existe una gran variedad teórica y diversos acercamientos hacia la misma. Ello ha conllevado aprender de las teorías históricas, repensarlas y resignificarlas constantemente. Los tratamientos institucionales tienen directa relación con las concepciones teóricas pero, dado que también son instituciones, están íntimamente ligados con las ocurrencias históricas, sociales, culturales y políticas. Según Amarante (2006, p.17) “(…) existen dos grandes períodos en los cuales son redimensionados los campos teóricos-asistenciales de la psiquiatría. El primero está marcado por un proceso de crítica a la estructura asilar, responsable por los altos índices de cronificación”. Por el otro lado, el segundo periodo estuvo marcado por “la extensión de la psiquiatría al espacio público, organizándolo con el objetivo de prevenir y promover la “salud mental”. Este segundo momento está representado por las experiencias de psiquiatría de sector (Francia) y psiquiatría comunitaria o preventiva (EDA)” (Amarante, 2006, p.18).

En los años posteriores a la segunda guerra mundial, se pensaba que había que volver a la “idea original” del psiquiátrico: curar la locura. Estos movimientos comienzan en los asilos e involucran por un lado las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra y Estados Unidos y por el otro la psicoterapia Institucional en Francia (Amarante, 2006). En este capítulo trataremos las comunidades terapéuticas (CT).

5.3.1 Situación histórica

“Ubicada socio-históricamente en el periodo de posguerra, la experiencia de la comunidad terapéutica llama la atención de la sociedad hacia la deprimente condición de los institucionalizados en hospitales psiquiátricos, con la mala comparación en recuerdo de los campos de concentración con que la Europa democrática no toleraba convivir más. En ese contexto, toda especie de violencia y no respeto a los derechos humanos es repudiada y reprimida por el tejido social” (Amarante, 2006, pp.25-26).

La primera y principal experiencia de las comunidades terapéuticas, al igual que las psicoterapia institucional, es la terapéutica activa fundada por Hermann Simon, el padre de la terapia ocupacional. Sus ideas de 1920 de que el trabajo físico podría ser beneficioso para los pacientes cronificados de los asilos, cobró más sentido y credibilidad tras la segunda guerra mundial. La falta de personal y las ruinas, las huellas visibles y los vacíos que había dejado la guerra implicaba repensar los escenarios de la reconstrucción de las instituciones de los países que habían sido bombardeados. En la reconstrucción de un hospital faltaban manos de obra y por ello las personas en situación de psicosis tuvieron que ayudar. Posteriormente se recalca que tal actividad también tiene efectos beneficiosos para el ambiente, el cual es descrito como tranquilo y ordenado. El involucramiento de las personas en situación de psicosis en su tratamiento es uno de los factores básicos de las comunidades terapéuticas (Amarante, 2006).

El nombramiento del movimiento de comunidad terapéutica (CT) fue iniciado en el año 1946 por Main y consagrado por Maxwell Jones, un autor y profesional importante para la CT en el año 1959. Con eso “el término comunidad terapéutica viene a caracterizar un proceso de reformas institucionales predominantemente restrictas al hospital psiquiátrico y marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas, objetivando la transformación de la dinámica institucional asilar” (Amarante, 2006, p.25).

5.3.2 Herramientas terapéuticas

Alrededor de los años '30 Sullivan transforma su trabajo terapéutico desde un enfoque individual hacia un enfoque grupal, centrado en la integración de sus pacientes en situación de psicosis en sistemas grupales. Con eso se emprende el paso hacia las prácticas grupales en relación al tratamiento de dichos pacientes. Diez años después Menninger contribuye a ello con un tratamiento enfocado en “grupos pequeños, donde sus problemas y soluciones son compartidos y debatidos, facilitando así su resocialización” (Amarante, 2006 p.27). Maxwell Jones también trabajaba con grupos de discusión pero agregó los grupos operativos y de actividades. Aquello tenía el objetivo de involucrar a las personas en situación de psicosis en su propia terapia y la de los demás pacientes, ampliando así la función terapéutica desde el personal hacia las personas en situación de psicosis, a sus familiares y a la comunidad en general. Las actividades grupales incluían las asambleas diarias, las cuales tenían como finalidad la organización y administración comunitaria del hospital y, de esta manera, ayudar a la dinamización del lugar y la vida diaria de las personas (Amarante, 2006). También repartió equitativamente las tareas del hospital entre los pacientes y el personal aportaba y ayudaba a dinamizar los procesos institucionales y psiquiátricos.

“(…) por medio de la concepción de comunidad, se busca desarticular la estructura hospitalaria considerada segregativa y cronificante: el hospital debe estar constituido de personas, enfermeros y empleados que ejecuten de modo igualitario las tareas pertinentes al funcionamiento de la institución. Una comunidad es vista como terapéutica porque es entendida como conteniendo en sí misma principios que llevan a una actitud común, no limitándose solamente al poder jerárquico de la institución” (Amarante, 2006, p.27).

También posibilita el aprendizaje en vivo, que es una herramienta posible para abordar los conflictos que pueden emerger en los grupos. Es una forma de analizar el comportamiento de los pacientes y, con la ayuda de otros, se aprenden nuevas formas de sobrellevar las dificultades y el relacionarse con otro. Para mejorar el tratamiento de sus pacientes, Jones enfatiza la relevancia de la comunicación entre la institución y la red de apoyo de los pacientes. La idea detrás de ello es la facilitación de la comprensión y cooperación entre pacientes y sus parientes, el equipo y las instituciones externas (Amarante, 2006).

La actitud común por la **repartición de tareas de una manera horizontal** y el **aprendizaje en vivo** ayudaron a repensar los roles del equipo, de los pacientes al igual que el

intercambio entre ambos grupos. Aquello ayudó a incrementar la eficiencia de los roles e intensificar el sentimiento comunitario. La percepción de la CT fue aún más incentivada gracias al gradual cambio del poder jerárquico a una estructura social más horizontal. Esto fue posibilitado gracias a la comunicación entre departamentos del asilo y la elección de grupo de líderes, lo que favoreció en el equipo una mayor identificación con la institución y por ende un mayor compromiso con el tratamiento de los pacientes (Amarante, 2006). Esto conllevó a una nueva cultura terapéutica en el asilo:

“Los tipos de actitudes que contribuyen para una cultura terapéutica son, resumidamente, el énfasis en la rehabilitación activa, contra la “custodia” y la “segregación”: la “democratización, en contraste con las viejas jerarquías y formalidades en la diferenciación de status; la “permisividad”, como preferencias a las costumbres ideales limitadas de lo que se debe decir o hacer; y el “comunalismo”, en oposición al énfasis en el papel terapéutico especializado y original del médico” (Amarante, 2006, p.29).

Finalmente la propuesta simple de humanización del asilo y sus pacientes era bastante novedosa en los años '40 del siglo XX, y se hizo parte de un movimiento que posteriormente se llamó la antipsiquiatría. Pero las reformas de la CT se reducen completamente al ambiente de la institución psiquiátrica, lo cual en momentos posteriores del movimiento fue fuente de críticas. Se criticaba, entre otros, que no se cuestionó el espacio institucional como parte de una segregación social (Amarante, 2006).

5.4 Psicoterapia institucional

La psicoterapia institucional (PI) es también parte del movimiento antipsiquiátrico y su teoría involucra una amplia gama de herramientas terapéuticas. Empezaremos primero por la contextualización histórica para posteriormente presentar a sus herramientas terapéuticas.

5.4.1 Situación histórica

Por el otro lado, en Francia desde los años 40 se manifestó un importante movimiento, también en el interior del asilo psiquiátrico. La Psicoterapia Institucional (PI), cuyo nombre le fue otorgado en 1952 por Daumezon y Koecheling, vivió sus primeras experiencias en el hospital Saint Alban. Fue encabezado por Francois Tosquelles, quien huyó de la dictadura de Franco en España y empezó a trabajar en Francia posteriormente a la segunda guerra mundial (Amarante, 2006).

“Al enfrentarse con la degradante condición de los internos, Tosquelles, da inicio a una serie de transformaciones. Los primeros años de reforma en Saint Alban están marcados por su espacio de resistencia al nazismo, al mismo tiempo en que se implementan iniciativas para salvar de la muerte los enfermos ahí internados y ofrecerles condiciones de curabilidad” (Amarante, 2006, p.30).

Tosquelles afirma que el hospital psiquiátrico se ha desviado de su primera finalidad: la sanación. Por ende habría que repensar el funcionamiento de la institución en su totalidad. Esto sería posible gracias a reformas del hospital que potencian la eficiencia y el tratamiento terapéutico, que tienen como base uno de los primeros principios de la PI: las instituciones tienen características enfermas, que deben ser pensadas y tratadas constantemente (Amarante, 2006).

“(…) el hospital psiquiátrico no es sólo un hospital de alienados, sino que está ‘alienado’ en sí mismo, pues su constitución estaría conforme a los principios y usos de un orden social que excluye los factores que lo perturban.” Con ello sería primera vez que se asoma la reflexión en torno a las determinantes estructurales del hospital y la relación del psiquiatra y el loco. Esto que Bonnafe llamó pos-esquirolismo, tenía como eje central limpiar los estigmas institucionales y sociales del asilo y constituir una nueva institución en pos del tratamiento de la locura” (Sotelo, 2014, p.32).

Con esta base ocurre, en Francia, en el hospital Saint Alban, cierta transformación de la práctica psiquiátrica con orientación marxista y psicoanalítica. Ese hospital fue el órgano de denuncias y combate contra los aspectos totalizadores y segregantes de la psiquiatría. Tosquelles rescata el potencial terapéutico del asilo psiquiátrico mediante la instalación de la “terapéutica activa” de Herman Simon (Amarante, 2006). Las principales ideas tomadas de esa terapéutica eran la revitalización y la redistribución colectiva de las responsabilidades incluyendo a todos los pacientes del hospital. De ahí nace la frase famosa de Tosquelles de ‘sanar el hospital a través del colectivo’ (Sotelo, 2014, p.34). Su enfoque estuvo puesto en analizar las costumbres, las jerarquías y los poderes y sobre todo combatirlos desde el interior de la institución. Eso implicaba tomar en cuenta las propuestas de Simon por implementar reuniones colectivas y grillas que organizaran el trabajo y las actividades de la institución. Todo esto desde una perspectiva inclusiva y una homogénea repartición de las responsabilidades entre el equipo y los pacientes (Sotelo, 2014).

“Nada funciona por sí solo, todo es pretexto para reuniones. Cada uno debe ser consultado, cada uno puede decidir. No simplemente preocuparse de la democracia, sino

conquistar progresivamente la palabra, aprendizaje recíproco del respeto. Los enfermos deben tener control sobre sus condiciones de estadía y de cuidados, sobre los derechos de intercambio de expresión y circulación” (Tosquelles en Sotelo, 2014, p.34).

La jerarquía vertical de las instituciones psiquiátricas es designada como una de las primeras características opuestas al principio terapéutico, que es nombrada por Jean Oury como un campo de producción de alienación social que permite esconder detrás de estatus, uniforme y profesionalismos, deseos reprimidos (Amarante, 2006).

“Esto pone en interrogante el lugar del medio ambiente, la actitud del personal hacia los locos, pero también hacia sus pares y la jerarquía institucional tradicional, que sigue hasta hoy y que formaría parte de la alienación institucional provocando la cronificación de los cuidados” (Sotelo, 2014, p.34).

Guattari propone para el dilema entre la verticalidad rigidizada y la horizontalidad absurda el concepto de transversalidad que implica “abrir nuevos espacio y posibilidades terapéuticas, como talleres, actividades de animación, fiestas, reuniones, etc.” (Amarante, 2006, p.32). En resumen, la propuesta de la PI es, en su contexto histórico-social, una propuesta novedosa para repensar el espacio asilar. Aunque no hay una única forma, para las instituciones que lo aplican trabaja con tres fundamentos básicos:

- “1. El equipo de trabajo, que en su totalidad estará a disposición de un trabajo terapéutico, dejando a un lado los roles y estatus impuestos desde la profesión y la jerarquía en la organización del establecimiento.
2. La presencia de espacios grupales, los cuales deben ser heterogéneos en su forma de trabajo y espacio, para promover la función de «colectivo», que se describirá a continuación.
3. La importancia de la «vida cotidiana»: Desde aquella situación más simple a la más especializada y compleja, y las interacciones con cualquiera de las personas que rehacen parte de la institución, son igual de importantes en la cura (...)” (Tapia, 2014, p.42).

Para poder realizar el trabajo diario, la PI se fundamenta en cinco conceptos principales, que están entrelazados entre sí.

5.4.2 Doble Alienación

Para la PI la persona en situación de psicosis tiene que lidiar con la alienación mental y la social. La alienación mental se entiende a partir de la psicopatología del sujeto mientras la alienación social es vista como una problemática a nivel de orden social (Tapia, 2014).

“En cambio para Marx la alienación es una deshumanización y desvalorización progresiva, implica la negación radical del hombre producto de la realidad social que produce el capitalismo explotador, competitivo e individualista.” (Sotelo, 2014, p.38).

Entonces, la alienación social es una dimensión que compete a todos los seres humanos. Según Sotelo (2014), cuando rige el capital en una sociedad, se forma una separación profunda entre la clase alta, que acumula el capital, y la clase obrera, que produce las herramientas para que la clase alta acumule el capital. Esta situación, mediante la plusvalía, culmina en la completa alienación de las personas hasta vivirse utilizados como instrumentos del capital, lo cual conlleva sentimientos de cosificación.

“Se podría interrogar entonces que la alienación es una forma del lazo social, y como tal incumbe a todas las relaciones, tanto macro como microsociales, incluso individuales y propias de una misma persona consigo misma. Y para intentar entenderlo nosotros diremos que se da una alienación horizontal (social) y otra vertical (individual), entre las cuales se darían relaciones homogéneas o heterogéneas” (Sotelo, 2014, p.39).

Este lazo social de alienación lo vivimos a diario y se refleja en todas nuestras interacciones humanas. La suma de la alienación vertical del sujeto en situación de locura hace de esta experiencia humana algo más profundo. Es por ello que la PI, al tomar en cuenta estos dos ejes, puede “articular lo más cerca de su problemática personal los medios para trabajar su alienación psicopatológica por los acercamientos psicoterapéuticos y aquellos de su alienación social por las aproximaciones institucionales” (Delion en Tapia, 2014, p.44).

En el fondo, la problemática de la alienación también tiene que ver con la relación que los seres humanos pueden formar con otro. Si la relación con la otredad es accesible puede facilitar interacciones productivas que hacen posible el reconocimiento de un exterior, una forma de anclarse a un otro y, por ende, posibilita diferenciaciones y comparaciones. En el caso que la relación con un otro no sea accesible para una persona, pueden surgir diversas problemáticas. El otro puede ser visto como hostil; o no hay forma de diferenciarse de él, se

desvanece la posibilidad de diferenciación. “De otro modo, la dinámica de la otredad permite el origen de un sujeto o lo anula en su mismidad (Sotelo, 2014, p.43).

5.4.3 El ambiente

La temática del otro influye directamente en la percepción del ambiente. El ambiente es el aire entre las cosas, donde termino yo y donde empieza un otro u otra cosa: es “un exterior de un límite respecto a dos cualidades diferentes, pero que sin embargo forma parte de la constitución de ambas cualidades” (Sotelo, 2014, p.43). El ambiente posibilita la relación entre sujetos y objetos:

”En la medida que las cosas son idénticas, todo sigue igual, mientras que habiendo diferencias se posibilita el cambio, el conflicto, el diálogo y con ello una dialéctica de transformaciones entre yo y el mundo. El yo puede transformarse si logra modificar el mundo y al modificarse el mundo se transforma el yo” (Sotelo, 2014, p.43).

El ambiente entonces posibilita un espacio de transformaciones en las cuales se pueden crear intercambios entre sujetos o cosas. Desde la PI el ambiente es entendido como un espacio transicional “un campo de trabajo en torno a aquello que esta entremedio o en tránsito entre sujeto y objeto, entre yo y no-yo, (...)” (Sotelo, 2014, p.44). Esto implica la responsabilidad terapéutica de crear un ambiente amable para acoger el encuentro entre personas. Aquel encuentro es complejo para las personas en situación de psicosis por lo cual es necesario crear varios espacios y horarios diversos de encuentros (Tapia, 2014).

“Es necesario ofrecer al paciente espacios diferenciados que puedan constituir para él una real posibilidad de elección y así producir los efectos positivos permitiendo que emerjan los elementos del aparato psíquico del paciente, los que pueden ser objetos persecutorios, despedazados y sentimientos de desorganización en general. El paciente podrá reencontrar e invertir cada uno de los miembros de la institución, se atribuye un rol, se instituyen con ellos relaciones y se integra en la vida del establecimiento” (Tapia, 2014, p.45).

La necesidad de circular y poder explorar la institucionalidad libremente está ligado a la posibilidad de construir y realmente elegir. Estas variables se relacionan con la idea de las multi-investiduras que son importantes en la psicosis. Para que esto suceda es necesario crear numerosos puntos de referencialidad en el sentido de la institucionalidad como un

todo, objetos y sujetos (Tapia, 2014). La idea de multi-referencialidad y multi-investiduras nos lleva al próximo concepto: la transferencia.

5.4.4 Transferencia

La transferencia es un proceso que facilita la actualización de deseos inconscientes de la infancia. Este proceso implica la repetición de ciertos patrones infantiles, viéndolos como si fuesen actuales (Tapia, 2014, p.46) En el sentido freudiano este proceso se vive entre dos personas, el terapeuta y el paciente, pero la PI “lo toma en su dimensión institucional, grupal, política y colectiva; incluso ética” (Sotelo, 2014, p.36).

La dimensión ética en este sentido es simple: hay transferencia en cualquier sujeto de palabra, esté o no en situación de psicosis. La transferencia, en la lengua alemana, es *Übertragung*, expresión que, aparte de la significación psicoanalítica, tiene multiplicidad de significaciones y sinónimos. Puede significar desde “transmisión” a “traducir” a “transformar” y mucho más. Lo que tienen en común todas las palabras asociadas a la palabra alemana de transferencia es un sentido implícito de movimiento.

“La transferencia etimológicamente, corresponde a lo que Freud llamaba ‘*Übertragung*’ (...), la transferencia estaba en relación con una suerte de movimiento, una suerte de desplazamiento, incluso de investidura sobre el cuerpo; enseguida esto tomó otras dimensiones. Entonces hay movimiento: cuando decimos transferencia decimos movimiento, decimos deseo inconsciente.” (Sotelo, 2014, p.41).

La transferencia se concibe, al igual que el ambiente, como parte de los fenómenos transicionales que toman forma en las relaciones humanas en una institución terapéutica. Va más allá del ambiente, ya que implica la vida psíquica de las personas, el ambiente que se forma entre ellos y el lazo que pueden crear a partir de la interacción afectiva que toma forma con el tiempo. “En este sentido este fenómeno que llamamos transferencia nos sitúa en una trama histórica de trasmisión, donde de nuevo las coordenadas temporo-espaciales son relevantes” (Sotelo, 2014, p.44).

“La constitución subjetiva no es sin otro y el padecer psicótico nos muestra que esta relación es problemática. Pone en evidencia dificultades en lo que Winnicott llamó la continuidad del sentimiento de existir. Esta continuidad estaría profundamente arraigada, justamente, en las primeras experiencias de compartir algo con otro” (Sotelo, 2014, p.45).

El sentimiento continuo de existir y las coordenadas témporo-espaciales son claves para pensar y trabajar con la transferencia con personas en situación de psicosis. “Uno de los trastornos importantes de las psicosis es la distorsión de las relaciones del sujeto con sus semejantes: trastornos “del con”, “con-los-otros” (*Miteinandersein*). Pero las relaciones, las investiduras, así sean éstas mínimas, siempre existen” (Oury, 2007, p.7)⁶. La transferencia en la psicosis es entendida como disociada o estallada, lo que implica la imposibilidad de la transferencia con un sólo terapeuta en un sólo box. Para el trabajo transferencial se necesita de un colectivo que pueda acoger la transferencia psicótica. Como antes se ha mencionado, es importante la libre circulación del sujeto en la institución y la libertad de expresión. Son estas herramientas que facilitan la constelación transferencial, que es apoyada por el colectivo, pero en el fondo debe ser elegida por el paciente (Oury, 2007, p.7).

“Para que pueda haber multi-investiduras, es necesaria una libertad de circulación, una posibilidad de expresión - no forzosamente verbal – y ocasiones de encuentros. Pero no simplemente. No se trata de quedarse en una suerte de ideología pasiva y esperar que eso se haga. Sabemos bien que todo tratamiento analítico de la psicosis, necesita para el psicoterapeuta, una posición activa. Es necesario “sacrificar material”. Esto es a menudo subrayado por Gisela Pankow. No se trata de dejar hacer, de esperar pasivamente, en un silencio de esfinge. Pero tampoco se trata de orientar las “elecciones” de las investiduras, o al menos no de manera directa. Lo único que podemos hacer es velar por la heterogeneidad del equipo y del medio micro-social “(Oury, 2007, pp.9-10).

La transferencia estallada de la persona en situación de psicosis involucra, en mayor o menor medida, a toda la institución, por lo cual también se le atribuye el nombre de transferencia institucional. Por un lado, las personas que son investidas por las personas en situación de psicosis forman lo que Tosquelles llamaba constelaciones transferenciales. Es común que esto no sea un proceso consciente y se subestima la importancia que se tiene para la persona en situación de psicosis en su vida cotidiana. Es por ello que a menudo son necesarias las reuniones de constelación, en las cuales se reúnen las perspectivas sobre la transferencia del paciente. Por otro lado, también es necesario tomar en cuenta qué es lo que le sucede a las personas investidas con el paciente (Oury, 2007).

“Es necesario entonces encontrar medios para que cada cual tome consciencia de la importancia que tiene para tal o cual psicótico, y pueda trabajar sus propios

⁶ Traducción propia.

investimientos inconscientes sobre esta persona. (...) Lo que es trabajado, es, si se quiere, la “contra-transferencia” o simplemente, la “transferencia”, la cual está siempre presente. De modo un poco aforístico, podemos decir que la transferencia es el cuestionamiento para cada cual del deseo de estar ahí, en eso que él hace” (Oury, 2007, p.11).

La transferencia es una vía de doble camino. La transferencia institucional implica que el paciente pueda investir a cualquier persona del personal, cualquier espacio, etc, pero también implica que las personas investidas sientan algo a partir de ello (y no sólo a partir de ello). Trabajar con la transferencia psicótica es una tarea difícil de manejar, por lo cual es importante permitir el cuestionamiento propio y del equipo de manera constante. Trabajar la propia transferencia con los pacientes, al igual que cuestionar nuestras propias potencialidades psicóticas es, según Oury (2007), una tarea necesaria. Pensar la transferencia y las potencialidades alienantes de la institución y las personas que alberga es necesario para que las personas en situación de psicosis puedan vivir la transferencia de una manera amplia (Tapia, 2014).

“Se trata de pensamientos individuales y grupales ligados entre sí, pero libres de evolucionar, de despegarse, conflictualizarse; libertad sostenida por la organización misma del trabajo y de la institución, de un modo similar al soporte aportado por un analista al comienzo de la asociatividad y de la acogida transferencial. Terapeutas e institución son investidos como una matriz transferencial a partir de la cual los pacientes pueden revivir situaciones traumáticas o vivir por primera vez relaciones infantiles de sana dependencia y omnipotencia” (Fontaine, s/f, pp.9-10).

5.4.5 Colectivo

Como se ha mencionado anteriormente, desde la PI el trabajo terapéutico con la psicosis se hace desde y con el colectivo. Las reuniones de constelación son pensadas como una “herramienta institucional que permitiría un desciframiento de los efectos proyectivos de elementos psicóticos en el medio ambiente y su abordaje” (Sotelo, 2014, p.35). ¿Pero qué es realmente el colectivo? Según Tapia (2014, p.49) el colectivo es concebido como:

“La acción a la cual hace referencia, consiste en dar lugar a sistemas colectivos (agrupaciones), y al mismo tiempo preservar la dimensión de singularidad de cada uno. En esta bifurcación de lo plural y lo singular se asentará la noción de Colectivo.”

Para Oury (2007) poder realizar esta compleja relación entre lo plural y lo singular es necesario el trabajo sobre la colectividad. Conlleva trabajo de gestión, repartir las responsabilidades, de las iniciativas, el reconocimiento de funciones terapéuticas entre todo el equipo, pero también el constante cuestionamiento y críticas sobre el estatus y rol de cada cual.

“Hay que decirlo, en el contexto social actual, una organización así es difícil de obtener: siempre hay delegación de responsabilidades sobre el otro, por el hecho que el estatus permanece “pegado” a la persona. Por otra parte, es evidente que la “constelación” no puede funcionar de manera eficaz cuando ella representa una suerte de isomorfismo de lo que está en cuestión. Es necesario que cada cual pueda tener una capacidad concreta de iniciativa, de responsabilidad y pueda al mismo tiempo tener en cuenta a los otros” (Oury, 2007, p.12).

Es por ello que el trabajo desde el colectivo es de vital importancia, ya que permite incluir a los pacientes y los técnicos de cualquier área por igual. También es importante el constante cuestionamiento de la institución, del poder médico y la verticalidad de las relaciones interinstitucionales. Repensar la verticalidad de las relaciones intrainstitucionales implica pensar los roles, las funciones, los estatus de cada persona que comprende la institución, lo cual implica cierta flexibilidad y distanciamiento de los mismos (Amarante, 2006).

“El trabajo no está nunca terminado, lo que transforma a un establecimiento de cuidados en una institución, a un equipo de cuidadores en colectivo. Esto es la elaboración constante de medios materiales y sociales de condiciones conscientes e inconscientes de una psicoterapia. Y esta transformación no está a cargo solamente de los médicos o especialistas, sino de una distribución compleja donde los mismos enfermos tienen un rol primordial” (Tosquelles en Sotelo, 2014, p.36).

Ese rol primordial es subrayado por un colectivo en el mismo colectivo: el club.

5.4.6 El Club

El club es una entidad en la cual los pacientes van a tomar mayor protagonismo:

“Una de las primeras iniciativas de apertura de espacios de participación y construcción colectiva de nuevas posibilidades está representada por el “club terapéutico Paul Bavel”, totalmente autónomo y gerenciado por los internos” (Amarante, 2006, p.31).

El club terapéutico es una herramienta importante de la PI ya que profundiza la responsabilización de los pacientes y el involucramiento en su propio tratamiento y el de otros. Por lo mismo es un símbolo poderoso que trabaja sobre el ambiente y las variables témporo-espaciales de la institución. El club ayuda a encontrarse con otro en el presente y enfocarse en los quehaceres de la institución (Fontaine, s/f). Según Tosquelles también ayuda a disminuir la agitación y los síntomas psicóticos de los pacientes, ya que instala un sentimiento de solidaridad y de pertenencia (Sotelo, 2014). Oury hablará de la instalación de la terceridad:

“Introducir lo que Sartre llama un “tercero regulador” que permite luchar contra lo “práctico-inerte”. Pero el club no puede llenar esta función sino si es relativamente auto-administrado por el conjunto de las personas presentes: todos los pacientes y el personal colectivo que organizan una gestión concreta material, económica, financiera, de iniciativas, y que no está tomado directamente con las leyes de gestión del establecimiento, el cual permanece siempre articulado con el Estado” (Oury, 2007, p.17).

Como hemos podido ver la PI trabaja con una gran variedad de herramientas terapéuticas que ayudan a las personas de toda la institución para poder pensarse en un contexto más terapéutico y humano. Algunas de estas herramientas son posibles por la situación específica del país y por el contexto histórico en que se encuentra, lo cual, obviamente, varía en distintos contextos y tiempos.

5.5 Comunidad terapéutica de Peñalolén

En comparación con la CT y la PI la Comunidad terapéutica de Peñalolén (CTP) hace su trabajo en un país latinoamericano, específicamente en Chile. Nuestra situación geográfica y nuestras políticas públicas son bastante diversas. Es por ello que la CTP se alimenta de la teoría de ambas corrientes o instituciones pero la implementación es particular a su contexto.

5.5.1 Historia

El trabajo con la comunidad de personas en situación de psicosis en Peñalolén inició el año 1975, en Santiago de Chile, en plena dictadura cívico-militar. Con apoyo de la Vicaría de la Solidaridad, un grupo de voluntarios y profesionales del barrio dan inicio a un trabajo con personas en situación de psicosis, cuyo enfoque está ligado principalmente al “trabajo

comunitario en salud y a la labor del voluntariado parroquial” (Díaz, Erazo, & Sandoval, 2008, p.27).

Después de trece años, en 1988, se inaugura la casa principal de la sede actual de la CTP (Pereda et al., 2013). Posteriormente, se da un paso más allá en la articulación de los objetivos específicos y se formula un trabajo alrededor de un Programa de Atención Primaria de Salud, con énfasis en Salud Mental. Se expanden las redes comunitarias para poder alcanzar a las personas con problemas en salud mental, especialmente personas en situación de psicosis. Esto se realiza mediante vinculaciones con el territorio más cercano, como la junta de vecinos, acercando las personas al conocimiento sobre los diversos problemas mentales. También se realizó un llamado “casa a casa” para conocer a las familias e identificar a personas en situación de psicosis (Díaz, et al., 2008).

“A partir de este trabajo, de acercamiento y cuidados cercanos con personas psicóticas, se hizo necesario para el equipo formalizar estas acciones en un Programa de Rehabilitación Diurno Ambulatorio, tomando las experiencias de des-institucionalización de reforma en Italia e Inglaterra. Estas experiencias sirvieron de referente para el análisis crítico de las políticas de Salud Mental vigentes hasta los años '90 en Chile, basadas en el énfasis asilar y el tratamiento médico tradicional” (Díaz, et al., 2008, p.28).

Este proceso fue acompañado por varios procesos importantes, tanto nacionales como internacionales. Posterior a la transición a la democracia, en los años '90, se volvió a poner atención en las políticas públicas relacionadas con la Salud Mental (SM). Tras lo cual, en el año 2001 se formalizó el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSM), que es un documento técnico y, en esos años, sin representación legislativa. Apunta a implementar nuevas estrategias, cuyos lineamientos son derivados de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sus tres pilares principales son el **Abordaje Comunitario**, la **Atención Psiquiátrica en relación a Atención Primaria en Salud (APS)** y el **Respeto a los Derechos Humanos** (Díaz, et al., 2008).

El Abordaje comunitario es entendido como un modelo de enfoque comunitario que antepone:

“(…) las prestaciones ambulatorias de atención, en dispositivos ubicados en los territorios que habitan los usuarios, que se encuentran organizados en red para proveer una atención coordinada y adecuada no sólo a las necesidades de cada usuario, sino también a las características psicosociales de una determinada población. Este modelo

privilegia la reintegración social y el fortalecimiento de los lazos del usuario con su comunidad” (Díaz, et al., 2008, p.15).

La Atención Psiquiátrica en relación a la APS busca el aumento de las “prestaciones y la accesibilidad a las atenciones en SM”, lo cual implica el aumento del “número de horas de diversos profesionales, como psicólogos, psiquiatras, médicos con capacitación en SM e implementando consultorías en APS” (Díaz, et al., 2008, p.16). El fomento del trabajo en red en el sistema de la salud mental es visto, por dichos autores, como un cambio positivo que se debe fortalecer. En el caso del tercer pilar el respeto a los derechos humanos es fundamental:

“(…) la protección a los pacientes establecida en el Decreto N° 570, surgen en el año 2005 las Garantías Explícitas en Salud (GES), las cuales implican acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de atención; todos estos entendidos como derechos fundamentales. En una primera etapa fueron priorizadas 3 patologías en SM: Esquizofrenia Primer Episodio, Depresión en personas de 15 años o más, y Consumo perjudicial o dependencia a alcohol en menores de 20 años” (Díaz, et al., 2008, pp.16-17).

Y aunque la implementación del PNSM tuvo muchas dificultades, sobre todo la ambigüedad de los conceptos que son usados en él y por consiguiente la falta de financiamiento estatal para poder implementar los cambios de mejor manera, son estos tres pilares que también se pueden notar en el funcionamiento de la CTP.

5.5.2 Herramientas terapéuticas

Les usuaries acuden de manera voluntaria a la Comunidad Terapéutica de Peñalolén (CTP) y generalmente llegan con diagnóstico de enfermedad mental severa, lo que implica que en todos los casos, al momento del ingreso, las personas presentan "actividad delirante, actividad alucinatoria, agitación psíquica, graves dificultades en la vida cotidiana e intenso sufrimiento mental" (Pereda, Sandoval, Silva, 2013, p.5). Esta situación mental no solamente invade la vida del usuarie sino también a las personas quienes lo rodean, por lo cual el programa de intervención está enfocado en trabajar de manera cotidiana con les usuaries, pero también con sus familias y la comunidad. Las dificultades de les usuaries se expresan en diferentes ámbitos de su vida cotidiana como la vida familiar, el trabajo y su tiempo libre. Como se ha mencionado anteriormente personas en situación de psicosis, viven con un espectro de dificultades que están relacionados a la "relación a otros,

expresadas en actividades del día a día, es decir para comenzar, desarrollar y terminar el día, para la organización en el tiempo y el espacio y para encontrar significado en el hacer (...)" (Pereda et al., 2013, p.6).

Por lo mismo, en los últimos treinta años, la CTP ha forjado nuevas estrategias y profundizado otras para fomentar la inclusión social de las personas. Para ello fue cada vez más necesario enfocar el trabajo con los usuarios en espacios grupales, mantener el diálogo constante entre el equipo, fortalecer el lazo con el vecindario y la red con instituciones ligadas a la salud. La base de las herramientas terapéuticas con las cuales se trabaja en la CTP consideran las hipótesis básicas "(...) del aparato mental, toda la riqueza de sus dinámicas y los efectos colectivos de ellas" (Pereda et al., 2013, p.4). Desde el modelo psicodinámico y la psicoterapia institucional se trabaja con conceptos como: "transferencia, discontinuidad del sentimiento de existir y el tratamiento por el colectivo" (Díaz, et al., 2008, p.14). Como segundo pilar fundamental se concibe el enfoque de derechos humanos (DDHH) cuya visión incluye que cada ser humano es persona de derecho y debe tener acceso digno a ellos (Díaz, et al., 2008).

"Aun considerando la condición mental y su expresión en la vida cotidiana como pilares centrales para pensar nuestro trabajo, el énfasis tanto al ingreso como en el desarrollo del plan de intervención, está puesto en lo situacional que incorporando la cotidianidad orienta la asistencia, las ayudas técnicas, los servicios de apoyo, colaboración y el diseño de estrategias más apropiadas en coherencia con un enfoque de derechos humanos y un modelo psicodinámico de la mente, en atención a las necesidades del grupo de personas descrito y de los diferentes equipos de tratamiento. Se releva de esta manera la prioridad del contexto, por sobre el foco exclusivo en el sujeto o en el fenómeno psicopatológico. Y fundamentalmente formaliza el objeto de tratamiento y sujeto de intervención, respetando la condición mental" (Pereda et al., 2013, p.4).

La suma de estos enfoques principales se inclina sobre la cotidianidad de la comunidad y de los usuarios. La cotidianidad de la CTP está organizada por el equipo interdisciplinario de psicólogas, terapeutas ocupacionales y una secretaria y es coordinada por todas y todos los integrantes de la CTP en la asamblea comunitaria. Trabajar sobre la cotidianidad implica acompañar a los usuarios en la orientación del tiempo y espacio, cumplir con los horarios de la grilla y manejar las necesidades grupales y las resultantes dinámicas. Es también por ello que desde el trabajo de la CTP la cotidianidad se entiende como un espacio terapéutico posible que se sostiene gracias a varias herramientas terapéuticas que se describirán a continuación.

La herramienta principal para el ordenamiento del tiempo y espacio de todas las personas que se hacen parte de la cotidianidad de la CTP es **la grilla**. La grilla indica a qué hora empieza y termina el día en la CTP, el desayuno, los talleres, la pausa, la asamblea, el almuerzo, los colectivos, las reuniones del equipo, las supervisiones con los pasantes y practicantes. Los pasantes y practicantes acompañan la orientación del tiempo y espacio, intencionando el cumplimiento de los tiempos de la grilla y, a la vez, respetando la situación mental de los usuarios. Los espacios de la grilla se respetan y realizan, pero, en el caso de que un usuario no quiera o pueda participar de ellos, no es obligado.

La grilla tiene una función relevante y representa la elaboración de un sistema organizativo que se va ajustando a los cambios que se producen en la institución. Es una herramienta flexible que ayuda a organizar el tiempo y el espacio por un lado, y por el otro lado colabora en la orientación de las tareas regulares y las ocasionales. Asistir a un taller puede ser una tarea regular, ya que es una tarea que se repite cada semana durante el mismo horario, por al menos un semestre y hasta un año. Hacer el aseo de los baños puede ser una tarea ocasional. Aunque esta tarea de aseo siempre se desempeña, es una tarea rotativa semanalmente, principalmente entre los usuarios, pero también entre el equipo. Según Oury debe existir una mínima invariabilidad entre la organización al azar, que puede representar la grilla. Estas dos variables son necesarias para facilitar la libertad de circulación de las personas, las experiencias, los diferentes ámbitos temporo-espaciales y sobre todo la circulación de la palabra entre los integrantes de la institución. Según Guattari la grilla ayuda en el desarrollo de la formación de nuevas subjetividades, por lo cual se entiende como una herramienta terapéutica (Sotelo, 2014). También articula los distintos espacios terapéuticos de la institución y apoya a los integrantes de la CTP, mediante la organización del tiempo-espacio, a hacerse parte de la cotidianidad de la institución (Sotelo, 2014).

“Las responsabilidades de la vida cotidiana se pueden organizar a través de una grilla, donde cada cual se hace parte de ciertas tareas (fijas o variables), rutinas, etc. Se organiza el aseo, el riego, los baños, el desayuno, el almuerzo, el lavado de vajilla, etc. No queda nada al azar, toda la organización del trabajo se habla en la asamblea. La trama se reúne en la asamblea, como la función del punto de capitón” (Sotelo, 2014, p.176).

La **asamblea**, igual que la grilla, es una herramienta terapéutica y a la vez el motor de funcionamiento de la CTP. La asamblea está abierta a la comunidad. En ella participan todos los usuarios y miembros del equipo que quieran y puedan participar, aquellos que

recién se hacen parte de la institución y los que llevan más tiempo en ella. Pero también pueden participar las personas egresadas de la CTP, familiares de los usuarios e invitados.

“Se discuten asuntos que competen a la vida en la institución, organizándose a partir de un acta, una persona que dirige y da la palabra, y otra que registra en un acta los acuerdos. Esta asamblea es una actividad histórica de la institución y por ella han pasado muchas personas. En ella se distribuyen los cupos de los talleres, las responsabilidades y acuerdos asumidos, la administración del tiempo libre, la economía, etc. Algunas veces a través de ella los nuevos usuarios se presentan al grupo“ (Sotelo, 2014, p.101).

La grilla y la asamblea articulan el funcionamiento de la comunidad terapéutica, el tiempo y el espacio, y dejan registro de lo que sucede en los espacios terapéuticos de la institución. Involucran a la cotidianidad de la cual se hacen parte los integrantes de la CTP y le dan un sentido, mediante la organización, la continuación y el registro de los sucesos en ella.

El concepto **cotidianidad** es amplio e involucra varios conceptos teórico-prácticos cuyas raíces se pueden encontrar en la psicoterapia institucional. Por las condiciones históricas, culturales, territoriales y referentes a las políticas públicas existentes en Chile, se articulan de manera similar, pero no exactamente igual. Aquello implica que la psicoterapia institucional, la cual se implementó paulatinamente después de los años 2000 en la CTP, tiene varios puntos en común con la PI de Francia, pero también tiene sus límites. La asamblea sería el concepto que se asemeja más al club terapéutico por ejemplo. Pero la cotidianidad está articulada de otra manera, ya que los usuarios no viven en la CTP ni van necesariamente todos los días. Para entender de mejor manera el concepto se presentan los tres principales ejes que están entrelazados: el ambiente, el lazo y lo interno (Díaz, et al., 2008).

El **ambiente** es comprendido como espacio facilitador de la institucionalidad de la CTP. Procura los espacios comunes por los cuales transitan todos y todas las integrantes de la institución, al igual que el cuidado de ellos. El cuidado es entregado por la mantención del jardín y el aseo de los espacios comunes, por ejemplo. Estas actividades, entendidas como terapéuticas, son gestionadas en la asamblea de la comunidad. Parte de ellas son también el desayuno y los almuerzos, que son actividades diarias en las cuales participan los usuarios que quieran y puedan participar, al igual que el equipo, los practicantes y pasantes. La finalidad de estos espacios comunes, como descrito en el apartado sobre la PI, es el intercambio y la circulación diaria entre los usuarios y el equipo, a base de los intereses de

los individuos y el colectivo. Las interacciones en el ambiente facilitan la creación de lazos, positivos y negativos, de los integrantes de la institución. Es aquí donde el concepto de la transferencia cobra sentido, ya que al facilitar un ambiente de multirreferencialidad posibilita la multi-investigación (Díaz, et al., 2008).

Pero la multirreferencialidad no termina en el ambiente de la CTP. El **lazo social** es una herramienta teórica que puesta en práctica relaciona a los usuarios y la institución con el mundo exterior. La orientación hacia las afueras de la institución implica actividades grupales, trabajo desde colectivos que se forman al interior de la comunidad y favorecen la socialización como la venta mensual de ropa del bazar, el intercambio cultural con otros países, el trabajo en red de salud y, por ende, el trabajo a acceder a derechos humanos básicos (Sotelo, 2014).

“(…) la búsqueda de trabajo, acceso a la vivienda, los intercambios de dinero a través de la venta de objetos producidos en los talleres, los intercambios culturales con otros países, por ejemplo. Además del trabajo del equipo tratante con las reuniones que se realizan al exterior y que tienen por objeto el tratamiento o seguimiento de un usuario en la denominada red asistencial” (Díaz, et al., 2008, p.32).

Y aunque el acceso a los derechos humanos de cada persona es importante y principal en el tratamiento de la CTP, son las personas y las interacciones personales las que dan vida a todas estas estrategias terapéuticas, al igual que la posibilidad de un tratamiento dinámico. El valor del lazo social es posible gracias a las interacciones humanas, que acentúan el valor terapéutico (Sotelo, 2014).

“Por lo tanto la institución favorecerá y garantizará todo el tiempo que eso pueda darse. Ella misma hace lazo con los vecinos y el Estado y entremedio, en los tránsitos reales y simbólicos que esos caminos promueven, es donde transitan los pacientes. Todas las personas, quiéranlo o no, involucradas con el paciente en la institución comparten la responsabilidad del tratamiento” (Sotelo, 2014, p.103).

El tercer eje abarca **lo interno** e involucra, entre otros, espacios de escucha individual que son titulados como tutorías:

“Cada usuario cuenta con dos tutores que siguen su tratamiento, una terapeuta ocupacional que evalúa su nivel de discapacidad, puntúa diariamente sus actividades, y facilita el manejo de habilidades para la vida, tanto individuales como colectivas, y una

psicóloga o psicólogo que se dispone a pensar sobre sus conflictos, sus ideas, sus deseos y su historia, muchas veces difícil de seguir” (Sotelo, 2014, pp.101-102).

Como todas las personas, les usuaries al ingresar a la CTP pasan por una fase de aclimatación y de qué manera la persona se integra en la institución. La integración de los nuevos integrantes es un trabajo paulatino de parte del sujeto y del equipo, en el cual lentamente se puede hacer parte de la cotidianeidad de la institución al igual que del tratamiento individual con sus tutoras. Es un trabajo de acompañamiento terapéutico y análisis importante en el cual las tutorías, al igual que los diversos ejes terapéuticos de la CTP, van a jugar un rol importante en actuar como sostén terapéutico para les usuaries. Es un espacio de escucha que debe estar disponible desde todos los rincones de la institución, en el cual hay que permanecer flexibles, disponibles y observadores. Observadores, ya que, gracias a la concepción del ambiente, todo espacio y discusión puede ser una interacción terapéutica que posteriormente se puede comentar y trabajar con el equipo (Sotelo, 2014).

Aparte de los espacios individuales en la institución, también existen espacios grupales en el eje de lo interno. Los talleres son espacios grupales en los cuales pueden participar alrededor de ocho usuaries y es guiado por un tallerista. Los talleres grupales, como talleres de Arte, Mosaico, Cognitivo, Reciclaje, Cocina etc, han ido cambiando a lo largo de los años, ya que depende de los intereses de les usuaries, el equipo interdisciplinario y la disponibilidad de los talleristas. A menudo en esos espacios grupales también participan practicantes y/o pasantes, como acompañantes terapéuticos, para hacer la grupalidad y el ambiente más llevable para les usuaries.

Todos los espacios de la cotidianeidad relacionados a la comunidad terapéutica en Peñalolén pueden ser tomados como posibilidades terapéuticas, un ambiente facilitador para la terapia, lo cual acuerda a la terapéutica activa de Herman Simon. Es terapéutico porque es pensado así por un lado pero también facilitado de tal manera. Les usuaries pueden expresarse de la manera que necesite en cualquiera de los espacios de la CTP, existen regulaciones, eso también es cierto. Si un usuarie se para a cada minuto, se le va pedir que se siente para poder seguir con la actividad grupal. Se respeta su situación mental y se toma como una posibilidad de interacción posible. Por ello cobran sentido los acompañamientos terapéuticos en los talleres, la presencia de personas que entienden los conceptos de la PI y la entrega respetuosa de espacios de decir a la persona en situación de psicosis.

Los acompañamientos terapéuticos se pueden encontrar en una variedad de espacios. Desde lo interno se comprenden todos los espacios del ambiente, o cualquiera sea el espacio del cual algún usuario requiere acompañamiento. Lo último implica que también puede ser al exterior de la institución, como facilitador de espacios comunes o acceso a derechos básicos, por ejemplo (Díaz, et al., 2008). En este punto reanudaremos en el próximo capítulo.

5.6 Acompañamiento terapéutico

5.6.1 Historia del AT

Las primeras conceptualizaciones del dispositivo terapéutico, hoy conocido como acompañamiento terapéutico (AT), se pueden encontrar en Argentina desde los inicios de los años '70. Nace a partir de momentos de crisis de la clínica psiquiátrica y psicoanalítica y sus resultantes necesidades terapéuticas con personas en situación de psicosis (Rossi, 2007).

“(…) aunque existieron experiencias similares que no llevarían ese nombre, en ese campo de entrecruzamiento entre distintas disciplinas, en un borde de la clínica donde resulta sumamente problemático el trabajo terapéutico sin considerar el ambiente social y familiar del paciente. O pretendiendo sostener estrategias de tratamiento con el esfuerzo solitario desde el consultorio del psiquiatra, psicólogo y/o psicoanalista que dirige una cura. En algunos casos, incluso el recurso de algunos dispositivos institucionales no resulta suficiente para la contención cotidiana de un paciente” (Rossi, 2007, p.19).

Esta cita se liga a dos ideas principales: el tiempo finito del psiquiatra o psicólogo y el tiempo ilimitado de atención que necesitan los pacientes en situación de psicosis. En el borde de la necesidad terapéutica del paciente y el psicólogo nace la necesidad del AT. La cita también alude a la ineficiencia de la libertad de circulación y espacios de decir, espacios cruciales en el tratamiento con personas en situación de psicosis, en instituciones cerradas (Rossi, 2007).

“El AT llega además en el marco de un cuestionamiento generalizado sobre el recurso de la internación cerrada (el aislamiento asilar, tal como se produce en los comienzos de la disciplina psiquiátrica), desde distintas perspectivas, por resultar inconducente e incluso evitable en una importante cantidad de casos” (Rossi, 2007, p.19).

El AT se enmarca entonces en un contexto histórico de aperturas a cambios, tanto a nivel micro, en la relación dual del psicólogo y el paciente, así como a nivel macro, en el cual se pueden posicionar la contrapsiquiatría entendida desde la psicoterapia institucional en diversos países, entre ellos Argentina y Chile. Aquello posibilita la implementación de dispositivos de atención ambulatoria con enfoques inter- y transdisciplinarios en los cuales se encuentra un espacio para el dispositivo del AT (Rossi, 2007).

“(…), se desplegaron interesantes experiencias de ruptura con la institucionalización psiquiátrica tradicional, mediante la implementación de sistemas abiertos, que daban cuenta de una nueva significación de la locura y de su tratamiento, con la premisa de resguardar la inserción social y productiva del paciente” (Rossi, 2007, p.20).

En el contexto de ruptura con el modelo psiquiátrico tradicional es donde se enmarca el dispositivo del AT como “un recurso especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica” (Rossi, 2007, p.44). Se entiende como un recurso ambulatorio que trabaja con la cotidianeidad del paciente, es decir la circulación en espacios públicos conocidos para el paciente que pueden ser la calle, parques, instituciones etc., para apoyar el desarrollo del proyecto terapéutico indicado por el equipo terapéutico. Aquello implica que el AT puede apoyar de forma complementaria al psicólogo o el equipo terapéutico, la contención del paciente y su familia (Rossi, 2007).

“Porque lo cotidiano es donde el acompañante terapéutico se incluye, porque propone un trabajo terapéutico en esa escena en la que participa y construye cada día, (...). Se trata de interlocutores de lo cotidiano: es el acompañante terapéutico en su práctica un interlocutor para aquel a quien acompaña, a veces también para su familia” (Rossi, 2007, p.13).

Como interlocutor de lo cotidiano para y con las personas en situación de psicosis el dispositivo del AT se puede entender como una presencia hablante, que según Maud Mannoni, es alguien que apoya el registro de la cotidianeidad del paciente mediante intervenciones de carácter flexible pero, sobre todo, continuas. Y es ello lo fundamental del AT: la flexibilidad en su quehacer y el apoyo de la continuación de los cuidados terapéuticos (Rossi, 2007).

“También trabaja para facilitar el lazo social o incentivar la reinserción educativa, laboral, recreativa, en pacientes que no se encuentran en un período de desborde o crisis. Es un

elemento privilegiado, entre otros recursos, para evitar la estigmatización social, la segregación y la cronificación” (Rossi, 2007, p.45).

Como recurso terapéutico se puede entender que el AT permite “despejar campos diferenciados de intervención” y la articulación entre ellos sobre todo en el caso de las personas en situación de psicosis (Rossi, 2007, p.45). Lo cual implica trabajar desde el lazo social, la evitación de hiatos terapéuticos, apoyar nuevas formas de inscripción social para y con los pacientes, es decir la reinserción social, laboral y educativa. Viéndolo desde ese punto el AT apoya la promoción de la integración de la locura a nivel social y la continuidad de cuidados para las personas en situación de psicosis en particular (Rossi, 2007).

Por la flexibilidad del lugar del AT y su actuación como interlocutor de lo cotidiano, los pacientes pueden ubicarlo en distintos roles que les son conocidos. Lo importante es distanciarse de ellos para que la relación no caiga en una situación paradójica en la cual el paciente espera ser, por ejemplo, amigo del AT, pero, como es su trabajo, no le puede entregar lo que el paciente busca. Aquellas situaciones son importantes de evitar ya que pueden ser confusas para el paciente y por lo mismo afectar de manera negativa el avance terapéutico.

“El hecho de que un acompañante terapéutico se presente como amigo frente al paciente a partir del vínculo terapéutico, al contrario de ayudar a fortalecer la construcción del mismo, puede servir como un elemento que distorsiona el proceso terapéutico en sí. A partir del momento en que todas las diferencias mutuas son apagadas, o disfrazadas, es generado un tipo de vínculo ilusorio, con alto grado de ambigüedad que a corto o a largo plazo inhibe el trabajo desarrollado” (Mauer & Resnizky, en Mathias, 2008, p.2).

Es por ello que la persona que ocupa la posición del AT como recurso clínico debe entender primero a qué posiciones se acercará, pero sobre todo las posiciones que no debe ni puede ocupar:

“Ni psicoterapeuta, ni analista. Ni asistente ni trabajador social. Ni educador especial, ni maestra recuperadora. Ni enfermo psiquiátrico. Ni vigilante, custodio o guardia privado. Ni secretario. Ni amigo, ni familiar. Aunque a veces tendrá cierto “semblante” que lo acerque a estos lugares, aunque sea ubicado por el paciente allí, paradójicamente serán estos roles de los cuales tendrá que diferenciarse en mayor o menor medida. De acuerdo a la particularidad del caso, con su libertad y sus restricciones a cuentas: ahí está la estrategia en la cual se plantea el AT” (Rossi, 2007, p.43).

La estrategia relacionada con el dispositivo del AT está ligada a su flexibilidad en la intervención y presencia en diversos lugares y momentos del plan terapéutico. La posición del AT en cada uno de los casos va variando, por lo cual es importante trabajar de manera constante las tensiones entre la función y el rol del AT. El dispositivo se adapta según la unicidad de cada caso, es decir la función del AT varía a partir de las necesidades de cada persona, al igual que su rol y la posición que se tomará según cada caso (Rossi, 2007).

5.6.2 AT en la CTP

Ocupar un lugar dentro del dispositivo del AT de la Comunidad terapéutica, es una tarea variada cuyo lugar puede ser ocupado por todas las integrantes del equipo interdisciplinario, desde las psicólogas hasta la secretaria pero, sobre todo, por las practicantes y pasantes, ya que es su principal función en la institución. Eso implica conocer los tiempos y lugares que indica la grilla, al igual que acompañar el horario de apertura de la institución, ambientar los lugares que se van a ocupar y empezar el día con los usuarios. No solamente las mañanas se acompañan, sino que también se marcan verbal y corporalmente los comienzos y términos de las actividades diarias por parte de cualquier participante del equipo que esté presente. En la gran mayoría de las actividades grupales están presentes los practicantes, ya que su rol de AT en el interior de la institución involucra la interlocución de la cotidianidad de la CTP y los usuarios.

Para que los usuarios se integren a la cotidianidad de la CTP eligen, en conjunto con sus tutoras, talleres que les podrían interesar. En cambio, al ocupar el lugar del AT es necesario hacerse parte de la estrategia terapéutica y, por ende, integrarse a la organización del equipo interdisciplinario. El vínculo explícito con el equipo interdisciplinario de la CTP es forjado mediante supervisiones grupales e individuales que ocurren semanalmente. En el momento en que una se hace parte de la CTP como practicante, se hace parte de la grilla. Se pueden elegir ciertos talleres, pero también depende de la estrategia del equipo y en qué taller se necesitan más o menos ATs. Es decir, cada practicante se hace parte de la cotidianidad de la CTP, de manera similar a los usuarios, haciéndose parte también de talleres de manera continua. Por el otro lado, tenemos que diferenciarnos de ellos al integrar nuestra labor de ambientación de los lugares, haciéndolo más tolerable para los integrantes de la CTP, al estar presentes y preparados para poder intervenir en los momentos que sean necesarios.

Los practicantes son una extensión del equipo que están presente la mayor parte del día en la cotidianidad de la CTP. Su presencia, escucha e intervenciones flexibles apoyan el proceso terapéutico de les usuaries pero también el equipo, ya que las profesionales no pueden participar en todos los espacios, por el tiempo finito del terapeuta (Rossi, 2007). Las personas que ocupan el lugar del AT apoyan y acompañan a les usuaries en la cotidianidad de la CTP, lo cual implica poder observar sus vivencias día a día.

“Como plantean Davoine y Gaudillière (1998, 2011, 2012) que es a partir del reconocimiento de una subjetividad presente en la palabra del loco, como en un delirio por ejemplo, es que se podrá abrir la posibilidad del encuentro con la locura. Esto vendrá a situar una posición ética de quien se hace parte del proceso de escucha y la relevancia, por tanto, de la transferencia en tanto elemento fundamental de éste” (Alarcón, 2016, p.1).

Al estar presente en la cotidianidad de la CTP y hacerse parte de ella, es decir estar presentes para les usuaries, también los practicantes ponen su cuerpo y espacio mental a disposición de la transferencia estallada de las personas en situación de psicosis. Ponerse a disposición de esa manera, acompañando las subjetividades de manera inclusiva, posibilita el vínculo transferencial (Alarcón, 2016). De la misma manera se “(...) plantea que las formas de comunicación de las personas con psicosis sólo son posibles de rearticular gracias al vínculo transferencial y su análisis, considerando la importancia de la transferencia como un garante de la relación terapéutica” (Benedetti en Alarcón, 2016, p.2).

Como mencioné anteriormente, la transferencia de la persona en situación de psicosis se puede extender sobre toda la institución y todas y todos sus integrantes. Es por ello que con un ambiente multirreferencial se puede conocer a les usuaries desde múltiples ángulos y las impresiones de la persona se pueden integrar a una visión global del equipo (Alarcón, 2016, p.2). Por ello parte del trabajo del dispositivo del AT es testimoniar y comentar los eventos que parecen relevantes en las supervisiones individuales y grupales.

"Oury (2013) habla de la existencia de las personas con psicosis como multireferencial. Es decir, ciertas zonas se encuentran privilegiadas sea un compañero, un árbol, un lugar, toda suerte de cosas; es disociado. El énfasis en todo esto es que el trabajo consiste justamente en tener en cuenta esos multi-investmentos, en todos los niveles, y es entonces muy importante tener un medio múltiple y variado" (Alarcón, 2016, p.84).

Por un lado, es importante la visión global de cada usuaria, cuya imagen se puede ir armando como un mosaico por el equipo interdisciplinario y el trabajo con la transferencia de cada integrante de la institución. Por otro lado, todas las personas que se hacen parte de la institución son parte de una red más amplia, por lo cual el quehacer clínico se engloba también en la intersectorialidad. La intersectorialidad, según Velásquez (2017, p.18), puede comprender “la articulación entre distintos sectores, tanto público, social y mercantil” pero también hace alusión a sectores que tienen cierta área de expertise y se articulan el uno con el otro. Aquello quiere decir que el trabajo de la CTP en general y la del AT en particular no solamente “(...) se desarrolla en el “caso” individual, sino en el tejido donde las personas van tomando lugar. El lazo es con la comunidad, con las familias, con la red local; pensamos la asociatividad en la intersectorialidad” (Alarcón, 2016, pp.93-94).

6. Discusión y Conclusión

Después de todo este recorrido se siente necesario hacer una pequeña recapitulación. En los antecedentes hemos pasado por la historia de la locura dibujando el camino de cuya exclusión hasta el siglo XX. Han habido varios autores que han escrito sobre ella, los que se eligieron para esta memoria, mostraron un feroz aprovechamiento de la existencia de las personas en situación de locura. Exclusión social, encarcelamiento y encadenamiento, tortura física y psicológica, aprovechamiento de su padecer para crear una disciplina y su posicionamiento de poder en la sociedad. Bueno tampoco hay que olvidar que “gracias” a los experimentos, que se llevaron a cabo en los cuerpos de las personas en situación de locura, se pudieron sustentar avances científicos, posicionados desde el positivismo, y, también, la monetarización de los mismos.

También hemos pasado por los mecanismos de las instituciones totalitarias (IT). Instituciones que existen hasta el día de hoy, en las cuales se pueden ver la transformación por la cual ha pasado la exclusión de la locura. Hoy en día se sigue apartando, ya no se encadenan, en la mayoría de los casos y en estricto rigor no se encarcelan. Algunas de las IT, desde el punto de vista arquitectónico aún recuerdan a una cárcel y el enfoque terapéutico también. Existen jerarquías verticales en las cuales los médicos psiquiatras se posicionan en el punto más alto de la pirámide, les sigue el personal y al último vienen los pacientes. Los que comparten más inmediatamente son el personal y los internos. Según Goffman (1961) erigen dos grupos, que tienen opiniones rígidas y negativas sobre el otro grupo.

Este apartado es seguido por la descripción de la banalización del mal, definida por Hannah Arendt. Describe el fin último de los regímenes totalitarios como la aniquilación de ciertas existencias no deseadas que es titulado como el mal radical. Esto es logrado mediante la tortura y subyugación continua de aquellas existencias, que quiere llevar a la supresión de la singularidad, lo cual las hace superfluas. Este régimen y sus objetivos se logran por la obediencia y ejecución de órdenes de personas terriblemente normales, las cuales son un concepto central de la banalización del mal.

Es aquí donde la mecánica perversa, nombrada por Davoine & Gaudillière (2010), cobra sentido. Entienden la lógica totalitaria como una manera perversa de socializar que se puede replicar en distintos niveles de la sociedad: societal, gubernamental, grupal e interpersonal. Se entiende que, al hacer superfluos a las personas, sus expresiones únicas y sus relaciones, son desubjetivadas y, por ende, cosificadas. Ese proceso es entendido, por los autores, como un lazo social de corrupción.

Una vez revisado los conceptos generales que rodean e inciden directamente en las vidas de las personas en situación de locura, me fue importante revisar cómo es conceptualizado la locura en la actualidad. Empezamos por aproximaciones clásicas de la psiquiatría, para poder darle una continuidad lógica a lo escrito anteriormente. Lo que se puede ver en los diversos manuales listados en el marco teórico es la importancia principal de la descripción del síntoma. La alucinación y el delirio, sus diversas formas y expresiones son presentadas de varias maneras y en detalle. Los distintos cuadros de esquizofrenia hasta trastorno delirante, entre otros, son descritas y diferenciadas las unas de las otras. En el apartado sobre las conceptualizaciones del MINSAL se torna el foco hacia todas las limitaciones que viven las personas en situación de psicosis desde su vida diaria, hasta lo relacional y laboral.

En el apartado sobre diversas concepciones psicoanalíticas se presentan cinco teorías de distintos autores. Las concepciones freudianas de la psicosis se centran en la comparación de las diferencias entre neurosis y psicosis. Las concepciones kleinianas se centran en el devenir psíquico de los infantes y la no superación de la posición esquizoparanoide. El foco está puesto principalmente en el desarrollo intrapsíquico. Winnicott, un discípulo de Klein, se apega a su teoría de las posiciones pero, para él, lo central es el ambiente facilitador, cuya idea deviene en el espacio transicional. Lacan, un conocido re-lector de la obra de Freud, tiene su propia forma de presentar el psicoanálisis, por lo cual para él la metáfora del padre está en el centro y la forclusión del nombre del padre es central para la psicosis.

Para Davoine y Gaudillière la psicosis, o mejor dicho la locura, es el punto esencial de su campo de investigación y escritura. Ven los síntomas delirios y alucinaciones como las herramientas posibles que tienen las personas en situación de psicosis. De hecho dan un paso más allá y las presentan como herramientas de investigación. Para estos autores las personas en situación de locura están elaborando su propia realidad con los instrumentos de investigación que tienen al momento. Los autores nombran el campo de la psicosis como un campo de investigación ya que tienen el mismo drive: ser reconocidos y ser escuchados.

En los próximos dos subgrupos del marco teórico se presentan dos materializaciones de la contrapsiquiatría, que nacen después de la segunda guerra mundial en Europa. Por un lado nació la Comunidad Terapéutica (CT) en Inglaterra que puso como foco la terapéutica activa, la resocialización en grupos pequeños y la responsabilización de los pacientes de su propio tratamiento. Fue uno de los primeros intentos de humanizar el asilo psiquiátrico.

En Francia se creó la Psicoterapia Institucional (PI) cuyo enfoque fue similar al de la CT. La responsabilización y participación activa de los pacientes en su propio tratamiento era el foco central. Para ello se partió de la base del psicoanálisis y se fue armando una teoría para trabajar sobre el foco principal, los pacientes, pero también para sostener la horizontalidad de los cuidados y las jerarquías de la institución. Un punto importante de la PI es que el asilo está enfermo y por eso es importante pensar a todas las personas que lo habitan, de enfermeros a pacientes a cocineros a psiquiatras. Las herramientas terapéuticas están íntimamente ligadas a la teoría y se alimentan mutuamente.

En la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, que se encuentra en Chile, nos podemos encontrar con una institución que incorpora varios puntos de la CT y PI, pero fuera de las puertas del asilo y en un contexto histórico-social-político y territorial completamente diverso que en Europa. La atención diurna está centrada en la idea de entregar herramientas para la coordinación del tiempo y espacio. Al incorporar al usuario en una grilla se le posibilita la idea de una estructura y hacerse parte de ella, mediante talleres, la grupalidad, la asamblea y responsabilidades que los usuarios pueden *elegir*.

Pudimos ver que hay varias formas de trabajar con personas en situación de psicosis. Las que se presentaron en este trabajo son por un lado las concepciones clásicas de la psiquiatría y el manicomio y, por el otro lado, los diversos acercamientos psicoanalíticos e instituciones que proponen concepciones progresistas en el mismo manicomio, pero

también fuera de él, y están relacionadas con el movimiento de la antipsiquiatría. Claramente existen varias corrientes más que no se han podido presentar en este trabajo.

Las herramientas terapéuticas que usa la CTP en Chile, son parte de ese movimiento. Su forma de trabajar está inspirada por concepciones teóricas de la PI y la CT, e involucra varias concepciones postfreudianas en su trabajo. En la CTP se usa la grilla como herramienta que ordena el tiempo y espacio para los usuarios pero también para el equipo. La asamblea, entendida como corazón de la CTP, es una herramienta para organizar la grupalidad entre los pacientes pero también con el equipo. Es en ella donde se pueden re-actuar patrones familiares, pero también encontrar nuevas formas de relacionarse (Huneeus, 2005).

Pero eso último está siempre presente en todos los espacios de la CTP, ya que su propia espacialidad es pensada como terapéutica. Es mediante las herramientas teórico-prácticas como la cotidianeidad que se puede pensar cualquier espacio como un posible espacio terapéutico. La cotidianeidad involucra el ambiente que con el apoyo de los acompañantes terapéuticos se plasma en aquellos espacios que pueden pasar desapercibidos, como la pausa en el patio o las conversaciones del pasillo, que pueden suceder pequeños avances terapéuticos. El lazo social y lo interno también forman parte de la cotidianeidad. El lazo social acerca a los usuarios a sus comunidades, vecinos cercanos, instituciones de la comuna y/o estatales. Lo interno es la atención clásicamente terapéutica como la atención individual con las tutoras o la participación en diversos talleres que le elige.

Estas herramientas junto con varias otras, que no se han podido nombrar todas en este trabajo, son las principales y las que más en común tienen con los principios de la PI y la CT. La asamblea de la CTP tiene similitud con el club social de la PI, la grilla es importante también en la PI, la terapéutica activa de Simon es aplicada por la CTP, la PI y la CT, para nombrar algunos entre tantos. Pero lo que tienen principalmente en común con los otros dos enfoques son los valores. La PI, en particular, se basa en el principio de la responsabilización de las personas que están involucradas con la institución. Eso también incluye la profunda convicción de que todas las personas tienen el mismo valor y, por ende, ver a las personas en situación de psicosis como un ser humano que puede tener deseos de cambio (Sjöman, 2017). Trabajar desde estas convicciones y principios implica varias variables:

“(…) es un proceso que promueve la responsabilización del conjunto de todos los tratantes y los pacientes en torno a la aparición de redes lenguajeras en torno a vías de circulación económicas, sociales y culturales en el establecimiento (...) es al precio de una constancia social y vigilante de la transversalidad de los espacios sociales que el carácter terapéutico puede mantenerse y llegar a resistir las pulsiones jerarquizantes, ejemplo típico de alienación social y fuente de destrucción del sujeto” (Fontaine, citado en Sotelo, 2012, p.42).

Este posicionamiento es aplicable a todas las herramientas terapéuticas desde la PI y CT e involucra, en específico la transferencia y entenderla desde la multirreferencialidad. Es decir trabajar con varias personas que están capacitadas para escuchar y darle lugar a la realidad personal de cada persona, entendiendo que puede diferir de la propia y respetarla. Aunque difiera de la propia, nos sea ajena e inentendible a ratos, se entiende que ninguna figura de autoridad tiene el derecho de ejercer su poder de manera totalitaria sobre otra, sea cual sea su diagnóstico. Por lo mismo implica darle un lugar a la vivencia del otro, facilitar la creación de lazos con varias personas para que las personas en situación de psicosis puedan crear una diversidad de vínculos, si es que así lo desean.

“Si con Freud este se analiza a través de la transferencia de manera individual, la psicoterapia institucional lo toma en su dimensión institucional, grupal, política y colectiva; incluso ética” (Sotelo, 2012, p.36).

Pensando la transferencia desde la variable ética, nos lleva al principio de la libertad de circulación y la posibilidad de investir transferencialmente los espacios de la institución. Estos están íntimamente ligados a la concepción de la psicosis desde la PI, desde la cual se entiende que las personas experimentan el espacio-tiempo de otra manera. Por lo mismo la persona no se relaciona de la misma manera con su exterior y hay que facilitarle varios puntos de ancla (Tapia, 2014).

Esta idea construye la posibilidad de una “transferencia institucional” que tiene el fin de ayudar a la persona a reconstruir su relación con el mundo a partir de cómo se construye a sí mismo. Este proceso tiene el fin de entregarle la dimensión de la continuidad del existir y trabajar la doble alienación que sufren las personas en situación de psicosis (Tapia, 2014).

En este sentido la institución terapéutica se puede interpretar como un espacio facilitador con función de sostén para las personas en situación de psicosis, en el cual pueden revivir y resignificar experiencias infantiles de manera segura y acompañada. Sus herramientas terapéuticas, especialmente la transferencia, hacen del espacio institucional un fenómeno

transicional para las personas en situación de psicosis. Así se podría ver desde la teoría de Winnicott.

Desde la teoría de Davoine y Gaudillère el espacio de la institución terapéutica intenta no objetivar el sujeto ni re-traumatizarlo al no validar su experiencia. De hecho desde la CTP, la PI y la CT se intenta todo lo contrario. El delirio comprendido como una herramienta es validado y escuchado. En la CTP también se enfrentan con los obstáculos personales del equipo. Las supervisiones grupales y personales son importantes para que el equipo reflexione y se cuestione las dinámicas perversas con las que cada uno se puede haber enfrentado en la vida. Ese cuestionamiento y trabajo constante que ayuda a no plasmarlo en la comunidad, en el ambiente, en los talleres y sobre todo con los pacientes.

La filosofía de base es derrumbar las paredes del asilo que llevamos dentro. El profundo cuestionamiento de nuestra humanidad, nuestros lazos y cómo la labor con personas en situación de psicosis implica una intensa transferencia que hay que trabajar para poder acompañar. También se trabaja con el lazo social y la mal llamada reinserción social de la locura. Pero no hay reinserción si nunca estuvo en el lazo social. Las personas en situación de psicosis han sido excluidas desde hace milenios. Y aunque existen espacios que trabajan de otra manera e intentan incluir a las personas en situación de locura, aún siguen existiendo espacios institucionales, pero también culturales y familiares que excluyen a la locura.

Y es por ello que es importante recalcar que la teoría importa. En el transcurso de este trabajo se han podido exhibir varias teorías. Las teorías psicoanalíticas, varias diversas en sí tienen algo importante en común. Se ve el síntoma, se describe, pero va más allá de la mera descripción. El síntoma toma sentido en una cosmovisión del ser humano. No opino que el psicoanálisis es perfecto en cómo presenta y sobre todo posiciona a la locura, pero es por lo menos más humana al hacerlo, ya que se habla de un sujeto y todas las matrices que eso conlleva.

Las teorías psiquiátricas clásicas describen el síntoma, lo clasifican y describen algunas consecuencias de ello para un objeto de estudio. Volveremos a ello en un momento. Personalmente, encontré importante el ejercicio de repasar elementos históricos en general y, sobre todo, de la historia de la locura en particular. La importancia de hacer este ejercicio es, por un lado, el trabajo de la documentación y, por otro, ver de qué manera han sobrevivido ciertos mecanismos de la exclusión de la locura. La revisión bibliográfica de los antecedentes evidenció que, aún hoy en día, siguen existiendo instituciones que excluyen a las personas en situación de psicosis y “otredades inaceptables” de la sociedad. Y

efectivamente siguen habiendo maltratos psicológicos constantes en instituciones totalitarias, como lo son las clínicas psiquiátricas.

En la clínica psiquiátrica, a la cual fui por el acompañamiento con una usuaria de la CTP, ví, pegado en la pared, un cartel de los derechos y deberes. Lo cual es obligatorio después de la vigencia de la Ley N°20584 (Ministerio de Salud, 2012). Sin embargo, al mismo tiempo, y sólo en la primera media hora que estuve allí, presencié por lo menos cuatro situaciones en que se quebrantaron esos derechos, sin cuestionamiento alguno por parte del personal. Es decir, los abusos, en los mal llamados “asilos de locura” siguen ahí, sólo que se han transformado. Se han relegado a espacios simbólicos, a microexpresiones de las radicalmente brutales agresiones de antaño. Aunque me encantaría enfocarme en ello, mis preguntas de investigación son otras. Esta es una limitación de mi investigación. El análisis de caso y sus concluyentes definiciones de microagresiones e interseccionalidad de opresiones que viven las personas en situación de psicosis lo tendré que realizar en otro momento.

De todas maneras, incluso considerando dicha limitación, podemos ver claramente, en las lecturas que se reunieron para los antecedentes, que existen claras jerarquías de poder en las IT como lo son las Clínicas Psiquiátricas o Hospitales Psiquiátricos, para nombrar algunos. Las jerarquías están claras: el doctor está en la punta de la pirámide, después le siguen el personal y al último vienen los internos. Y, consecuentemente, el ejercicio, uso y abuso, del poder anejo a dicha jerarquía.

Entender esta dinámica desde el punto de vista histórico es increíblemente interesante. Antes que se estableciera la jerarquía vertical en los asilos, los doctores estaban recién teorizando sobre los orígenes de la locura de la manera más macabra posible. Estamos hablando de otros tiempos, pero no he escuchado al gremio de médicos, sobre todo psiquiatras, disculparse por tal barbarie o asumir responsabilidad alguna como institución. No estoy hablando solamente de la crueldad de los siglos XIV hasta XVII, sino que también del pleno siglo XX, cuando se usaba la lobotomía de manera regular y se vendía como cura (Whitaker, 2002). Según mi opinión personal, esa es una estrategia de marketing para monetizar el sufrimiento humano de la familia y de la persona en situación de locura. Ya que según Whitaker (2002) la lobotomía es más bien la aniquilación del ser de una persona y eso, loca o no, claramente no es cura sino que es un ejercicio desnudo de subyugación y crueldad.

Personalmente, en todo este tiempo de investigación, no he leído de ningún psiquiatra que reconozca de manera oficial el abuso de poder desde el gremio de los psiquiatras y ofrezca solucionar el problema sin hablar siquiera de reparaciones. Por otro lado, el estado también brilla por su ausencia. Crear leyes incompletas, meramente ideales, llenas de palabras de buena crianza, pero desconectadas de las demandas efectivas de las personas en situación de locura, como lo es el cartel de derechos humanos, no sirve si no se crean espacios para reflexión en las instituciones, sean estatales o privadas. Por otro lado, estos carteles también son insuficientes si no hay nadie que supervise el trato que se entrega a los internos y no haya capacitaciones constantes para el personal, incluyendo a los doctores. Y digo que no sirven porque no sólo no hay nadie que se haga responsable de las crueldades que ha sufrido la comunidad de las personas en situación de locura, sino que esas crueldades persisten y están más vivas que nunca.

Finalmente connotar que la formación separatista entre el personal y los internos (Goffman, 1961) en el caso de las clínicas psiquiátricas no le es útil ni al personal ni a los internos, ya que existe la cronificación. Aquella la sufren claramente los internos pero por otro lado debe haber mucha frustración también del personal. ¿A quién le gustaría ir al trabajo y no ver ningún avance en su labor, sino más bien confrontarse con lo mismo todos los días?

Me atrevo a hipotetizar que a nadie, que no tenga rasgos profundamente sádicos, le satisface ver a las personas atrapadas en las mismas dinámicas todo los días sin poder ver algún tipo de avance personal o algún tipo de alivio del dolor mental. Pero lo que sí es muy posible es que las personas terroríficamente normales, las que meramente siguen órdenes, no les dan espacio y no se toman el espacio para cuestionarse sus quehaceres laborales y las consecuencias de ellas, van todos los días al trabajo y lo ejecutan de la manera automática y en la cual fueron instruidos. Aquí podemos recordar los dichos de Hannah Arendt que habla de las personas que sustentan la mantención de regímenes totalitarios: las personas terroríficamente normales. En el caso de las IT el personal es una parte importante de la pirámide que sostiene el poder de los médicos, pero también ejerce constantemente ese menosprecio hacia los internos.

Teóricamente los psiquiatras podrían ser incluidos en esta concepción de las personas terroríficamente normales, pero, según mi opinión, ellos, en tanto encarnaciones institucionales, tienen suficiente poder como para impulsar un cambio en las dinámicas de las IT, por lo cual sus motivos de sustentar la mecánica perversa podría ser motivada por razones que responden a la conservación de su poder. Aquí nos encontramos con la segunda limitación de este escrito. No me es posible desmenuzar de manera profunda las

dinámicas de poder entre psiquiatras y personal, personal e internos, etc. Puedo suponer, de todas maneras, que existe una cadena de abuso en las IT, y como los internos están al último en la pirámide de la jerarquía, la descarga de los abusos y microagresiones⁷ verbales y simbólicas son constantes e intensas.

Lo que sí podemos hacer es desmenuzar las distintas teorías de las cuales hacen uso las IT por un lado y por el otro lado la CTP. Las IT según el material revisado se apegan más a las conceptualizaciones desde la psiquiatría clásica. Se refleja en la articulación de la institución y en la forma como se trata a la persona en situación de psicosis.

La jerarquización del conocimiento, es decir que el plan de tratamiento no se comparte con el interno (Goffman, 1961), deja afuera al sujeto de su propio tratamiento. Aquello conlleva que la persona en situación de locura es tratada como un mero objeto de estudio que hay que diagnosticar y posteriormente modelar a partir de los parámetros de “lo normal” para poder “devolverlos” a la sociedad. Esa lógica responde completamente a una lógica de exclusión al igual que la misma espacialidad de la institución. Es un espacio apartado de la sociedad, que desde afuera da la impresión de cárcel o una mansión del siglo XX. Pero es notorio que se quiere evitar el contacto desde el mundo exterior hacia el interior de la institución y viceversa. Según Goffman (1961) las personas que tienen que habitar ese espacio, están ahí para ser resguardadas de sí mismas y el orden público.

Algo parecido sucede con los manuales de diagnóstico. El hecho de que la expresión de la locura sea reducida al mero síntoma deshumaniza al sujeto, y facilita pensar que, en las concepciones clásicas de la psiquiatría, importa el objeto de estudio más que el sujeto que sufre una doble alienación. De hecho, si intentamos dimensionar realmente qué es ese “objeto de estudio” para estos manuales, podemos ver que detrás de ese “objeto” existe un observador, cuyo interés está centrado en catalogar lo que puede ver y ponerle una etiqueta. Poco y nada importa aquí la persona, es el observador quien expone lo

⁷ El concepto de microagresiones es acuñado por Chester M. Pierce que las define en el contexto del racismo cotidiano que experimentan las personas afro-descendientes en Estados Unidos (Pierce, 1989). En relación a las personas en situación de psicosis se pueden entender de mejor manera con la siguiente cita: “Una de las formas en que se perpetúa el capacitismo es a través de las microagresiones, a un nivel más micro o interpersonal. Las microagresiones son interacciones cotidianas que perpetúan las desigualdades y los estereotipos contra las personas que pertenecen a comunidades marginadas. Experimentar numerosas microagresiones se ha denominado muerte por mil cortes de papel, lo que indica la gravedad de la suma total de estos tipos casuales de prejuicio y opresión. Las investigaciones demuestran que las experiencias de microagresiones relacionadas con la identidad pueden repercutir negativamente en los estados de salud mental, aumentar los síntomas somáticos e incrementar el afecto negativo” (Kattari, 2017, p.ii).

principal del llamado “cuadro abarcativo de la esquizofrenia”, quien la pone en una caja y la expone por lo que supuestamente “es”: una degeneración de la sagrada norma. Y, por si fuera poco, las personas en situación de locura, además, ni siquiera pueden percibir que su forma de existir en el mundo, es decir, sus vivencias alucinantes, son “patológicas”. A mi parecer esa afirmación no es solamente deshumanizante sino también invalidante y cruel.

Es fácil disfrazar una opinión con la frialdad de la mal llamada objetividad. Pero, como hemos podido mencionar en los antecedentes, detrás de toda teoría existe una persona o varias que observan y recolectan datos, sí, pero con claros objetivos. Pueden ser personales, pueden ser para representar los valores o la existencia de una institución o, también, para apoyar el plan de control de masas de un estado. La objetividad en su manera “pura” simplemente no existe. Las personas no dejan de ser personas, no dejan de ser influenciables por el exterior y no dejan de estar influenciadas por sus propias creencias y prejuicios sólo porque se ponen un delantal blanco o porque les dan un puesto alto en la jerarquía institucional.

No voy a negar que la nomenclatura de los manuales sirve para reconocer cuadros y es útil para agilizar diagnósticos. No todos los avances de la ciencia son “malos”, sólo me parece innecesario ponerles en un pedestal y pensar que por la objetividad se ha podido eliminar la falla humana. Es eficiente y los modelos sirven para ciertas situaciones. Pero también responden a una lógica profundamente capitalista y, también, totalitaria. Las personas, sean el “objeto de estudio” o el observador del “objeto de estudio”, son aquí completamente superfluos. Las piezas en este juego de los manuales y los diagnósticos son intercambiables, la máquina tiene que seguir andando, esté quien esté. Y está ahí para mantener a los ciudadanos de “segunda clase” en su lugar. Confinados a espacios ocultos del ojo público, hace que sus existencias sean invisibilizadas y relegadas a la clandestinidad.

Es importante mostrar y normalizar las existencias de las personas en situación de locura para que puedan salir de las sombras, en el caso de que así lo deseen, y simplemente vivir en sociedad sin miedo a ser juzgados y excluidos de manera constante y violenta. Es importante incluirlos en su tratamiento y ver más allá del síntoma. El síntoma es importante, pero también es importante qué quiere mostrar ese síntoma. Y es ahí dónde podemos tomar las conceptualizaciones de diversos escritores de la corriente psicoanalítica.

Aunque las teorías de cada autor pueden variar bastante, sobre todo en qué se enfocan particularmente de la teoría, es perceptible que ahí sí hay un sujeto, se piensa en el individuo, en la relación con su mundo interno, cómo se refleja ese mundo interno en el exterior y viceversa. Freud por un lado se apega a la neurosis y concluye una mera comparación. Describe los pasos necesarios para el resultado final: el abandono de la realidad se logra mediante la negación de un evento imposible de soportar. Klein se torna hacia el mundo del infante y describe dos decisivas posiciones en el primer año de vida. Pero se posiciona meramente desde el mundo interno del niño. Con Winnicott ya podemos pensar un paso más allá: la articulación del mundo interno es directamente influenciado por el ambiente, el entorno. Para Winnicott es la madre que puede entregar un sostén facilitador para que los niños salgan de las posiciones esquizo-paranoias o depresivas. Con Lacan nos adentramos en un mundo de simbolismos extravagante que, desde mi punto de vista, deja afuera nuevamente a la locura de la teoría psicoanalítica.

Pero si tornamos nuestras miradas hacia la teoría de Davoine y Gaudillière podemos ver a dos autores que hacen un trabajo colaborativo que en definitiva es un trabajo transferencial con sus pacientes. Su obra, una escritura comprensiva de la locura, deja en claro que las herramientas que usa la locura para poder navegar su vida, no son otras que herramientas de investigación. No se parecen a las herramientas que estamos acostumbrados de ver día a día, sino son más bien sus propias herramientas, quizás excéntricas, para poder mostrar lo que no se pueden decir. Según mi opinión es hora que abracemos las alucinaciones y los delirios como una expresión humana, como una herramienta necesaria para algunas personas y que no tienen por qué asustarnos.

8. Bibliografía

- Aceituno, R. (2010). *Conversación con Françoise Davoine y Jean-Max Gaudilliere*. Recuperado de http://www.facso.uchile.cl/psicologia/postgrado/magister/clinica_ad/publicaciones/articulos/presentacion_libro_ra.pdf
- Aceituno, R. (2013). *Memoria de las cosas* (Colección Escritos de Obras.). Santiago de Chile: Ediciones Departamento de Artes Visuales. Recuperado de http://arteuchile.uchile.cl/descargas/dav/2013/memoria_de_las_cosas.pdf
- Aceituno, R., & Escobar, C. (2017). La Locura y los traumas como expresiones de Fracturas Sociales. Recuperado de <https://www.uchile.cl/noticias/134780/la-locura-y-los-traumas-como-expresiones-de-fracturas-sociales>
- Alarcón, C. (2016). *Relatos y encuentros a propósito de una experiencia de trabajo clínico con personas con psicosis* (Tesis de Magister, Universidad de Chile, 2016). Santiago de Chile: Universidad de Chile. Recuperado de https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/TESIS_CAROLA_ALARCON_FERRARI.pdf
- Álvarez, J., & Estévez, F. (2001). Las alucinaciones: Historia y Clínica. *FRENIA*, Vol. 1-1-2001, 1(1), 65-96.
- Amarante, P. (2006). Introducción, Antecedentes Teóricos de la Reforma, Las Reformas o la Psiquiatría Reformada. En *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil* (pp. 17-32). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- American Psychiatric Association (1994). Schizophrenia and other psychotic disorders. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., pp. 273-301). Washington: American Psychiatric Press.
- Anguera, B., & Miró, M. (1995). El modelo psicoanalítico de las relaciones de objeto y su evolución. *Anuario De Psicología*, (67), 31-39.
- Arendt, H. (1995). El pensar y las reflexiones morales. En *De la historia a la acción* (1st ed., pp. 109-137). Barcelona: Paidós. Recuperado de https://lideresdeizquierdaprd.files.wordpress.com/2016/06/de-la-historia-a-la-accic3b3n_ha.pdf

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos. En *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed., pp. 87-93). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Castillo, S., & Mayo, S. (2019). El Lenguaje Inclusivo Como “Norma” de empatía e identidad: Reflexiones entre docentes y futuros profesores. *Literatura Y Lingüística*, (40), 377-391. doi:10.29344/0717621x.40.2072
- Codina, L. (2018). Revisiones bibliográficas sistematizadas: Procedimientos generales y Framework para Ciencias Humanas y Sociales. Barcelona: Máster Universitario en Comunicación Social. Recuperado de https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/34497/Codina_revisiones.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Davoine, F., Gaudillière, J.-M. (2010). El acta de nacimiento de los fantasmas. Córdoba: Ediciones Fundación Mannoni.
- Davoine, F., & Gaudillière, J.-M. (1998). *Psicosis y lazo social*. Conferencia. En *Curso de Actualización Docente en Psicoanálisis*. Montevideo: Universidad de la República.
- Dewambrechies-La Sagna, C. (2011). Edición de autor (J.-A. Miller y otros, Ed.). En *Cuando el otro es malo...* (pp. 33-42). Buenos Aires: Paidós.
- Di Pego, A. (2010). Biopolítica y totalitarismo en Hannah Arendt (M. Echeverría & P. Vestfrid, Eds.). Recuperado de <https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.599/pm.599.pdf>
- Díaz, F., Erazo, J., & Sandoval, C. (2008). Actuales políticas públicas para la desinstitucionalización y rehabilitación de personas psicóticas en Chile. Experiencia de la comunidad terapéutica de Peñalolén. *Revista de Psicología*, 17(1), Pág. 9-37. doi:10.5354/0719-0581.2008.17140
- Dor, J. (2009). Introducción. La Lectura de Lacan: El inconsciente estructurado como lenguaje. Gedisa.
- Freud, S. (1923-25). Neurosis y Psicosis, La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. Vol. XIX: *El yo y el ello y otras obras* (pp.153-159, 191-197). Buenos Aires: Amorroutu.
- Gaudillière, J.-M. (1997). Soñar en situación totalitaria (C. Sandoval & R. Aceituno, Trans.). Recuperado de

http://www.facso.uchile.cl/psicologia/postgrado/magister/clinica_ad/publicaciones/articulos/sueno_gaud.pdf

Goffman, E. (2001). Sobre las características de las instituciones totales. En *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales* (pp.17-29). Argentina: Amorrotu.

González de Chávez, M. (2009). Chapter 2: Treatment of psychoses before the twentieth century (Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A. S. Silver, & B. Martindale, Eds.). En *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses Past, Present and Future* (1st ed., pp. 10-20). London: Routledge.

Huneus, T. (2005). *Esquizofrenia* (2nd ed.). Santiago, Chile: Mediterráneo.

Kattari, S. (2017). Development of the Ableist Microaggression Scale and Assessing the Relationship of Ableist Microaggressions with the Mental Health of Disabled Adults (Tesis de Doctorado, University of Denver, 2017). *Electronic Theses and Dissertations*. Recuperado de <https://digitalcommons.du.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.es/&httpsredir=1&article=2283&context=etd>

Klein, M. (1988). *Envidia y Gratitud y otros trabajos* (1st ed., Vol. III, Obras Completas). Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1984). La significación del delirio. En *El Seminario Las Psicosis* (Vol. 3, pp. 29-45). Buenos Aires: Paidós.

Maleval, J.-C. (2002). La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica. (1ª ed.) Buenos Aires: Paidós.

Mantegazza, R. (2013). Locura y Trauma. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX. Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-054/762>

Mathias Niveloni, J. (2008). El Acompañamiento Terapéutico y la Psicosis. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental* Vol. 1 nº

- Ministerio de Salud (2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley N°20584. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Organización Mundial de la Salud (2000). Trastorno de ideas delirantes persistentes. En *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. (pp. 70-79). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles, VST Vie sociale et traitements 2007/3 (n° 95), p. 110-125.
- Pereda, V., Sandoval, C., & Silva, G. (2013). *Cuidados comunitarios y psicoterapia institucional*. Recuperado de <https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/Cuidados-Comunitarios-y-Psicoterapia-Inst2013.pdf>
- Pierce, C. (1989). Unity in diversity: Thirty-three years of stress (G. Berry & J. Asamen, Eds.). En *BLACK STUDENTS Psychosocial Issues and Academic Achievement* (pp. 297-313). Newbury Park: Sage Publications.
- Poblete, D. (2020). Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para Personas Adultas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad. Recuperado de <https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/Norma-Tecnica-Rehab-Psicosocial-personas-adultas-.pdf>
- Ramírez, N. (2010). Las Relaciones Objetales y el desarrollo del Psiquismo: Una Concepción Psicoanalítica. *Revista IIPSI*, 13(2), 221-230.
- Rossi, G. (2007). Acompañamiento terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Argentina: Polemos.
- Salazar-Botello, M., Ganga-Contreras, D., Mendoza-Llanos, D., Muñoz-Jara, M., & Jara-Hernández, M. (2021). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en pandemia COVID-19: El caso de una institución financiera de la zona central de Chile. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe4/2007-7890-dilemas-8-spe4-00019.pdf>
- Sjöman, A. (2017). ¿Qué podemos aprender de Barbaro Sandin? (V. Pereda & C. Sandoval, Eds.). En *Terapeutas y Terapéuticas en el Tratamiento de la Psicosis* (Colección Traducciones, pp. 21-52). Santiago: Obrero Gráfica.

- Sotelo, J. P. (2012). *La Asamblea de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén: Una experiencia de trabajo colectivo con personas con diagnóstico de psicosis en Chile. Una lectura desde la psicoterapia institucional*. (Tesis de Magister). Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Tapia, S. (2014). *La Función Terapéutica de la Institución en el Tratamiento de la Psicosis* (Tesis para optar al Grado de Magíster, Universidad de Chile, 2014). Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131561/tesis_completaf.pdf?sequence=1#:~:text=El%20Movimiento%20de%20Psicoterapia%20Institucional,el%20lazo%20social%20con%20otro.
- Velásquez Valladares, S. M. (2017). *Intersectorialidad y capacidades institucionales en la gestión de las políticas de infancia: el caso del "plan de acción para la protección de la infancia vulnerada"* (Unpublished master's thesis). Santiago de Chile, Universidad de Chile. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/149032/Intersectorialidad-y-capacidades-institucionales-en-la-gestion-de-las-politicas-de-infancia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. New York: Basic Books, A Member of the Perseus Books Group.
- Winnicott, D. W. (1971). Objetos transicionales y Fenómenos transicionales. In *Realidad y Juego* (pp. 17-45). Barcelona: Gedisa.

Artículos inéditos

- Fontaine, A. (2007). La institución vinculante. Metapsicología de la función hospitalaria. Clínica de la transferencia en institución. (Texto inédito presentado en el Coloquio: Locura y Lazo Social. Stgo.).