



**Universidad de Chile**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Carrera de Psicología**

## **“¿Quién tiene la palabra?”**

### **Reflexiones en torno a las tareas del equipo en la asamblea de un hospital de día**

**Memoria para optar al Título de Psicóloga**

**Autora:** Lic. Ps. Paula Becker Klavin

**Profesor Patrocinante:** Horacio Foladori Abeledo

Septiembre, 2011

## **RESUMEN**

En el presente trabajo se reflexiona sobre las funciones del equipo en la asamblea general a propósito de una experiencia de trabajo en un Hospital de Día. Para contextualizar el desarrollo del análisis, se describe el surgimiento de la asamblea como dispositivo intervención central en el trabajo de la Psicoterapia Institucional, y la función que cumple ésta, en el trabajo con pacientes que presentan trastornos psiquiátricos severos. Se resalta, finalmente, la necesidad de fortalecer el trabajo en equipo para abordar la complejidad de la implementación del dispositivo de asamblea.

**Palabras Clave:** asamblea general, equipo, hospital de día, psicosis.

*“La vida de la comunidad terapéutica se desarrolla siempre cerca de la improvisación, en el sentido que se le da al término en la música, da margen a la inclusión espontánea de situaciones originales, tienen el sabor del riesgo, es imprevisible.”*

(Grimson, 1983, p. 12)

*“Yo pensaba que las camisas de fuerzas eran del mundo de los monitos animados”*

(Joven Paciente del Hospital de Día – Año 2009)

### ***Dedicatoria***

*Quiero dedicar este trabajo a los y las pacientes del hospital de día con quienes compartí muchas horas de asamblea, risas, delirios, trabajo, bailes, almuerzos, ping-pong, teatro, conversaciones, paseos y deporte, espacios que me enseñaron la potencialidad que hay tras la locura de cada uno de nosotros/as, y que me invitan a pensar lo necesario e importante que resulta crear formas de convivir y de expresión, en una cotidianeidad que sea contenedora y terapéutica.*

*Pienso que en la medida en que existan equipos pensando –temática que abordará esta memoria- , habrá pacientes más lejos de descompensaciones e intervenciones psiquiátricas tradicionales, que a pesar de su efectividad causan dolor y miedo, dejando secuelas importantes en la vida de éstos.*

## Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Horacio Foladori, por potenciar a través de sus conversaciones y escucha, el desarrollo de esta investigación. Su acompañamiento fue fundamental en este trabajo. Ojalá nos sigamos encontrando en otros momentos, en investigaciones e intervenciones.

De un modo más general, quiero agradecer a mis compañeros/as de curso en especial a los de Bachi (Pia, Lupi, Mauri, Piri, Rocío, Javi, Fran, Pati y Negro, y también a la Javi M., Anahí, Pati y Nicole, Tera y Andrea) con quienes en diversas ocasiones y en distintas condiciones enriquecimos nuestras visiones, experiencias, estudios, trabajos, prácticas y pruebas entre tallas, códigos, sobrenombres, paseos y celebraciones.

En particular quiero agradecer el apoyo y compañerismo de Carlos, que fue fundamental para sobrellevar este difícil paso de la tesis (sin duda fueron más fáciles los de regueatton, cumbia y axé), - gracias por ayudarme cada vez que perdí el rumbo de la tesis y por ser incondicional-. Fue un placer compartir la sala de clases con tus preguntas y comentarios, las horas de estudio en la mansarda, los paseos y fiestas en Cartagua, en los pastos, en la Piojera, Paine y San Alfonso etc. Serán todos momentos imborrables.

A la Galucha, gracias por adoptarme e incluirme en sus sueños y proyectos, por acercarme al psicoanálisis y la política, y por ese primer congreso de las madres que sin duda marcó mi rumbo. Ojalá nos reencontremos siempre. A Belen, gracias por escucharme cada vez que necesite hablar de la tesis y la vida. A Nacho por leer mi tesis, por los consejos, preocupación y apoyo desde Buenos Aires.

También quiero agradecer a mis compañeros/as del Magíster de Psicología Clínica Adulto, quienes me han entregado mucha energía y aires nuevos para terminar esta investigación y seguir avanzando. En especial quiero agradecer a Gabriel que fue fundamental para cerrar este proceso, quien estuvo hasta el último minuto ayudándome con indicaciones, un poco de estructura y sus conocimientos metodológicos.

Pensando en la facultad no puedo dejar de agradecer a todos/as los/as funcionarios/as-amigos/as por su ayuda y buena onda. Serán inolvidables los partidos de fútbol (Anita, Pati, Sole, Mely), los asados (José Donoso, Rodri, Miguel, Leo, Mota, Marcelo, y Raúl), las fiestas, las tomas, los paros y las conversaciones. Gracias a Betty, Flor, Karla y Karen, y a los de biblioteca, en especial a Orlando y Guille; a Roxana por el saludo matutino y su alegría. A los que ya no están, Marcial y Francisco (Poeta) el recuerdo siempre está.

A mis amigas del colegio, gracias por sus mensajes de apoyo y fuerza. En particular gracias Ale, por el auspicio, que me sirvió para tener más horas de dedicación para mi tesis; y Manu, por estar siempre atenta y preguntando por mis avances. Espero que sigamos creciendo juntas en este rizoma psicoanalítico, aunque sea desde la distancia.

A mi familia quiero darle las gracias por las herramientas que me han dado, en especial a mi mamá y papá, quienes con su esfuerzo han posibilitado que me desarrolle en lo que he deseado, confiando en mis capacidades y decisiones. Sus valores están conmigo y me permiten escuchar y estar con otros, querer cambios y trabajar por ellos, para poder crear una sociedad más justa y feliz. Cami, gracias por estar siempre ahí y por enseñarme cosas de la naturaleza, de los ciclos de la vida y de la muerte, que son necesarios para comprender lo más básico de la existencia y no perder de vista esa compleja simplicidad.

## **INDICE**

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>10</b>
Contexto de la Psicoterapia Institucional.....	10
Fundamentos de la Psicoterapia Institucional.....	12
La Noción de Transferencia Institucional:.....	15
Psicoterapia Institucional y Psicosis:.....	24
Las reuniones en la Psicoterapia Institucional.....	25
La asamblea general.....	27
<b>Objetivos.....</b>	<b>32</b>
General.....	32
Específicos.....	32
<b>Presentación de la experiencia.....</b>	<b>33</b>
Caracterización del dispositivo hospital de día.....	33
La asamblea general del hospital de día.....	34
Fragmentos de la Asamblea: Análisis de las intervenciones.....	35
Fragmento 1: Los productos.....	36
Fragmento 2: El grupo evangélico.....	38
Fragmento 3: La película “El Secreto”.....	40
Fragmento 4: Las ausencias.....	42
Fragmento 5: Queremos apoyo escolar.....	44
Fragmento 6: Los cumpleaños.....	47
Fragmento 7: Un pequeño aviso desemboca en un gran tema.....	55
Fragmento 8: La descoordinación.....	57
Fragmento 9: Las dependencia.....	60
Fragmento 10: El despido.....	64
<b>Discusión.....</b>	<b>67</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>78</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>81</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>84</b>

## INTRODUCCIÓN

La asamblea se ha introducido al campo de la salud mental como dispositivo de intervención que posibilita cambios no sólo en pacientes sino también en instituciones que trabajan con sujetos afectados por cuadros psicopatológicos de alta complejidad. Se ha conformado como un espacio analizador y organizador de la vida de comunidades terapéuticas y hospitales de día principalmente, y transformado en un lugar fundamental para la articulación de las intervenciones que allí se producen.

Como dispositivo, la asamblea general tiene sus antecedentes en las diferentes técnicas grupales que se introducen a partir de 1940 en los hospitales psiquiátricos. En Francia, las principales corrientes que exploran nuevas formas de intervención son el Psicodrama de Moreno, la “clínica de la actividad” de Duamezon, y, fundamentalmente, la Psicología de la Forma que pone el acento en la idea que *“el comportamiento humano es un conjunto, y es el conjunto lo que se debe “tratar” en el sentido de curar”* (Lourau, 1970, pg. 180). El desarrollo de estas técnicas – de forma paralela a las tradicionales - poco a poco muestran efectos originales que derivan en nuevas formas de socialización dentro de la institución, entre las que se encuentran las reuniones de pabellón, de personal y de equipo, las que tendrán consecuencias en el trabajo institucional y en las transformaciones de las relaciones entre los diferentes miembros de la institución (Lourau, 1970)

En Inglaterra, por su parte, el psiquiatra y psicoanalista W. Bion introdujo en 1942 un creativo dispositivo de “reuniones de pacientes” en el Hospital Militar de Northfield. Estas reuniones, en un comienzo tenían un carácter organizativo del tiempo de recreación de los pacientes, pasando luego a constituirse en un espacio con mayores atribuciones para los mismos. A pesar del poco tiempo que operaron de manera efectiva, se pudieron analizar varios efectos no sólo en la movilización que produjo en los pacientes sino en la institución misma. También en Inglaterra, pero años mas tarde, Maxwell Jones introduce a la dinámica organizativa de las comunidades terapéuticas los “consejos de pacientes” y “reuniones comunitarias”.

En un plano más general, las guerras de principio de siglo hacen evidente los efectos devastadores en la subjetividad que conllevan los regímenes totalitarios. En este contexto, parte de la investigación en psiquiatría y ciencias sociales se detuvo en tópicos relacionados a la sociedad, el poder y sus consecuencias en la salud, no sólo

en el ámbito social más general, sino también dentro de las instituciones psiquiátricas, en tanto reproductoras de condiciones sociales de opresión hacia los pacientes.

Este escenario, configura el inicio de lo que hoy se conoce como Movimiento de Psicoterapia Institucional el cual puede ser comprendido como el conjunto de terapias o intervenciones que marcan un giro radical en la concepción de las patologías mentales y de los modos de asistencia, en las que la institución se convierte en el espacio, el lugar y el medio de una restauración de la comunicación y el intercambio, convirtiéndose de esta manera en la herramienta de un continuo renacer de la creatividad (Chazaud, 1980).

El Movimiento de Psicoterapia Institucional dice estar en ruptura con el modelo psiquiátrico tradicional, posición que podemos sostener en base a las diversas investigaciones y evidencias que muestran cómo la institución Hospital Psiquiátrico y, en particular su lógica y operar interno, reproducen y profundizan la psicopatología de los sujetos.

La crítica dice relación con el lugar que ocupa el paciente en las instituciones psiquiátricas, fundamental pasivo y dependiente. Desde esta óptica, el objetivo principal de la Psicoterapia Institucional es estimular la responsabilidad y la autonomía del sujeto dentro del campo social. De este modo, se sostiene la idea que en todos los pacientes existe una “parte sana” con la que es posible trabajar, que permitiría adherir a una colectividad constitutiva de lazos significativos que promueven la cura (Chazaud, 1980).

Respecto de la asamblea general, este movimiento desarrolla un marco conceptual y teórico con el aporte de diversas disciplinas, a partir de las experiencias desplegadas dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas que darán consistencia y soporte a la creación de las asambleas como dispositivos de intervención en el ámbito de la salud mental.

Es base a lo anterior y a partir de una experiencia de trabajo con pacientes adolescentes diagnosticados con “trastornos psiquiátricos severos” en un hospital de día, analizaré las funciones del equipo técnico en la asamblea general. Dicho análisis se realizará en torno a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la tarea del equipo en la

asamblea? ¿Qué aspectos del trabajo del equipo son fundamentales para cumplimiento de los objetivos de este espacio?

Plantearse estas interrogantes desde una experiencia concreta resulta relevante en el contexto chileno, en que son escasas las instituciones que trabajan con modelos de intervención desde la óptica de la Psicoterapia Institucional. En este sentido resulta fundamental introducir la discusión con el objeto de generar cuestionamientos y desarrollos que den cuenta de la complejidad del dispositivo.

A su vez, según las orientaciones y normas técnicas que se desprenden del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría actualmente vigente, elaborado por el Ministerio de Salud el año 2000, existe el desafío de generar nuevas modalidades de trabajo que tiendan y privilegien *“en todo momento las intervenciones ambulatorias, restringiendo al máximo, y sólo para fines específicos, las hospitalizaciones”* (MINSAL, 2000, pg. 15), en especial cuando se trata de trastornos psiquiátricos severos. Este punto hace aún más relevante pensar sobre estos dispositivos de intervención que podrían instalarse en las diferentes instituciones que conforman nuestras redes de salud mental.

## **ANTECEDENTES TEÓRICOS**

Resulta difícil pensar el espacio de la asamblea general, sin antes abordar algunos conceptos relacionados con el Movimiento de Psicoterapia Institucional. Olvidar el origen de este dispositivo, su evolución dentro de la historia de la psiquiatría y el marco terapéutico general en el que se inserta, es un intento que podría convertir a la asamblea en un espacio carente sentido.

### **Contexto de la Psicoterapia Institucional**

La psicoterapia institucional tiene la intención de transformar un lugar, que hasta ese momento significaba exclusión, en un espacio de resocialización. Se define como un movimiento y no una disciplina, lo que implica que sus elaboraciones teóricas y praxis correspondan a *“un conjunto de saberes y de modos de intervenir que podríamos calificar como inter, trans e incluso extradisciplinares”* (Baremlitt, 1991, p. 11). Integra no solo saberes teóricos y técnicos de variadas disciplinas, sino el saber y el actuar de colectivos, grupos y comunidades que producen por sí mismo conocimiento, sin apelar necesariamente a un saber instituido y académico tradicional encuadrado en categorías científicas consagradas, sino principalmente a lo que comúnmente se asocia con el saber “popular”, a ese saber que conduce principalmente a un saber-hacer (Baremlitt, 1991).

Más específicamente, la génesis conceptual de este movimiento recibe aportes de variadas áreas del conocimiento: principalmente del psicoanálisis, la sociología y antropología científica, la lingüística, la semiótica y hasta de la biología molecular como campos del conocimiento propiamente científicos. También se nutre del saber político y la experiencia militante.

Si bien en la literatura relacionada a este movimiento abundan experiencias innovadoras, que sería interesante conocer, resulta pertinente para este trabajo rescatar fundamentalmente la transformación que existe en torno a la dimensión relacional entre pacientes y personal, que se traduce, en la instalación de espacios comunes que permiten el encuentro, diálogo y análisis colectivo, en base a una idea de equipo que sostiene el trabajo; elementos que, como se expondrá más adelante, van necesariamente unidos y son fundamentales para este nuevo modo de pensar la institución “psiquiátrica”.

Antes, sin embargo, de abordar la especificidad de este nuevo modelo institucional se considera importante hacer un esquema básico de la evolución histórica y las principales corrientes que se han desarrollado, para situar y comprender

el origen y la transformación que han tenido los tratamientos institucionales en el tiempo.

Dentro de lo que llamamos "Movimiento de Psicoterapia Institucional" se incluyen dos grandes corrientes que tienen tanto orígenes como desarrollos teóricos distintos pero que se pueden agrupar, ya que cuestionan el modelo psiquiátrico tradicional y transforman a la institución, en el lugar de una restauración de la comunicación y el intercambio entre los diferentes miembros de la institución. Dichas corrientes son la Psicoterapia Institucional Francesa, y el Modelo Comunitario Ingles (Baremlitt, 1991).

Siguiendo el análisis realizado por Lourau (1970) se pueden distinguir tres fases en el movimiento. Cada una da cuenta de momentos distintos en la comprensión del concepto de institución, a partir del constante análisis que se realizaba sobre lo que se hacía y los límites con los que se encontraban en la práctica quienes empiezan a hacer frente a la institución psiquiátrica.

A la primera *fase* Lourau (1970) la denomina *empírica* y la caracteriza principalmente en términos de la modificación en la relación médico-enfermo, en cuanto a la nueva actitud de respeto, solicitud e interés hacia los pacientes, a quienes por fin se les reconoce como sujetos.

La fase posterior, *ideológica*, se identifica por la inclusión de terapias de socialización mediante el grupo de manera paralela a las técnicas tradicionales. Los equipos toman conciencia de que no basta solamente con cambiar la actitud hacia los pacientes, sino que es necesario modificar también las formas de intervención en sí mismas. Gradualmente, se sustituye en este sentido, prácticas tradicionales (electroshock, camisas de fuerza, ergoterapia, maternazgo, guardinazgo etc.) a través de la incorporación de actividades grupales y ocupacionales que tienen potencial curativo.

Las diversas técnicas (psicodrama, laborterapia, psicoterapias grupales, etc), provocaron efectos originales y un profundo cuestionamiento de las relaciones sociales dentro de la institución, que posteriormente advino en la reestructuración de las mismas. Lo característico de esta etapa es que cada miembro del grupo es considerado un agente terapéutico, y el grupo pasa a ser tratado como un todo en interacción. Surgen en este período, las reuniones de personal, de equipo y de pabellón, que podemos considerar antecedentes directo de la asamblea general.

Finalmente Lourau (1970) identifica una última fase, caracterizada por la elaboración de un concepto de institución propio, que incorpora la dimensión inconsciente de la Institución: *fase teórica*.

La fase previa, *ideológica*, conceptualiza la institución como “esquema”, es decir, organización consciente del tiempo y espacio a través de las distintas actividades y soportes de socialización. También, en el sentido activo de institucionalización del medio, a través de la participación de los propios pacientes. Las instituciones cuentan así con lugares de autoorganización, autogestión y participación que incorporan a los pacientes para promover la cura, como son las reuniones y asambleas. Sin embargo, bajo esta noción de institución no se incorpora la dimensión inconsciente.

En la última fase en cambio, gracias a los aportes del psicoanálisis, se destaca la idea que las actividades colectivas y las terapias grupales, no tienen propiedades curativas en sí mismas, como tampoco la actividad instituyente por parte de los pacientes en las diversas reuniones (asambleas, pabellón, taller, club etc). Dicha constatación, a partir de la puesta en práctica de estos dispositivos de socialización, radica en comprender que funcionan como soportes de fantasías, como lugares y momentos de transferencia y de contratransferencias institucionales, y en este sentido, *“lo que se convierte en el soporte de la cura es el análisis constante del lenguaje y los acting-out y el sistema de referencia implícito, latente, de los usuarios de la institución.”* (Lourau, 1970, p. 185).

La incorporación de la dimensión inconsciente se traduce en concreto, como plantea Lourau (1970), en un *“estar al acecho, principalmente, de lo que no se dice”* (p. 186), y en el esfuerzo constante por articular el sentido ausente de lo que sucede en la institución. En otras palabras, se torna imprescindible *“analizar las comunicaciones de todo tipo, manifiestas y latentes, verbales y no verbales, conscientes e inconscientes, en todos los niveles: enfermos-enfermos, enfermos-miembros del personal y miembros del personal entre sí”* (Hochmann, 1971, p. 129).

### **Fundamentos de la Psicoterapia Institucional**

Ya expuestos el origen y desarrollo histórico, importa resaltar algunos elementos teóricos básicos del movimiento de Psicoterapia Institucional con el fin de comprender de mejor manera en qué lugar queda la asamblea general.

El objetivo fundamental de las terapias institucionales, es la construcción de una institución terapéutica, que produzca las condiciones para que los sujetos recuperen un lugar responsable y autónomo dentro del campo social (Chazaud, 1980). Como lo expresa (Jones, 1962) *“en la comunidad terapéutica los recursos totales de la institución, tanto el equipo como los pacientes, están conscientemente mancomunados para llevar adelante el tratamiento. Esto implica, sobre todo, un cambio en el status habitual del paciente. Ellos se convierten, en colaboración al equipo, en participantes*

*activos de su propia terapia y de la de otros pacientes, e intervienen en otros aspectos del trabajo de todo el hospital (en contraste con el papel relativamente pasivo de los régimen de tratamiento convencionales)” (p.93-94).*

La construcción de este espacio, supone una modificación de las habituales relaciones de fuerza a partir de, básicamente, dos elementos: la configuración de un proyecto de comunicación e intercambio, y la elaboración de un contrato terapéutico, que solicita la participación activa del paciente, y de todos los integrantes de la institución.

A través de este contrato, se funda una alianza terapéutica primordial que marca el reconocimiento de una parte sana del yo del paciente, que permite requerirlo para el trabajo. Si sólo se acepta la “locura” del paciente en la institución, se corre el peligro de ejercer una actitud paternalista y reproducir en ellos una dependencia y pasividad a la que están acostumbrados, contraria a los objetivos de la Psicoterapia Institucional. Sin embargo, el contrato exige también, y por sobre todo, a terapeutas y personal, a mantener una actitud particular de análisis, autoanálisis, contención, escucha y tolerancia permanentes (Chazaud, 1980).

El contrato institucional no debe “autorizar todo” ni tampoco “formalizarlo todo”, funciona como un instrumento que soporta fenómenos imaginarios, y al mismo tiempo el simbolismo de la ley. Solo la aceptación del contrato, hace posible tratar los diferentes fenómenos que ocurren en la institución *“como resistencias, subversión o transgresión dentro del marco de los rodeos de la angustia y el deseo”* (Chazaud, 1980 p. 45). A su vez, el contrato admite la existencia de lugares y dispositivos, para hablar y elaborar de manera colectiva estas situaciones, a través de reuniones en las que el equipo puede manejar y hacer consciente reacciones transferenciales y contratransferenciales que soportan.

Los espacios que se instalan y su organización tienen la función de calificar, estructurar y reflejar la índole de estos acontecimientos, proporcionando referencias que sirven de sostén a los sujetos. En cuanto a los medios que se utilizan para lograr estos objetivos, estos pueden ser infinitos, como dice Oury, la terapia institucional debe proceder *“con lo que tiene a mano”*, con el fin de multiplicar las actividades y lugares de intercambio, y por sobre todo organizarlos (Chazaud, 1980).

En la psicoterapia institucional, todas las actividades tienen un sentido ya sea catártico, realizador, expresivo, de desarrollo creativo o integrador, y originan situaciones aprovechables de manera terapéutica en el plano individual y colectivo o en ambos. Resultan inseparables las actividades terapéuticas, de las necesarias para la vida cotidiana, todas las acciones se viven en un tiempo terapéutico pleno.

Las diferentes actividades o talleres llevan a cabo el proyecto psicoterapéutico global de la institución, a demás de cumplir una función de estimulación y sociabilidad (catectización). Se las puede clasificar y diferenciar según lo abstracto u objetivo del producto, el valor de enganche que poseen y la posibilidad de intercambio y colaboración que generan.

Algunas actitudes que contribuyen a una cultura terapéutica dentro de la comunidad y que se diferencian con los hospitales psiquiátricos tradicionales son: énfasis en la rehabilitación activa frente a una mera vigilancia o segregación; democratización frente a las viejas jerarquías y formalidades de la diferenciación de status; permisividad en contraste con esquemas estereotipados de comunicación y comportamiento; y comunalismo en oposición a papeles altamente especializados de pacientes y miembros del equipo (Jones, 1962).

Las hipótesis básicas sobre las que se sostienen el trabajo de la psicoterapia institucional, según Chazaud (1980) son tres: 1) Proporcionar varias posibilidades de expresión y acción a través de los diferentes espacios y actividades permiten distinguir los “restos sanos” de cada sujeto y desarrollarlos; 2) Un marco espaciotemporal claro y permanente, cumple la función de “hito”, y posibilita analizar la realización o fracaso de las actividades, y eventualmente interpretar y elaborar ciertas situaciones; 3) situar a los paciente en redes de transacciones, cooperaciones, decisiones y comunicaciones, concede y distribuye al mismo tiempo, un potencial terapéutico con el que “se asiste al asistir al grupo” que uno integra.

Es importante destacar que el marco o *setting* es singular en relación a cada institución, no hay una institución igual a la otra. Pueden existir grandes variaciones que dependerán de una serie de factores materiales, entre los que se encuentran: ideología psiquiátrica del personal, zona geográfica, número de pacientes y personal, edades de los pacientes, tipos de trastornos etc. En este sentido, es necesario comprender este marco, como algo dinámico y móvil lo que implica pensar y adoptar decisiones respecto de éste, sometiéndolo cada vez que sea necesario a transacción y discusión colectiva según las necesidades propias.

El salto fundamental del Movimiento de Psicoterapia Institucional, respecto al tratamiento psiquiátrico tradicional, es considerar dentro del análisis las relaciones que se establecen entre todos los miembros de la institución y en todas sus dimensiones como parte fundamental de la intervención. Poner este énfasis, en las relaciones interpersonales, nos conducen necesariamente al problema de la Transferencia y la Contratransferencia en psicoanálisis. (Baremlitt, 1991).

### **La Noción de Transferencia Institucional:**

Según Baremblyt (1991) las tendencias contemporáneas de psicoterapia institucional, y análisis institucional, toman en consideración, en mayor o menor grado, la teoría psicoanalítica, y sitúan al inconsciente, y la noción de transferencia como conceptos fundamentales para pensar el trabajo y realizar las intervenciones. La centralidad que ha adquirido el fenómeno de la transferencia ha permitido elaborar y teorizar a su vez nociones propias dentro del campo institucionalista.

En el artículo "Sobre la dinámica de la transferencia" (1912) Freud plantea, que la transferencia se produce necesariamente en la cura psicoanalítica y cumple un papel significativo durante el tratamiento, ya que es motor y paradójicamente también, una de las más fuertes resistencias a ser vencida, *"los fenómenos de la transferencia deparan al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes"* (p. 105).

En este texto, explica que *"todo ser humano por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y los influjos que recibe de su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse"*(p. 97). Estas disposiciones darán por resultado una forma particular de relación que se repetirá a través del tiempo en el encuentro con otros objetos de amor en la medida que las circunstancias exteriores y la naturaleza de estos lo permitan.

De esta forma, frente a una necesidad de amor no satisfecha, el sujeto se verá precisado a volcar, dice Freud (1912), en unas representaciones-expectativas libidinosas conscientes (fantasías previas) e inconscientes, hacia cada nueva persona que aparezca con el fin de encontrar satisfacción.

En el caso de la relación analítica en el entendido que el analista se sitúa desde la neutralidad y la abstinencia, *"es normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico"* (Freud, 1912 p. 98) y, de acuerdo a lo que ha venido elaborando, que ésta investidura atienda a los modelos dispuestos en la infancia (principalmente respecto a la imago del padre, pero también de la madre, hermanos y figuras significativas en general), quedando el analista inserto en una "serie psíquica" que el paciente tiende a reproducir ahora con él. De esta forma, *"al igual que en los sueños, el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del*

*despertar de sus mociones inconscientes, quiere actuar sus pasiones sin atender a la realidad objetiva (real)*" (Freud, 1912, p. 105).

La transferencia es un fenómeno que cumple una función central en el psicoanálisis. A través del manejo de ésta se avanza en la cura de un paciente, sin embargo como el mismo Freud nos enseña, no se puede hablar de transferencia "a secas".

Se distinguen dos tipos de transferencia, la transferencia positiva y la transferencia negativa de sentimientos hostiles. A su vez, la transferencia positiva se descompone en la de sentimientos tiernos o amistosos, que son susceptibles de conciencia, y en las que insisten desde lo inconsciente, con un marcado contenido erótico.

Es importante destacar en este punto, que para Freud (1912), *"todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual, pero tienen todos una fuente sexual o erótica, por más puros y no sensuales que se presenten ellos ante nuestra auto percepción consciente"* (p. 103)

Habiendo hecho esta distinción podemos comprender mejor el asunto de la transferencia como motor y la transferencia como resistencia en el análisis. La transferencia positiva con sentimientos tiernos o amistosos, es la que permite que se establezca un vínculo de confianza entre analista y paciente. Bajo los sentimientos y expectativas de simpatía y seguridad que ésta transferencia del paciente pone sobre el analista es posible pensar un trabajo analítico, es decir, la transferencia positiva de sentimientos tiernos opera como motor, en palabras de Freud (1912) "palanca del éxito".

En cambio, la transferencia negativa de sentimientos hostiles y la positiva de mociones eróticas, se oponen a la consecución del análisis, en la medida que es a la figura del médico a quien se le transfiere de manera inconsciente el deseo reprimido, ya sea de una manera actuada o verbalizada. Se impone así en el análisis como un obstáculo al recuerdo, *"el enfermo no puede acordarse de todo lo que está reprimido en él y quizás precisamente no puede recordar lo esencial, [...] Más bien se ve obligado a repetir lo reprimido, como experiencia vivida en el presente"* (Freud, 1920, p.18). Así, cuando alguien se encuentra bajo el imperio de una resistencia transferencial, se ve expulsado de sus vínculos objetivos reales actuales con él analista, y llevado a descuidar la regla fundamental del psicoanálisis, e incluso a desconocer las intenciones por los que entró a tratamiento.

La transferencia positiva erótica es descrita por Freud en un texto titulado *"Puntualizaciones sobre el amor de transferencia"* (1914) donde relata un fenómeno común: el enamoramiento que ocurre desde el paciente hacia el analista. Respecto a la transferencia negativa con sentimientos hostiles, podemos deducir que esta se manifiesta principalmente a través de sentimientos de odio hacia el analista y con la vivencia o percepción por parte del paciente de elementos persecutorios desde el analista.

Ha de destacarse que Freud, toma a la repetición que ocurre en la transferencia no en un sentido realista, sino como esencia de la realidad psíquica del paciente, es decir, no como relaciones efectivamente vividas o repeticiones literales, sino equivalentes simbólicos (Laplanche & Pontalis, 2007)

Además puntualiza que en cualquier tratamiento se muestran los fenómenos transferenciales, *"solo es preciso apreciarlos como tales"*, advierte que incluso en institutos de internación sale a la luz la transferencia, y en especial la negativa u hostil. La transferencia, por lo tanto no es un fenómeno propio al psicoanálisis, se da en todas las relaciones humanas pero, *"no es sino en el espacio analítico – o de psicoterapia – donde la transferencia misma adopta una forma particular, en mente diferenciada por el hecho mismo del encuadre muy particular en el que el análisis – o la psicoterapia – puede tener lugar"* (Tosquelle, 1992, p. 143).

Este importante descubrimiento, permite trasladar las nociones que acompañan el fenómeno de la transferencia, a otros campos de trabajo que se ubican ya no en el marco del encuadre psicoanalítico clásico. Vemos que su uso técnico y conceptual con algunas reformulaciones y complementos se ha extendido también al trabajo con grupos psicoterapéuticos, al ámbito de la psicología social, como también al espacio de las instituciones.

De esta forma, para Pichon-Rivière (2001) por ejemplo, la transferencia en el trabajo con los grupos opera como una manifestación de sentimientos inconscientes que apunta a la reproducción estereotipada de situaciones, que está al servicio de la resistencia al cambio, y por ende, a una adaptación pasiva a la realidad, en la que la negación del tiempo y el espacio característica, aparecen como una defensa a la situación de cambio. La transferencia sería una "conducta réplica" en un "como sí", donde la emoción se dirige a una persona como si fuera otra, que ocurre por un proceso de adjudicación de roles inscriptos en el mundo interno de cada sujeto.

A su vez, las características y divisiones que observamos en el fenómeno de la transferencia, fueron utilizadas para describir desde la Psicoterapia Institucional lo que se llamará: Transferencia Institucional. Este concepto además de sintonizar con el de

“transferencia” de Freud, tiene su génesis en el análisis directo de las experiencias vinculadas a la Psicoterapia Institucional y la posterior elaboración teórica, que toma también sus formulaciones expuestas en *“Psicología de las Masas y Análisis del Yo”* (1921).

En este último texto, Freud (1921) explica la formación de los grupos y distintos fenómenos que ocurren en colectivos y multitudes, a partir de identificar una estructura libidinal a la base, en la que los sujetos del colectivo proyectan en el líder del movimiento, su Ideal del Yo. Las masas desde este punto de vista, se conducen de manera tal, de propiciar que el Ideal del Yo, colocado en este líder, ame a todos por igual. Cada sujeto entonces identificado con su líder en tanto Ideal del Yo, establece también una identificación horizontal con los individuos que conforman el colectivo. De esta manera, se forma una especie de organismo psíquico o sujeto ampliado que tiene sus propias características, a través de una transferencia colectiva (Baremlitt, 1991).

Entre las potencialidades positivas de la transferencia colectiva están el establecer una identidad común, un peculiar sentimiento de poder entre quienes constituyen el grupo, una disposición para la solidaridad, manifestaciones de altruismo y renuncia al egoísmo, que comúnmente caracteriza a los individuos de manera aislada. Por otro lado, algunas de las características negativas de la masa, son una cierta disminución de la racionalidad, la tendencia a la explosividad e impulsividad, como también una disminución del juicio crítico, y en este sentido, una aceptación poco discriminada de sugerencias provenientes del líder (Baremlitt, 1991). Estas últimas características, sin embargo, en la medida que una colectividad se organiza, resultan aplacadas, permitiendo que ésta tienda a constituirse con los atributos de un individuo: continuidad, consciencia de sí, productividad o trabajo, conformación de tradiciones y usos particulares etc. (Freud, 1921)

Un aspecto importante revelado por Freud (1921), fue que el lugar del Ideal del Yo, del líder, puede estar ocupado por un individuo-sujeto concreto, pero también por una entidad abstracta como un ideal o tendencia compartida, como un deseo del que la multitud pudiese participar.

En base a estas ideas aportadas por estudios psicoanalíticos y la observación, se comenzará a hablar de Trasterferencia Institucional, y a comprender que los pacientes de instituciones psiquiátricas, *“establecían múltiples trasferencias laterales entre ellos, con el equipo de enfermeros, de médicos, equipo administrativo, con los jefes y también con la Organización como un todo: no apenas como establecimiento, figura arquitectónica, no apenas con los lugares y espacios donde se desarrollaban sus actividades, sino también con la ideología de la organización”* (Baremlitt, 1991, p. 15)

Era necesario por lo tanto, incorporar esta dimensión en el análisis del trabajo en la institución y con la institución.

En suma, se puede decir que en el campo grupal e institucional, se establecen transferencias múltiples y que las fantasías transferenciales emergen tanto en relación a los integrantes de un grupo como en relación con la tarea que se realiza como por el contexto en el que se desarrolla ésta, ya que la estructura interaccional del grupo no sólo permite sino que estimula la emergencia de fantasías inconscientes (Pichon-Rivière, 1999).

La idea fundamental es que la transferencia institucional funciona de forma cruzada y entre todo el colectivo, incluyendo al equipo técnico y lo que se llama "ideología de la institución", la cual es tomada a veces como objeto Ideal del Yo - sádico, inalcanzable, despótico - y a veces como figura identificatoria que genera conductas a favor de la cura. Se reconoce, por tanto, que la transferencia institucional opera como resistencia, pero posible de ser utilizada al servicio del autoconocimiento, del crecimiento y la promoción de salud, cuando ésta no es negativa.

No se trata, sin embargo, de la simple trasposición mecánica del concepto de transferencia del psicoanálisis descrito por Freud, aunque no se puede negar la estrecha relación. Más bien, *"el concepto [de transferencia y contratransferencia] más amplio que adoptaremos supone, no solamente la transferencia del analista y la respuesta del enfermo a la transferencia, sino también la respuesta a todas las realidades (sexo, edad, raza, posición económica) del analizado, del analista y de las significaciones socioculturales y económicas de la institución"* (Lourau, 1970, p. 186).

En esta línea, parte del Movimiento de Psicoterapia Institucional se esfuerza en dar con una producción propia del fenómeno transferencial en el trabajo institucional, y elabora el concepto de "transversalidad", que viene a sustituir, o más bien, ampliar el concepto de transferencia institucional. La potencia de este concepto sólo puede ser comprendida dentro de las reconceptualizaciones realizadas por Félix Guattari y Gilles Deleuze a la comprensión del deseo y el inconsciente psicoanalítico, es decir, desde lo que hoy conocemos como esquizoanálisis.

La noción de transversalidad en este sentido merecería una extensa justificación, que desborda los propósitos del presente trabajo, sin embargo, quisiera introducir algunas nociones básicas que ayudan a comprender hacia donde se dirige la fuerza de este concepto.

Según Guattari, existirían dos polos por los cuales un grupo oscila permanentemente referidos a la dimensión de "transversalidad". En un extremo estaría el "grupo-sujeto" definido como *"aquel que enuncia algo"* (Lourau, 1970, p.187) y que

mediante la asunción de la palabra, asume y se abre hacia un más allá de la estructura que lo define. En el otro extremo estaría el “grupo-sometido”, *“al que solo se lo escucha en su alegato”* (Lourau, 1970, p. 187) y sufre su jerarquización y determinaciones desde el exterior. El grupo-sometido como explica Lourau (1970), *“soporta, deforma e imagina las “realidades” (edad, sexo, clase etc.) evocadas por la definición de la contratransferencia institucional [mientras que] el grupo-sujeto, por el contrario, se libera de ellas analizándolas como soportes, símbolos y límites de su “ser-del-grupo”, es decir, componentes del principio de realidad”* (p. 189).

La “transversalidad”, por su parte, la entiende por oposición a la “verticalidad” oficial y “horizontalidad” informal del grupo en una institución, y *“tiende a realizarse cuando se efectúa una comunicación máxima entre los diferentes niveles y, sobre todo, en los diferentes sentidos”* (Lourau, 1970, p.188). Es una dimensión permanente de la institución, tienen que ser constantemente cuestionada y renovada, *“no se trata de analizar de una vez y para siempre, según tal o cual modelo sociológico o psicológico, la estructura del poder en una institución, ni de establecer el sociograma latente tras el organigrama manifiesto”* (Lourau, 1970. p. 188), ya que lo inconsciente, el sujeto efectivo de la institución, que posee el poder real en el curso del grupo *“no se da de una vez y para siempre”* (Lourau, 1970. p. 188).

En el caso de las instituciones de salud mental o psiquiátricas, la introducción de una estructura que permita analizar la dimensión de transversalidad y la emergencia de un grupo-sujeto, requiere de la distribución de la función médica en múltiples intervenciones, que recaigan sobre grupos y personas distintas. De esta forma, *“la cura en lugar de tener como único soporte y símbolo el poder carismático del médico, se distribuye por transferencia, en diversos tipos de instituciones, relevos y delegaciones de poder”* (Lourau, 1970, p. 188). La perspectiva, es que todos los integrantes de la institución estén insertos en el grupo en una modalidad de ser oído-oyente, y tener acceso así al que interpreta en lugar de limitarse a expresarlo, *“toda posibilidad de intervención creadora dependerá de la capacidad de poner en descubierto al sujeto de la institución”* (Lourau, 1970, p.188).

Hasta aquí se ha trabajado principalmente la noción de transferencia, y dejado de lado el tema de la contratransferencia, concepto que no termina de definirse en el psicoanálisis y el cual se ha tornado fundamental en el trabajo, sobre todo cuando nos aproximamos al campo de la psicosis.

En la obra de Freud (1910) la noción de “contratransferencia”, fue situada como *“una innovación de la técnica que atañe a la persona del propio médico”* (p.136). Se propone en el artículo *“Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”* que ésta “se

*instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí, y la domine.”* (p.136) Con estas pocas líneas, da cuenta de tres puntos fundamentales: es un fenómeno que ocurre en el analista a partir de lo que el paciente le produce inconscientemente, es necesario descifrar o a lo menos percibir eso que nos genera, y así, poder controlar lo que nuestro inconsciente nos impulsa a realizar. Agrega en este mismo texto –, *“que cada psicoanalista llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos”* (p. 136), lo que da cuenta de que la contratransferencia y principalmente el manejo de ésta, se relaciona con el recorrido que se lleve de análisis personal.

La contratransferencia se relaciona entonces con los deseos inconscientes que los pacientes despiertan en el analista, los que sin un trabajo de reflexión propio resultan en gran medida difíciles de manejar. Si el analista no ha integrado al análisis sus complejos y no es capaz de controlar lo que le provocan los pacientes en su persona, esto podría desembocar en un acto, o una imposibilidad por parte de éste de escuchar y pensar, que obstaculizará el proceso de análisis. La contratransferencia, en el encuadre psicoanalítico clásico, diríamos, se juega en la abstinencia que el médico debe desarrollar.

En el caso de la Psicoterapia Institucional, vemos que el manejo de la contratransferencia ocupa un lugar muy importante. Por una parte, como lo plantea Chazaud (1980), de manera individual es recomendable que cada miembro del equipo en el transcurso de la reuniones de equipo, sea capaz de descifrar los papeles que asumen en su práctica, a través del análisis de las identificaciones, contraidentificaciones y fenómenos resistenciales que se dan lugar con los pacientes en el trabajo, lo que en términos psicoanalíticos conocemos por análisis de la contratransferencia.

La experiencia muestra que el hecho de hablar y poner de manifiesto las dificultades ya resulta un primer nivel de elaboración que tendrá un efecto en los pacientes. La “co-elaboración” en reunión implica una sutil modificación de las “actitudes” del equipo, modificación que adquiere en el trabajo institucional para los pacientes valor de interpretación. Chazaud (1980), se refiere a este fenómeno, que podríamos catalogar incluso como mágico, “efecto ave”, ya que pareciera que *“pajarillos, testigos discretos de nuestros debates, sirvieran de mensajeros para “informar” a los enfermos”* (p. 70), las conversaciones y síntesis de equipo. De esta forma, lo que el analista “llega a ser” en el dominio de su contratransferencia es

incluso más importante que lo que “dice” explícitamente a un paciente en particular, o en una asamblea en el trabajo de psicoterapia institucional.

A parte de la dimensión individual que cada uno de los miembros del equipo debe trabajar, en la psicoterapia institucional, hay que contemplar que el equipo opera como una totalidad frente a la enfermedad y la cura de los pacientes, es decir, no sólo desde la activación del rol específico que cada uno tiene en articulación con los demás, sino que sus respuestas son realizadas y percibidas como un todo integrado. Así, en el conjunto total existen desplazamientos, escisiones y el despliegue de estrategias más o menos conscientes que involucran a algunos miembros, que asumen o son depositarios de un conflicto grupal, y en este sentido también es necesario un trabajo reflexivo interno grupal. Como lo plantea Pulido (2008) *“parecido a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se desarrollan en el análisis individual, estos fenómenos relacionales pueden ser importantes instrumentos diagnósticos y terapéuticos si se los sabe identificar, contener, pensar y elaborar”* (p. 129).

Ya en 1954 los estudios de Stanton y Schwartz enunciaron la relación recíproca existente entre los conflictos internos de un equipo y el comportamiento patológico de los pacientes. Elaboraron en base a sus investigaciones un doble teorema que explica la dinámica equipo-pacientes: Por un parte manifiestan que *“el conflicto que estalla en un equipo con respecto a un paciente, reproduce la dificultad de este, y ambos polos de su ambivalencia se materializan por medio de los dos puntos de vista que se enfrentan”* (Hochmann, 1971, p.126) dentro del equipo. Por otra, *“Un conflicto en un equipo asistencial es inmediatamente percibido por los enfermos, cuyo estado se agrava si no se elucida y verbaliza dicho conflicto”* (Hochmann, 1971, p.126). Con esto se hace evidente que resulta inútil intentar dejar a un lado al grupo de enfermos del conocimiento de los problemas de los miembros del equipo, sobre todo en el trabajo institucional, en el cual los pacientes saben y sienten mucho más de lo que se cree con respecto a quienes componen el personal y a sus actitudes. (Hochmann, 1971)

Como lo plantea Pulido (2008) *“en el trabajo con pacientes graves, la facilidad con que las dinámicas relacionales y grupales se ven invadidas por elementos destructivos y mortíferos, obliga a los operadores a desarrollar sus capacidades autoreflexivas y desplegarlas en el grupo, de lo contrario, se corre el riesgo de abandonar la función y potencialidad terapéutica del equipo”* (p. 128), capacidades que como hemos visto se relaciona estrechamente con la noción de contratransferencia. Sin embargo, es importante destacar que más allá de que estos fenómenos ocurran, lo cual parece inevitable principalmente cuando se trabaja con pacientes con trastornos

graves, el problema es no poder identificarlos y elaborarlos grupalmente (Pulido, 2008).

Por último, es necesario detenernos en un punto que ha generado confusión relacionado a la noción de transferencia, que dice relación con la capacidad que en la psicosis hay para establecer un vínculo transferencial.

Este tema es abordado por Freud (1917), en su “27º Conferencia: La transferencia” en la que reconoce que en algunas formas de enfermedad el procedimiento psicoanalítico nunca alcanzará éxito, y “no lograremos cancelar una sola resistencia ni eliminar una sola represión” (p. 399) a pesar de que en el sujeto esté en juego un conflicto originario entre el yo y la libido, al igual que en las otras psiconeurosis. Frente a esta situación, se pregunta a qué puede deberse que para algunos pacientes el psicoanálisis no tenga respuesta, centrando su explicación en la transferencia.

Ilustra esta dificultad con la experiencia que a través de los años ha tenido con pacientes paranoicos, melancólicos y aquellos diagnosticados con *dementia precox*, quienes sufren padecimientos que agrupa bajo el nombre de “*neurosis narcisistas*”, en oposición a las “neurosis de transferencia” que reúne a la histeria, neurosis obsesiva y neurosis de angustia, en las cuales “*la transferencia tiene una importancia extraordinaria, lisa y llanamente central para la cura*” (Freud, 1917, p.404).

Sobre el primer grupo de enfermedades, que justamente ponen en duda la efectividad de la técnica psicoanalítica, manifiesta que los sujetos aun manteniendo sus capacidades intelectuales, e incluso en algunos casos, conciencia de estar enfermos, la indiferencia y la incapacidad de establecer una investidura de objeto, que permita dotar al analista de un lugar, hace imposible una cura por la vía del psicoanálisis, estableciendo que “*la observación permite conocer que los que adolecen de neurosis narcisistas no tienen ninguna capacidad de transferencia o sólo unos restos insuficientes de ella*” (Freud, 1917, p. 406) Para comprender esta dificultad, hace una distinción en relación a la capacidad normal de dirigir investiduras libidinosas de objetos sobre personas - que estaría a la base de la transferencia - , y la posibilidad de que en algunos, se resigne la investidura de objeto, y la libido de objeto se transponga en libido yoica, es decir, se dirija hacia el yo, como el caso de las neurosis narcisista. Haciendo referencia ampliamente de este tema en su 26º conferencia “*La teoría de la libido y el narcisismo*” (Freud, 1917).

La distinción realizada por Freud, entre las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas fue tomada por algún tiempo de manera literal, considerándose que la transferencia era un fenómeno exclusivamente neurótico, y al ser ésta la base

de la cura psicoanalítica, se consideró que para la psicosis no había tratamiento posible desde el psicoanálisis. Sin embargo, el mismo Freud (1904) en su artículo *“Sobre Psicoterapia”* anunciaba con expectación que posiblemente *“una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis”* (p.253)

Hoy es innegable la existencia del fenómeno transferencial en el psicótico, y se reconoce que en todas las formas psicopatológicas se produce la transferencia con manifestaciones específicas, destacando autores como Rosenfeld, Bion, Segal y Meltzer en el estudio del fenómeno transferencial en la psicosis (Balseiro, 2009). Podemos a partir de sus investigaciones decir que la transferencia en la psicosis, al igual que en la neurosis, repite experiencias infantiles que han quedado inscriptas en el aparato psíquico, *“pero que justamente han sido de un nivel de carencia e intenso traumatismo que han causado la destrucción de los límites yoicos y la falta de cohesión del psiquismo”* (Balseiro, 2009, p. 2). Podemos caracterizarla de esta forma por ser fragmentada; por la imposibilidad de una simbolización que permita por ejemplo, reconocer que el analista *“esta en lugar de”* o la calidad del *“como si”* de la relación; por producir un vínculo intenso, voraz y primitivo; y también por tener un carácter invasivo y masivo. También podemos considerar a la transferencia psicótica muy inestable, y en este sentido no se justifica la utilización del mismo método psicoanalítico que el utilizado con neuróticos.

### **Psicoterapia Institucional y Psicosis:**

El trabajo psicoanalítico con la psicosis parte de la hipótesis de que el yo del psicótico es en extremo débil y desorganizado para ligar afectos, acciones, sentimientos y representaciones. Por ende, la exploración de los conflictos inconscientes debe ser realizada a través de un procedimiento distinto a la asociación libre, técnica fundamental en la cura para los neuróticos (Fontaine, 2006)

La Psicoterapia Institucional como dispositivo de intervención permiten abordar y sostener un proceso terapéutico con pacientes psicóticos y podría considerarse una modificación del procedimiento psicoanalítico clásico para el tratamiento de la psicosis, aun cuando no se limite a ser utilizado sólo en este campo.

Por una parte, el tratamiento para la psicosis requiere de un proceso activo, de larga duración que posibilite una atención permanente para esclarecer algo de la alienación mental y social que sufren los pacientes, lo cual es posible a través del compromiso en la transferencia y una institución que facilite ese encuentro estable en el tiempo. (Fontaine, 2006). A su vez, la dificultad en el establecimiento de la

consistencia imaginaria del cuerpo, que se expresa en la pérdida de sensación de unidad y difusión de los límites corporales (yo-tu, adentro y afuera) supone una clínica que intente ofrecerse como punto de referencia, soporte o lugar de permanencia y unidad a través del tiempo (Volco, 2001).

Por otra parte, la retracción libidinal característica de la psicosis hace necesaria una variada oferta de objetos posibles de ser investidos, como ocurre con la serie de talleres, lugares, actividades y personas que integran la institución, permanentemente disponibles, que potencia y facilita los encuentros, vínculos y ligaduras dentro de la institución.

En función de estas y otras dificultades vinculadas a las psicosis, se trabaja desde la Psicoterapia Institucional en la invención y construcción de un modo de estar con los otros, a través de la posibilidad de sostener un encuentro y producir objetos (Volco, 2001). Se trata de que los psicóticos puedan construir una nueva historia a partir de nuevos modelos estables que “tienen bajo sus ojos”. La institución en este sentido, puede ser vista como un reservorio de “instancias psíquicas externas”, con referentes en la realidad a partir de las actividades y organización del trabajo que existe. Ofrece una posibilidad de lazo múltireferenciales y heterogéneos (Fontaine, 2006).

Volco (2001), en esta línea manifiesta que *“si pensamos a la psicosis en su vertiente de dificultad en el lazo social, es decir, del hacer con otros, del estar con otros, de producir objetos que circulen y sean valorados socialmente, se entiende el porqué de poner tanto énfasis en la organización de la vida cotidiana y en los intentos de conceptualizar este trabajo sobre la cotidianeidad (p. 4).*

### **Las reuniones en la Psicoterapia Institucional**

Entre las principales consecuencias de pensar la dimensión inconsciente de las actividades y espacios grupales e institucionales, podemos situar el cambio en la valoración de los dispositivos grupales de organización y planificación de la comunidad, como son la asamblea y las reuniones de equipo. Estos espacios, alimentados por la transferencia institucional amistosa, permitirán la comprensión y elaboración de los aspectos inconscientes que se cuelean en las intervenciones, además de posibilitar una institución siempre en movimiento (Baremlitt, 1991).

La psicoterapia institucional, no consiste en desarrollar un tipo de institución particular, *“toda institución se vuelve alienante tarde o temprano, se esclerosa y se vuelve opresiva”* (Hochmann, 1971, p. 133), más bien la tarea radica en *“incluir en la propia estructura de la institución “vacuolas analizantes”, que por su sola existencia*

*obligan a tomar conciencia y cuya presencia misma cuestiona*" (Hochmann, 1971, p. 133). La asamblea general, aparece en este sentido como la más importante de estas "vacuolas" junto con las reuniones de equipo.

En un primer momento, como se dijo más arriba los dispositivos grupales de organización y planificación de la comunidad o institución se pensaron como los responsables en sí mismos de la mejoría de los pacientes, posteriormente se transformarán en lugares que soportan fenómenos transferenciales y contratransferenciales, importantes de ser leídos, señalados y elaborados de manera colectiva e individualmente, a través de las funciones propias de estos espacios de planificación, organización, toma de decisiones etc.

En relación a la reunión de equipo, podemos decir que concentra al conjunto de los integrantes del cuerpo asistencial comprometidos con la cura institucional y que desde esta perspectiva abandona el sentido objetivante y de clasificación de los enfermos, desenmarcándose de las nociones comunes de reunión de equipo.

De manera más específica, se erige como el mejor instrumento para construir y reformar la institución, al tomar como punto central una actitud de análisis de las relaciones entre los pacientes, del personal con éstos últimos y entre los miembros del equipo (Chazaud, 1980). En ésta, se trata de que todos los que asisten se enfrenten allí con los problemas planteados por todos, desde sus diferentes miradas y perspectivas.

La atmósfera de la reunión, para que se cumplan estos objetivos, ha de ser de una total libertad de la palabra, lo cual debe leerse no como un simple permiso que se confiere a los integrantes del equipo, sino como una exigencia a cada uno de los participantes (como la consigna fundamental del psicoanálisis). Todo lo que ocurre dentro de la institución debe seguir una ley permanentemente transmitida y actualizada: no hay en la comunidad comunicaciones secretas o privadas.

La reunión de equipo funciona entonces como un lugar técnico de "asociación libre" que busca hacer síntesis de informaciones, situaciones, apreciaciones, respecto a la modulación de las tareas y ajustes, que se sustenta en un libre intercambio de reflexiones y elaboraciones. Se produce en este lugar la convergencia –a modo de rompecabezas– de informaciones parciales que al totalizarse han de permitir decidir una estrategia terapéutica más global.

Las reuniones de equipo tienen un lugar especial en la terapia institucional porque establecen lo que se conoce, en palabras de Jones (1962), como "*cultura terapéutica de la comunidad*". A través del análisis permanente de las dificultades y problemas que enfrentan pacientes en la institución, con otros pacientes, o

consideraciones respecto de los papeles de los diferentes miembros del equipo y de los pacientes, con el tiempo se observan modificaciones en la estructura y relaciones.

En este espacio, las actitudes y creencias pueden ser analizadas y se está en posición de preguntar “por qué hacemos lo que hacemos cuando lo hacemos”, experiencia de aprendizaje que está lejos de ser fácil y evidentemente causa en el equipo montos de ansiedad importantes (Jones, 1962)

Hay que tener presente que los problemas de los miembros del cuerpo asistencial reflejan sobre todo, esencialmente las dificultades que sobre ellos descargan los pacientes. Por lo mismo, nada puede quedar fuera de la reuniones de equipo, todas las perturbaciones en la comunidad, como el incremento o generalización de ciertas conductas, las ausencias, rotaciones, dificultades en general deben considerarse un “significante” en su valor conflictual individual pero también en su dimensión colectiva, es decir, en relación a las contradicciones, crisis, carencias y debilidades del proyecto institucional. Por tanto habrá que tener en consideración en la reunión de equipo interrogantes como: ¿Por qué ese evento se ha producido en ese momento de la vida institucional? y por otro lado ¿Qué traduce de la resistencia o demanda desplazada, o de ambas a la vez, del equipo y también de los pacientes tal o cual suceso?

Para que la relaciones dentro de una institución ocurran de manera preponderantemente terapéuticas para los pacientes, según Pulido (2008) es necesario al menos contar con dos condiciones: que los miembros del cuerpo asistencial se constituyan como un equipo, y que *“este equipo se mantenga vivo frente a las tendencias mortíferas que nacen en toda institución”* (p. 128). Para este propósito la reunión de equipo es fundamental *“la conformación de un equipo y de un equipo maduro, no dependen de la cantidad y variedad disciplinar de los operadores, de la capacitación técnica y calidad humana de sus miembros, del hecho que compartan un lugar y trabajen coordinadamente con los pacientes, o de la horizontalidad de sus relaciones y flexibilidad en las jerarquía, roles y status al interior del grupo, sino que exige el desarrollo y la mantención de una serie de funciones y capacidades , que demandan una permanente auto revisión de las propias practicas y dinámicas”* (Pulido, 2008, p. 128).

### **La asamblea general**

La asamblea general, es el espacio dentro del proyecto institucional quizás más importante y se hace cargo del aspecto “socioterapéutico”. Esto quiere decir, que posibilita pensar el lugar que cada uno ocupa en la estructura de la institución,

problematizando los roles y funciones, con el fin de producir cambios en las relaciones sociales que se establecen dentro del colectivo. Tiene su antecedente en las reuniones de pabellón y concejos de pacientes que comienzan a realizarse en los hospitales psiquiátricos, que se ocupan de aspectos organizativos de la vida en internación y que poco a poco comienzan a incorporar cada vez más funciones y responsabilidades.

Actualmente la asamblea general, en instituciones y comunidades terapéuticas que realizan sus prácticas desde la psicoterapia institucional, se constituye como el lugar fundamental dentro del entramado institucional. Se configura como una reunión que atañe a la totalidad de los asistidos y asistentes, momento de la mirada de todos sobre el conjunto. A la base existe la idea de que la deliberación, discusión, los debates de cualquier situación o ideas son posibles y necesarios, como también la posibilidad de que todos participen de ellos. Esto contrasta con la situación anterior vivida en hospitales psiquiátricos por los pacientes, en los que sus opiniones eran intrascendentes y a su vez poco sabían de informaciones y decisiones relativas a sus tratamientos.

La asamblea es un espacio de la institución que tiende a la horizontalidad y pretende equiparar a todos los participantes en el enfrentamiento de un problema específico, esperando de ellos contribuciones complementarias. Es el espacio de comprensión del propio comportamiento y en donde todos los problemas se transforman en material para el tratamiento (Jones, 1962).

La asamblea tiene una serie de dimensiones y funciones que hacen de ésta un espacio vivo, *“constituye la herramienta clave de una institución terapéutica en su conjunto: el espacio de la mirada colectiva sobre lo que se hace, se espera, se proyecta. Motor entonces. También espejo. Y resultado”* (Grimson, 1983, p.169). Sin embargo, se pueden señalar dos aspectos fundamentales que operan paralelamente: lo terapéutico y lo político (Foladori, 2010).

Como lugar terapéutico, no se sitúa al mismo nivel de los grupos de psicoterapia o terapia individual, ya que mientras éstos procuran simbolizar las vicisitudes de lo imaginario y lo real, la reunión de pabellón persigue la búsqueda, contrastante, de una posible “realización”, con la salvedad de que aquí hay que tratar lo simbólico como una resistencia a lo real. Quedan fuera de estos espacios entonces las interpretaciones. Se trata más bien de tomar lo real como lo predominante, y de esta forma facilitar lo que pueda encontrar una realización en el campo de la realidad (Chazaud, 1980).

La asamblea busca que a través de estas realizaciones se obtenga satisfacción, no importa cuán parcial y limitada, dentro del marco de la activación de las fantasías.

“Hacer posible lo imposible” eso que está en lo imaginario de manera concreta, *“al fin y al cabo, como dice Freud, el principio de realidad no se opone al principio del placer: lo realiza conforme a cierto ritmo témporo-espacial y cierta delimitación”* (Chazaud, 1980 p.77). Todo esto con el fin de catectizar la realidad y volverla interesante, principalmente en aquellos que han perdido el sentido de comunidad, como ocurre en el caso de la psicosis, *“la catectización de un fin en un proyecto común funciona al desviar sobre la tarea compartida las energías que de otro modo se agotan en el autoerotismo y el “trabajo” del síntoma privado”* (Chazaud, 1980 p.76).

Para lograr este objetivo, se recurre a los pacientes para que se hagan cargo, en la mayor medida posible de su cotidianeidad, con sus capacidades y “su parte sana” de manera responsable, *“es importante atenerse en todo momento a la máxima posibilidad de yo del enfermo”* (Chazaud, 1980, p.76). El equipo, por su parte tiene una función de incitación para indicar vías que conduzcan a la realización de sus deseos, desempeñan la función de “yoes auxiliares” para estimular la acción. Es necesario tener el cuidado de no hacer todo por los pacientes, tendencia demasiado frecuente dentro de los equipos, quienes incluso terminan sufriendo por los pacientes y haciéndose cargo de todo. Hay que ser fiel y poner constantemente de manifiesto la veracidad del deseo de responsabilizarlos y concederles autonomía, simbolizado en el contrato terapéutico.

Otra dimensión terapéutica dentro del espacio de asamblea es lo que se genera entre los mismos pacientes, a quienes hay que dejar que se comprometan, se exijan, se feliciten y hasta que se critiquen mutuamente sin correcciones y sin censura. El hecho de que las incitaciones y también las críticas vengan de personas de igual status no los deja indiferentes, e incluso como se ha comprobado, produce efectos incluso más concretos que una intervención desde el propio equipo. Los pacientes en estos casos no pueden utilizar los mismos mecanismos de negación o proyección que emplearían en el caso de observaciones que provienen por parte del equipo (Chazaud, 1980)

Ocurre también como dice Jones (1962) que las reuniones comunitarias ayudan a los pacientes a comprender mejor el comportamiento perturbador de otros pacientes, permiten entender el significado de diversas conductas y pensar qué hacer o cómo enfrentar los momentos en que algún paciente está en crisis.

La dimensión política de la asamblea tiene que ver con que este espacio se constituye en el lugar específico de la institución para el ejercicio del poder, ya que todos los que participan tienen el derecho a tomar la palabra, a decir sus opiniones y tomar decisiones respecto a la vida en común (lo cual también tiene un efecto

terapéutico de desalienación para todos los integrantes de la asamblea) (Foladori, 2010).

La asamblea resulta ser el espacio para la organización de la institución a través de la demarcación de los problemas y la búsqueda de soluciones concretas. Es un órgano administrativo porque se ocupa de problemas de la vida cotidiana, establece normas, las cuales pueden alterarse con el tiempo según nuevas circunstancias. Permite la puesta en discusión de incongruencias o fallas en el diseño del proceso terapéutico para su transformación. Es también un lugar de gestión y en este sentido todos los aspectos contradictorios de la administración de la colectividad, contratos, horarios, uso de los lugares, prohibiciones etc., pueden y deben ser objeto de un debate. También se discute sobre las inversiones en materiales y tipo de instalación necesarias para la continuidad y desarrollo de las terapias y talleres que conforman la totalidad de la institución (Grimson, 1983).

La participación del paciente en el gobierno de la institución debe ser real y de peso. Los pacientes no pueden entrar como ciudadanos de "segunda clase" dentro de la dinámica asamblearia. Tampoco los funcionarios. Una comunidad terapéutica para que realmente funcione, como dice Rodrigué (1965) tiene que "*ir en serio*", es decir, el espacio de la asamblea debe funcionar y traducirse en acciones reales. Las diferentes experiencias comprueban que las innovaciones más fértiles que se dieron en las distintas comunidades e instituciones fueron aquellas que paso a paso, fueron elaboradas conjuntamente por el personal y los pacientes, quienes a través del consenso llegado en el espacio de la asamblea, lograban traducir las decisiones en realizaciones y acciones concretas.

A través de las discusiones y reflexiones colectivas en la asamblea aparecerán la igualación o desigualación entre los profesionales, la valoración o descalificación de las tareas, el encuentro y desencuentro del equipo y los pacientes, material con el que se trabajará en busca de soluciones específicas que no deben ser pensadas a priori, sino como respuesta "a la demanda". A su vez, como lo expresa Jones (1962) en las reuniones de comunidad se ventilarán una serie de tensiones de la comunidad, y es común que esto active gran cantidad de material a trabajar con los pacientes de manera individual o en psicoterapias de grupo, es decir, en otras instancias terapéuticas. Muchas de las tensiones no pueden ser resueltas y elaboradas a nivel de comunidad en la asamblea, pero actuarán como un estímulo a ser trabajado en reuniones o grupos más reducidos.

Los beneficios de la asamblea para los pacientes según Jones (1962) son: permitir confrontar con la realidad las distorsiones de percepción, delirios,

alucinaciones pueden ser confrontadas con la realidad, los mismos pacientes tienen incluso más incidencia o peso al momento de discutir sobre eso con otros pacientes. Las fantasías destructivas u otras, cuando son verbalizadas y expuestas a la reacción de los demás pueden convertirse en actitudes más egodistónicas. Se podrá desarrollar lentamente una identificación con el grupo que permitirá la integración del yo. Puede también producirse una disminución de la severidad del superyó. Junto a esto, tanto pacientes como equipo adquieren una sofisticación que permite que toda la experiencia de comunidad se haga más comprensible y por lo tanto potencialmente terapéutica.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Reflexionar sobre las funciones del equipo en la asamblea general a partir de una experiencia de trabajo en un hospital de día.

### **Objetivos específicos:**

- Reflexionar acerca de la relación que establece el equipo con los pacientes en la asamblea.
- Caracterizar la forma de intervenir de los miembros del equipo.
- Discutir sobre la tarea del equipo en la asamblea.

## **PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

### **Caracterización del dispositivo hospital de día**

El Hospital de Día es un dispositivo perteneciente a la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría, que se rige por orientaciones técnicas definidas por el Ministerio de Salud, que se apoyan en el *Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental* y el *Programa de Salud Mental*, ambos, “documentos programáticos que apuntan a poner en práctica un Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría cuyas características esenciales son: la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos, el énfasis en la atención ambulatoria, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación Psicosocial” (MINSAL, 2002, p.).

Como dispositivo particular de las Redes Territoriales en Salud Mental el hospital de día tiene un valor estratégico por su capacidad de actuar como interface entre el abordaje clínico y psicosocial, y por su alta capacidad resolutive de cuadros agudos, considerando el abordaje integral de la persona.

Desde las orientaciones técnicas, no se define un enfoque teórico específico para el trabajo terapéutico en los hospitales de día, más bien, las estrategias y los modelos que sostienen las intervenciones varían considerablemente entre los distintos hospitales de día.

En el caso particular que se analiza aquí, se trata de un Hospital de Día que atiende a adolescentes diagnosticados con *trastornos psiquiátricos severos*. El enfoque que da sustento a la propuesta de trabajo se inscribe en el campo de lo clínico-comunitario, que amplía y cruza los marcos referenciales para abordar la salud mental poniendo en relación no solo aspectos médico-sintomáticos de los cuadros sino también miradas y elaboraciones que desarrollan estas concepciones tradicionales desde lo puramente individual hacia la complejidad de lo social. Como se puntualiza en la Propuesta Técnica propia del Hospital de Día<sup>1</sup>, “consideramos el Hospital Día para adolescentes como una práctica asistencial que acoge patologías severas en su fase aguda y que propende a la estabilización de las mismas, en el marco de un tratamiento institucional que supone un dispositivo y medio terapéutico específico para atender a sus necesidades” (Documento Interno hospital de día).

La propuesta se sostiene a su vez, en una concepción particular de la patología mental severa que implica pensarla como una psicopatología del lazo social. En este

---

<sup>1</sup> Para mantener la confidencialidad del equipo y de los pacientes del Hospital de Día, se suprimirá la cita y correspondiente referencia del documento.

sentido, el tratamiento institucional adquiere relevancia transformándose en un *“espacio en que se instituyen ciertas prácticas y modo de funcionamiento como soporte simbólico para sus miembros y como espacio de acogida, donde se favorece la experiencia grupal y colectiva, estableciéndose una mediación con el exterior, como estructura puente, para favorecer la integración de los adolescentes al medio social y cultural. Es decir, la perspectiva que dirige las distintas intervenciones apunta no solo a la estabilización o compensación del paciente a través de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, sino que intenta ir más allá acompañando desde el comienzo, la reinserción de los pacientes hacia una vida más autónoma y productiva en la sociedad, a través de un equipo multidisciplinario que ofrece una atención integral”* (Documento interno hospital de día).

El Hospital de Día, funciona de lunes a viernes desde las 9:00 hrs. hasta las 17:00 hrs. y contempla actividades e intervenciones grupales e individuales, que promueven el desarrollo u fortalecimiento de aspectos personales, el interés por el otro y entorno, la expresión artística y aspectos asociados a la escolaridad o inserción laboral. Se realizan en este sentido, diversos talleres, terapias individuales y grupales, que se articulan con espacios libres o recreativos, con el almuerzo comunitario y un apoyo personalizado (acompañamiento terapéutico) en distintas áreas según las necesidades de los adolescentes. Una de las actividades grupales fundamentales para el trabajo en este hospital de día es la asamblea general.

### **La asamblea general del hospital de día**

La asamblea general de este hospital de día se define como *“el espacio donde los adolescentes junto a los adultos tratantes, proponen y/o toman ciertos acuerdos en relación a los intercambios cotidianos dentro del hospital. Espacio además donde los adolescentes pueden hablar de la comunidad que conforma el hospital, de sus prácticas y su institucionalidad. Este espacio apunta a que se articulen asistidamente las habilidades promovidas en los espacios terapéuticos antes enunciados por cuanto la asamblea es en sí misma un lugar para ejercer ciudadanía e insertarse en experiencias comunitarias”* (Documento interno hospital de día)

Todos los integrantes del hospital - usuarios, equipo profesional y funcionarios administrativos - participan de esta instancia, a excepción de algunos, muy pocos, que se eximían, por la incompatibilidad de los horarios. El equipo de trabajo de la institución está conformado por profesionales de distintas disciplinas y a su vez por funcionarias que se hacían cargo de la administración cotidiana y funciones de aseo y cocina. También hacían parte del equipo los practicantes. En total participaban

alrededor de diez entre la directora, los psicólogos, la psiquiatra, asistente social, terapeuta ocupacional, profesor de teatro, practicantes, secretaria y encargada de la alimentación y aseo.

En el caso de los usuarios, eran cerca de 17 jóvenes los que asistían a tratamiento; algunos tiempo completo, todos los días de nueve de la mañana a tres de la tarde y otros, sólo algunos días dependiendo del progreso en su tratamiento y capacidad de inserción en actividades laborales, escolares y de desarrollo personal.

Todos, a pesar de los diversos horarios, se reunían en la asamblea los días lunes a las 14:00 horas, en este espacio considerado parte prioritaria del tratamiento de pacientes, y esencial para el buen funcionamiento de la institución.

Para desarrollar el análisis y posterior reflexión se ha decidido seleccionar algunos extractos de los registros realizados durante mi práctica profesional que ilustran el trabajo en la asamblea en cuanto a contenidos y la forma en que se abordaban los diferentes temas. Fragmentos que al mismo tiempo ponen a la luz las problemáticas a la que nos enfrentábamos en este espacio y que pueden representar dificultades comunes en este contexto de trabajo.

Principalmente se pondrá el foco del análisis en la intervención que realiza y dirige el equipo técnico con el fin de reflexionar en torno al lugar y funciones del equipo en la asamblea.

### **Fragmentos de la asamblea: análisis de las intervenciones**

Los fragmentos que se presentan a continuación son transcripciones de un registro sistemático realizado en el contexto de una práctica profesional que contempló la inserción en el espacio de la asamblea del hospital de día por un período de 10 meses, desde marzo del 2009 a enero del año siguiente. Durante estos meses se registraron las 34 asambleas que se realizaron, a través de observación participante y registro simultáneo en diarios de campo. Se incorporaron en los registros diálogos y acontecimientos no verbales, hora de inicio, de término y número de participantes, además de sensaciones y reflexiones personales. Sin embargo, no se puso atención a algo en particular, ni hubo una pregunta específica que guiara las anotaciones, sino más bien el método utilizado era en base a una *atención parejamente flotante*, es decir, un registro de la mayor cantidad de elementos que atravesaban el espacio desde la escucha y mirada de quien observa.

Los extractos aquí seleccionados, fueron elegidos tras la revisión completa de los diarios de campo, porque permiten pensar el operar del equipo a la luz de las preguntas y objetivos planteados para esta investigación.

Para resguardar la identidad de los participantes se utilizan dos siglas que identifican si quien interviene es miembro del equipo (E) o paciente de la institución (P). Se entiende por equipo todos aquellos que no son pacientes, es decir, estarán incluidos practicantes y funcionarios administrativos.

### **FRAGMENTO 1: LOS PRODUCTOS.**

En el contexto del cierre del taller de pintura<sup>2</sup> se discute la siguiente problemática en la asamblea:

**E1:** qué hacer con los trabajos antiguos de personas que ya no están y de talleres que se terminan. Pensamos al principio en reciclar o incluso botar algunos trabajos, seleccionar algunos y pegarlos, pero quisimos traer la pregunta a la asamblea.

**P1:** yo creo que no hay que botarlos porque hay muchos sentimientos en esos trabajos.

**E2:** se podrían exponer en los eventos que hay en la institución.

**P1:** no vamos a estar todo el tiempo acá y no nos gustaría que botaran nuestros trabajos cuando nos vayamos.

**P2:** uno hace los trabajos con deseo, con anhelo, con ganas, amor y cariño y no es muy bonito hacer reciclaje con eso.

**E3:** podríamos elegir los más bonitos.

**E1:** eso es muy subjetivo, no se pueden elegir los más bonitos, ya que no necesariamente todos tienen habilidades para el dibujo e igual quizás quisieran presentarlos, o exponerlos.

**E4:** propongo guardarlos en una sala y sacarlos para exponerlos de vez en cuando.

**E5:** este problema tiene una doble dimensión que es guardarlos pero a la vez mostrarlos.

**E6:** propongo que igualmente se debería seleccionar algunos, y que hay que tener la capacidad para desprendernos también de los trabajos. Se podría formar una comisión que hiciera ese trabajo.

**E2:** estas producciones hacen parte de la historia, y no solo se plasma en el papel de forma individual sino también hacen parte de una historia de la institución en su totalidad.

**P1:** las personas que estuvieron aquí pensaban en rehabilitarse. Este es el único, si no me equivoco hospital de día para adolescentes de la región metropolitana, y a esas personas las recordamos con cariño.

**P2:** yo me siento acogido aquí, aquí siento que no soy diferente a los otros, en otros lugares no me comprenden, en cambio aquí hay gente que ha vivido lo mismo que yo viví.

**P3:** al igual que P1 y P2, yo pienso que esto es como una casa y estoy de acuerdo con lo que se ha dicho, que tengan su lugar pero un lugar diferente a los que están ahora.

**P2:** si po, así no fueron desechados, lo hicieron en otro momento, se van poniendo cosas nuevas y antiguas.

---

<sup>2</sup> El Taller de Pintura ha sido realizado por diferentes profesionales, quienes han dado continuidad al taller desde su propia mirada. En el momento que se discute qué hacer con los trabajos, se ha decidido finalizar el taller de manera permanente.

**E3:** tengo una duda, ¿todos seleccionamos o ese trabajo lo hace una comisión?

**P2:** mejor los que quieran.

Se pregunta quien quiere participar y se arma una comisión de cuatro personas.

**P2:** lo que ya no sirve se guarda.

Las intervenciones del equipo en este ejemplo, apuntan a dar una serie de soluciones a la problemática que expone la representante del taller de artes. Existen posiciones distintas dentro del equipo, en general, se proponen acciones sin dar mayores argumentos y tampoco se profundiza respecto de las implicancias que tendrían cada una de las distintas opciones.

Existen pocas propuestas de parte de los pacientes para dar solución al problema del Taller de Pintura. Más bien sus intervenciones ponen de manifiesto, la importancia que tienen los trabajos y lo que significan sus producciones. Expresan, principalmente, lo que a ellos nos les gustaría que hicieran con sus trabajos, lo que permite pensar en la significación enorme que tienen estos para ellos y también el uso que podrían tener al egreso de ellos del hospital. ¿En función de qué se hacían los trabajos en el taller de pintura?, parece fundamental saberlo para tomar alguna decisión.

El equipo no estimula mayormente la participación de los pacientes para pensar en conjunto salidas al problema, más bien entrega soluciones para resolver el tema de los trabajos. Del total de pacientes que participan en la asamblea, solo intervienen tres. En el caso de los profesionales, todos toman la palabra.

Llama la atención, la intervención de uno de los integrantes del equipo que dice: “elegir los más bonitos”. Creo que no existe un análisis previo de los efectos y consecuencias que pudiera tener en los pacientes, en la asamblea, y en el trabajo de otros talleres, el plantear “elegir los más bonitos”, ¿qué pasará con aquellos que sus trabajos no son seleccionados? ¿Qué sentirán aquellos pacientes que no tienen muchas aptitudes para el arte? La intervención pone un sentido normalizador, respecto a lo estético como eje, que habría que pensar si está en concordancia con el sentido por el cual fue construido el taller.

Por otro lado, de una manera no muy clara se asume que todos están de acuerdo con hacer una comisión, la cual finalmente se arma. Sin embargo, me pregunto si queda claro el objetivo de la comisión, qué es lo que se va a seleccionar y cómo, ¿los más bonitos, los que se botan, los que se exponen? Me da la impresión que no existe un análisis de lo que significan cada una de estas opciones. Al parecer el equipo no está al tanto del sentido que tenía el taller y por lo mismo existen

propuestas diversas que apuntan a diferentes objetivos: mostrar, guardar, reciclar, botar.

En términos generales, me pregunto si el equipo está pensando “como equipo” dentro de la asamblea, a propósito de las intervenciones que se observan , y fuera de la asamblea, en la construcción de los talleres y rutina del hospital, eje que parece ser fundamental en el trabajo de este tipo de institución.

Otro punto a destacar es la ausencia de coordinación. Todos hablan, dan propuestas y opiniones, pero no se hace una síntesis o preguntas que abran la discusión, que inciten a los pacientes a participar y permitan tomar un acuerdo entre todos. Entre los miembros del equipo se conduce el quehacer de la asamblea, de una manera poco clara, a pesar de que existe un coordinador elegido democráticamente.

Me interesa subrayar un punto que no se percibe con el ejemplo en sí mismo. El coordinador de la asamblea, en esta ocasión, fue un paciente que había ingresado la semana anterior al Hospital de Día. Al paciente, se le ofreció ayuda para coordinar la asamblea. Esta situación sucedió cada vez que ingresaba un paciente al Hospital de Día: se proponía al paciente nuevo para ser elegido coordinador, éste aceptaba participar de la votación (podríamos pensar sin saber bien lo que significaba) la mayoría votaban por aquella persona, y finalmente salía electa.

El sentido de esta resolución, si bien era democrática, ya que la persona era propuesta por alguien, aceptaba participar de la elección de coordinador/a (generalmente se decidía entre 2 o 3 personas) y finalmente salía electa por mayoría simple, no me parece claro. ¿Por qué poner a alguien que no conoce la dinámica de las asambleas en esa función?, ¿por qué hacer como si alguien coordina, cuando en realidad lo está haciendo otro?. ¿Cuál es la importancia que se le da a la coordinación, la función que tiene para esta asamblea? ¿Rito de iniciación? Al parecer no se estaría pensando qué significa para un paciente nuevo coordinar la asamblea. Desde mi punto de vista pienso que una tarea compleja y justamente quienes ingresan al hospital requieren de un periodo de inserción, adaptación y aprendizaje que les permita reconocer el funcionamiento de los distintos dispositivos y los roles y funciones de estos. Como dice Foladori (2010) *“cuando la asamblea decide que la coordinación puede recaer en un paciente, este nombramiento es de gran significación para la persona designada tanto como para el conjunto, que ha logrado una nueva alianza en el compromiso con la salud.”* (p.21)

## **FRAGMENTO 2: EL GRUPO EVANGÉLICO.**

**P1** propone traer un grupo de música evangélica al Taller de Radio Teatro.

**E1:** le pregunta cuál sería la idea, y si recuerda lo que le había dicho el otro día con respecto al tema.

**P1:** le responde que la idea sería entrevistarlos y que tocaran para que le entreguen un mensaje a los chiquillos. Plantea que hay muchos chiquillos acá que no conocen el cristianismo.

**E1:** este no es un lugar para hablar de política ni de religión.

**P1:** a si po ud. es comunista y ud. ha hecho esfuerzos para traer otros grupos y le fallan, lo digo por eso.

**P2:** a pesar que no es tema, nosotros necesitamos mensajes de amor y cariño. Yo soy cristiano y me entregué a dios cuando era niño.

**E1:** lo hablamos mejor en el taller, hay personas que no creen en dios.

En este ejemplo, existe claramente una tensión entre un miembro del equipo y el paciente que realiza la propuesta de traer un grupo de música evangélica. El miembro del equipo a través de sus opiniones e intervenciones, derechamente censura el tema de la religión. Me pregunto si es que previamente se había hecho un acuerdo de “no hablar de política ni religión” entre los miembros de la asamblea. ¿Quién dice que no se hablan esos temas? ¿El equipo? ¿Este miembro del equipo? ¿Será una reacción contratransferencial? ¿Qué es lo que le molesta a este miembro del equipo?

Me parece que el tema incomoda, y en especial a este integrante del equipo. Sin embargo, puede ser un tema importante de discutir. Sin duda existe un cruce entre la psicosis, la religión, la terapia y la religión, que podría ser relevante abordar, y que emerge aquí como demanda de los pacientes. Pienso que la mejor forma de abordar el tema, no es evadirlo, o anulando la propuesta aplicando una censura ni menos trayendo “acuerdos” que no se habían hecho previamente para justificar la conducción del tema.

Me llama la atención que no se recoge la propuesta del paciente ni se decide colectivamente al respecto.

Por parte del paciente existe una confusión respecto a los espacios, ya que está trayendo a la asamblea un tema que se dirige a un taller en específico. El coordinador del taller posterga el tema para discutirlo dentro del espacio de taller, lo cual me parece una buena decisión en el entendido de que sirve para marcar y distinguir los lugares. Diferenciar lugares dentro de la institución adquiere importancia por el simbolismo concreto, isomorfo a los “espacios corporales” que tiene para el trabajo con la psicosis. Llegar a captar estos límites, umbrales y zonas de transición y

temporización es un problema predominante y es necesario que ese trabajo de delimitación sea realizado desde el equipo (Chazaud, 1980).

Sin embargo, pienso que por la reacción del equipo, algo más trae esta propuesta, y está siendo interpelado a nivel de comunidad y corresponde abordarlo entre todos en la asamblea. Además porque existe una confrontación, entre el paciente que propone traer al grupo evangélico, y el miembro del equipos, quien insinúa que en realidad en el hospital si se habla de política y de religión. Este paciente incluso con tono irónico manifiesta que este miembro es comunista y no le resultan las cosas.

Existe una omisión por parte del resto del equipo respecto del tema. Me pregunto si estarán de acuerdo con el miembro del equipo que toma la palabra o más bien emerge algo que no se ha pensado y se prefiere dejar así ¿Qué hacer frente a situaciones como estas? Solo un miembro del equipo opino respecto al tema, y no solo eso, sino que decidió sobre el futuro del tema. No se toma la propuesta del paciente, no se abre la propuesta a los demás participantes, para que todos opinen al respecto, se cierra el tema, y se impone una censura.

En general, Me parece que de alguna manera se pone un obstáculo a la participación y no se quiso afrontar un tema que sin duda es delicado, me pregunto: ¿Cómo afecta la censura de un tema a la asamblea? ¿Afecta esto a posibles nuevas propuestas de los pacientes o otras discusiones en la asamblea?

Por otro lado, ¿Qué es la política para la asamblea y para este equipo? Me parece impensable no poder hablar de política en un lugar que justamente está atravesado por esta dimensión ya que es un lugar de organización y de ejercicio de poder. Me parece contradictoria la propuesta de no hablar de política en una asamblea, habría que preguntarse ¿Cómo impacta esto al trabajo? Y ¿Cuál es entonces objetivo de la asamblea si no es hacer política?

En este ejemplo, nuevamente la coordinación está ausente. No existe un “protocolo” o mecanismo para tomar decisiones, sobre qué hacer con las diferentes propuestas que aparecen en la asamblea. ¿Quién y cómo se toman las decisiones?

### **FRAGMENTO 3: PELCULA EL SECRETO.**

**P1:** quería proponer a un profesional, para ver la película el secreto, para que lo vean los profesionales y los usuarios.

**E1:** ¿por qué debería verse?

**P1:** se trata de los poderes de la mente, no es ficción, hay personas que han sido exitosas... (Silencio)... ¿entonces no, qué les parece?.

**E1:** es una película más, donde se habla.

**P1:** no es cualquier película.

**E1:** es una película más, no está develando algo, estoy de acuerdo que se vea, pero con una cierta actitud.

**P2:** voy a tratar de conseguirme el efecto mariposa.

**E2:** los días martes de 11:45 a 13:00, hay un espacio libre.

**E3:** mañana es el día del deporte, si mañana está el día así de feo creo que se podría ver. Me parece que puede ser una instancia para ver la película.

**E4:** quizás plantear algo más elaborado, una propuesta, esa misma idea pero más elaborado.

**E1:** nadie mas dijo que le interesaba

**P1:** porque nadie la ha visto

**E5:** yo puedo ayudar a hacer una propuesta más elaborada.

**P2:** yo estoy de acuerdo de ver el efecto mariposa.

En este ejemplo sucede una situación similar al anterior. Uno de los profesionales se muestra en desacuerdo con la propuesta de uno de los pacientes. A pesar que su primera pregunta al paciente, permite indagar algo sobre los motivos o deseos respecto de mostrar la película, los cuales serán importantes de conocer para tomar decisiones y direccionar la discusión en la asamblea. Sin embargo, inmediatamente después, él mismo profesional, interviene “bajándole el perfil” a la película, hace cuestionamientos al contenido de ésta, y plantea como si fuese un hecho consensuado, sin preguntar si quiera, que no existe interés de parte de la asamblea.

Pienso que de alguna manera este miembro del equipo ve en la película una amenaza. No creo que el problema sea mostrar una película sino mas bien el contenido de esta lo que resulta incómodo. ¿Qué se hace en estos casos, cuando el equipo no está de acuerdo con propuestas que pacientes llevan a la asamblea? ¿Cuál es el límite del poder de decisión del equipo dentro de una asamblea? ¿Cómo tomar estas propuestas, cómo discutir las, y cómo decidir?

La reacción del miembro del equipo me hace pensar en la contratransferencia y me pregunto si no habrá algo que está siendo ocultado o no hablado sino actuado a través de esta respuesta que tenga relación a un secreto. ¿Qué le pasa a este miembro con el tema de la película? ¿Qué pasa con “El secreto”? ¿Hay algún secreto?

Otro punto necesario de destacar es que se le pide al paciente que realice una carta explicando la propuesta pero de manera más “elaborada”, ¿Cuál es la diferencia de que la propuesta se diga a través de una carta o en la asamblea directamente?; ¿cómo hay que proponer las cosas en la asamblea y qué cosas está permitido

proponer en la asamblea? Son preguntas que al parecer nadie tiene claro; ¿Cual es la capacidad de decisión que tiene esta asamblea? De alguna manera la relación entre pacientes y equipo cada vez que se da esta respuesta se burocratiza y lo que podría responder una dificultad para pensar colectivamente en la asamblea para resolver los temas.

En el ejemplo anterior ocurre algo similar. La discusión se deriva al taller en cuestión. Y si bien de alguna manera hay que marcar lugares para realizar las diversas propuestas, si esto se hace recurrente pierde el sentido la asamblea en sí. Pienso que es necesario preguntarse por el efecto que produce esto en la asamblea, en los pacientes, y también el por qué el equipo responde o interviene con esta estrategia.

A través de este ejemplo también se observa que entre el equipo no hay una convergencia, sino más bien una serie de opiniones diferentes, las cuales en ultima instancia apuntan a cuestiones distintas. Me pregunto cómo es tomado esto por los pacientes y cómo impactan las diferentes palabras de los integrantes del equipo en los pacientes. Si vamos al ejemplo concreto se observa que: algunos piden fundamentos, otros deslegitiman el contenido de la película, otros le abren un espacio en su taller, otro le propone que haga un proyecto más elaborado, otra integrante le ofrece ayuda, pero para realizar la propuesta. Cuál es el sentido de estas intervenciones, hacia donde se dirige el equipo.

La coordinación nuevamente está ausente, el tema es desviado y no se toma un acuerdo colectivo en asamblea sino que se hace lo que el equipo propone hacer. Quién ordena la discusión y cómo se ordena, parece estar de nuevo en manos del equipo, paralelamente a través de sus intervenciones, a pesar de que existe el cargo de coordinador. ¿Para qué hay una coordinación, cual es su función? Hasta el momento, no me queda claro.

El equipo, si bien conduce de cierta manera la dinámica de la asamblea, no provoca o anima la discusión. A mi modo de ver, más bien cierra el tema, principalmente dando soluciones concretas para resolver la discusión y pasar a la próxima.

#### **FRAGMENTO 4: LAS AUSENCIAS.**

(E 2 le hace un gesto a E1)

**E1:** “me avisan por interno” que quería recordarles que si llueve o no llueve no es una excusa o fundamento para faltar al hospital.

**E 3:** en realidad la pregunta es por qué es que se falta cuando llueve.

**E 2:** si hay una razón buena, igual se puede faltar, pero que simplemente llueva no es razón; por ejemplo hacerse exámenes, o ir al médico.

**E1:** ¿qué será una buena razón para faltar?

**E4** complementa diciendo: puede haber y de hecho hay ciertas adversidades climáticas, pero a pesar de ello el mundo funciona igual, uno igual se las arregla para ir al hospital, al colegio, o al trabajo.

**E 5:** otro tema relacionado con esto es que deben avisar cuando faltan.

**E4:** es medio latero, pero uno tiene que hacerlo.

**E5** pregunta uno a uno a los pacientes por qué habían faltado el viernes pasado.

**Algunos pacientes responden:** “yo estaba enfermo”, “yo estaba enfermo”, “fui donde unos primos, me habían invitado de antes”, “estaba inundado el sector”.

**E 2** recordó que en realidad empezó a llover a las una, por lo que a esa hora no podría haber estado inundado. Se vuelve al tema de avisar: “es bueno que avisen y llamen cuando falten” y se ejemplifica con que Px llamó.

**E 5:** le pregunta a uno de los pacientes que si se le había ocurrido llamar para avisar que no venía.

**P:** mi mama ya había avisado.

**E5:** ¿pero es deber tuyo llamar o deber del Hospital llamarte?

**P:** yo llamar.

**E 6:** cada uno debiera tener claro los compromisos que adquiere en los lugares que está.

Agrega que en realidad le parece muy escolar, andar preguntando uno a uno, cuando a lo que tienen que responder es al compromiso del tratamiento, lo recíproco es que cada vez que falten avisen la ausencia.

Me llama la atención que a pesar de que no hay respuesta por parte de los pacientes a la serie de intervenciones del equipo al inicio de la asamblea, el equipo sigue dando opiniones y haciendo preguntas, que finalmente no son abordadas en profundidad. Existe a mí parecer una dificultad para poder detenerse y esperar respuesta de los pacientes o para abrir los diferentes temas ya que cada intervención interrumpe la anterior. Una dificultad que tienen que ver con la cadencia de las intervenciones, que desde mi punto de vista da cuenta de una cierta impaciencia del equipo. “Cadencia” según la RAE se define como una *“proporcionada y grata distribución o combinación de los acentos y de los cortes o pausas, en la prosa o en el verso”*, definición que sirve de alguna manera para pensar que las intervenciones en la asamblea, tienen que tener un ritmo o *timing* para poder ser pensadas.

Me da la impresión, que la rapidez con que se pasa de un tema a otro, no permite que cada paciente escuche, piense y opine, ni tampoco el mismo equipo.

Respecto al contenido en particular de esta asamblea, no me queda claro si se logra, o incluso si se quiere, realmente problematizar el tema de las ausencias y el compromiso con el tratamiento, tema que me parece muy relevante, sobre todo en este tipo de institución que se construye poniendo énfasis en la responsabilidad y autonomía de los pacientes.

Escucho más bien un reto de parte del equipo, una llamada de atención por la ausencia masiva del viernes anterior, día que como se da cuenta en el ejemplo, llovió. El equipo pregunta a la asamblea, a los pacientes, pero luego responden ellos mismos, asumiendo *a priori* que por causa de la lluvia faltaron los pacientes. Me llama la atención, que ponga la causa de las ausencias en algo externo a los pacientes, en la lluvia. También creo que es confuso el mensaje del equipo. Falta preguntarse entre todos, qué es lo que está a la base de las ausencias en general o quizás sobre la falta de compromiso. En este sentido, me parece clave la última intervención de uno de los miembros del equipo: “cada uno debiera tener claro los compromisos que adquiere en los lugares que está”. ¿Cuál es el tema de fondo? Las ausencias injustificadas, los cambios climáticos, el viernes pasado, no avisar, el compromiso con el tratamiento, todo se confunde como si fuera lo mismo.

Se observan además dos formas de intervenir por parte del equipo muy diferente. Una forma más inquisidora, que busca explicaciones puntuales, que pregunta por hechos, y pide directamente a los pacientes, con nombre, que se expresen, que respondan, que encara o confronta y que para algunos de los miembros del equipo “parece muy escolar”. Y una segunda forma, que más bien invita a reflexionar en conjunto y abre la discusión a través de preguntas. A mi modo de ver, ambas intervenciones, se contradicen o incluso se anulan. Pienso que esto refleja, que no existe claridad por parte del equipo del objetivo de la asamblea.

Al final, el tema queda abierto. Pareciera que más que escuchar a los pacientes, el equipo quería decir ciertas cosas, y me pregunto, ¿será la mejor forma de decir las cosas? Creo que hubo desorganización por parte del equipo, no queda claro a lo que se intentaba apuntar con traer el ejemplo del viernes ¿lo importante de discutir es simplemente que llamen o es más bien pensar las ausencias? La claridad me parece fundamental en lo que hace al trabajo con las psicosis, y por eso lo marco en este ejemplo.

## **FRAGMENTO 5: APOYO ESCOLAR**

**P1:** quería hacer una petición por mi interés de terminar la enseñanza media y el de mis compañeros, que podríamos necesitar una ayuda. Apoyo pedagógico, o tener un horario en la

rutina del hospital para que nos ayudaran a estudiar.

El paciente recuerda a la asamblea que el año pasado hubo ayuda por parte de unas educadoras diferenciales que vinieron a hacer la práctica.

**E1:** yo creo que eso es algo que deberíamos planteárselo a la directora del hospital, para que fuera algo más formal.

(Justo en esta asamblea la directora se ausentó).

E1 se ofrece a hacer una solicitud escrita con quienes tengan ese interés.

**E2:** yo concuerdo que hay que hacerle llegar a la directora una carta sobre este tema, y que habría que retomar el contacto que el año pasado estaba con la gente de la universidad. Es algo que habría que corroborar si aun hay posibilidades de que vengan.

**P1:** tal vez si no se puede todavía, nos podrían ayudar los practicantes, la PracX. en mi caso me ha ayudado y lo ha hecho súper bien.

**E2:** está bien la ayuda que han recibido pero de todos modos lo ideal sería que fueran personas que sepan pedagogía.

E3 le pregunta al P1 si lo que él necesita es que esté más definido y estructurado el espacio para estudiar o está apuntando a la idea de considerar la posibilidad de que vengan educadoras.

**E4:** creo que hay dos niveles en esta discusión, uno más a largo plazo, y que no es solo la necesidad de este paciente sino de varios que están yendo al colegio, que es que vengan personas especialista a apoyar el estudio, y por otro lado un segundo nivel más inmediato que es que algunos necesitan ayuda ahora. Yo quería preguntar cuál es la posibilidad de que falten a algunos talleres para poder estudiar. yo puedo acomodarme y hacerme un espacio según mi horario.

E5 dice que ve que es una necesidad general para el hospital de día tener un espacio de esas características, pero que individualmente es algo diferente, que hacen parte de un tratamiento y deben aprovechar los talleres y si necesitan estudiar se pueden quedar hasta más tarde.

E6 también plantea que son varios los que necesitan esto y que se hace necesario pensar un espacio destinado para el estudio dentro de la rutina. Que este tema se ha convertido en una necesidad del hospital, ya que varios están en ese mismo proceso de terminar la enseñanza media.

**E5:** quizás para cerrar el tema podríamos plantearlo en una reunión de equipo más formalmente.

**E7:** dice que de igual forma podría ser importante tener un respaldo con una carta desde los usuarios.

**E4:** me queda la duda de que es lo que pasa por mientras en este tiempo que no hay ningún espacio.

**E5:** hay que seguir igual como estamos, buscar espacios que no interrumpan la rutina para estudiar.

E7 plantea que por mientras ella también se puede quedar hasta más tarde para ayudar.

**E 6:** le plantea a P1 que sería bueno que la carta fuera colectiva y no sólo desde su parte, que se organizaran todos aquellos que tienen esta necesidad para hacer la petición.

Me llama la atención que nuevamente se le pide a un paciente que escriba una carta explicando su propuesta o demanda. ¿Cuál es la capacidad que tiene esta asamblea de pensar, para resolver problemas y hacer efectivas las decisiones que toma? Al parecer, es muy poca la incidencia que tiene y más bien existen otras instancias que toman las verdaderas decisiones: la reunión de equipo, los talleres, la dirección etc.

Esto de alguna manera refleja una burocratización para la toma de decisiones. Pienso que este fenómeno, si se hace recurrente puede afectar directamente la dinámica de la asamblea, ya que al dirigir la concretización o la toma de decisiones de ciertas acciones fuera del espacio de la asamblea, puede generar por un lado que se pierda el sentido o derechamente no se discutan las propuestas en la asamblea por todos, o por otro lado, que las decisiones que se toman finalmente no tenga cuerpo, al no haber sido pensadas y decididas por todos. Nuevamente el tema de desresponsabilizar a los pacientes de las decisiones que se toman.

A su vez, esto puede ser un mecanismo defensivo por parte del equipo. En este sentido es importante pensar el por qué la respuesta del equipo frente a las propuestas de los pacientes es un papeleo. Cada vez que ocurre esto, se termina la discusión y el debate. ¿Qué pasará con el equipo que no puede escuchar y sostener un diálogo con los pacientes? ¿Qué podrá estar detrás de esta respuesta que da el equipo?

Me parece que el equipo no escucha en este caso la necesidad inmediata y muestran una imposibilidad o más bien una resistencia a hacer cambios a la rutina de actividades. ¿Es necesaria una rutina que no aborda los problemas y las necesidades de los usuarios? ¿Cómo, quiénes y dónde se definen estas necesidades y las actividades que se hacen en el hospital de día?

En este caso, el equipo pone un obstáculo, cuando son ellos mismos los que hacen la rutina del hospital. De alguna forma, se transmite la idea de que ellos no pueden hacerse cargo del tema, porque no son expertos en pedagogía. Sin embargo, los mismo pacientes dan una solución factible, que se trata de hacer el trabajo de estudio junto a los practicantes. A pesar de eso, el equipo se resiste a cualquier cambio. Todo el equipo, considera que es relevante el tema y a pesar de eso se ven impedidos o limitados de hacer una modificación en los horarios o abrir la posibilidad

de introducir un espacio de estudio, por mínimo que sea, para tomar la palabra de los pacientes. Me pregunto ¿Cuál es la tarea del equipo en la asamblea?

**FRAGMENTO 6: LOS CUMPLEAÑOS:** (el ejemplo que se expone a continuación se recortará a medida que aparezcan temas a discutir, para que sea más fácil su análisis debido a la extensión del mismo)

**E1** como secretario hace un resumen de la semana anterior: “se discutió sobre los cumpleaños, sobre algunas propuestas, y al final se estaba discutiendo sobre el interés de celebrar los cumpleaños.

Alguien agrega al aire “ni un progreso”. Esto genera risas en la asamblea.

El secretario les pide a las personas que dieron propuesta en la asamblea pasada que la expongan de nuevo.

...El inicio de este ejemplo muestra una manera posible de dar curso a la discusión de la asamblea; una conducción, la cual a pesar de no venir de la coordinadora sino del secretario, sirve para ordenar el debate. Me parece importante destacar este hecho principalmente porque esto permitió que se le diera continuidad a un tema que quedó inconcluso en la asamblea anterior. De manera muy precisa y rápida, el secretario con ayuda del acta de la asamblea anterior, contextualiza el tema y da inicio a la asamblea. Se visualiza así también la importancia que tienen el rol del secretario y el registro que este hace en cada asamblea de los asuntos tratados...

**E 2** dice que su propuesta era hacer comisiones, y que había pensado en que para que no fuera algo tan rutinario, fueran cambiando mes a mes a las personas.

**E 3** plantea que su propuesta es que el lunes anterior a la celebración de los cumpleaños (último lunes del mes) se eligieran a las personas para que se hicieran cargo, y así nos evitamos formar comisiones y turnos, y así también pueden ir rotando las personas.

**P1** levanta la mano y dice: ¿puedo decir algo? La coordinadora se demora en darle la palabra y finalmente **P1** dice: no...me arrepentí.

**E 4:** lo que rescato de la propuesta de E2 es que todos hacemos algo, menos los cumpleañoseros, como había propuesto Px la semana pasada.

**P2** pregunta si se van a celebrar los cumpleaños de Julio.

Un miembro del equipo recuerda a propósito de la pregunta de P2 que la semana pasada “había algunos” que habían manifestado “que no les importaba” y “otros que no les interesaba” seguir celebrando los cumpleaños.

**E5:** ¿y quien opina eso?

**P3:** ¿qué cosa? no escuche. Qué habían dicho de la celebración de cumpleaños.

**P4:** y por qué no hacemos votaciones, a quién le gusta más las comisiones, la que más le guste.

**E 5:** parece que antes de cómo lo vamos a hacer, hay que preguntarse si queremos... si necesitamos... si queremos trabajar por eso.

**P4:** quién propone una votación.

...Podemos observar que por parte del equipo existe la intención de buscar el motivo de la celebración de los cumpleaños, de hacer pensar el por qué se hace esta celebración. Muestra además que esta pregunta surge la poca motivación mostrada por parte de los usuarios, trayendo algunos comentarios de la asamblea pasada. Al parecer se está frente a una cierta inercia respecto al tema.

Algunos pacientes buscan solucionar la discusión rápido, evitando las preguntas más profundas que parte del equipo pone en la discusión. Proponen que se haga una votación pronto... cualquier votación. Es como si tuvieran la idea de que la votación en si misma va a resolver el tema. Sin embargo, el equipo hace preguntas que van más allá y problematizan el conflicto, ya que justo este día había que hacer celebraciones porque era el último lunes del mes, las que no se hicieron porque no hubo interés de organizar los cumpleaños como era habitual, principalmente por parte de los pacientes.

Me parece que la forma en que uno de los miembros interviene, apunta justamente a hacer la pregunta de fondo y a abrir el tema: *"Parece que antes de cómo lo vamos a hacer, hay que preguntarse si queremos, si necesitamos, si queremos trabajar por eso"*, intervención que además pone una pausa y permite reflexionar sobre lo que se hace, o en este caso, sobre lo que no se hizo...

**E 6:** me da la impresión que les da lo mismo y que podríamos esperar a que se movilicen. Esta propuesta nace de Uds., Uds. la instalan en la asamblea (Se refiere a la celebrar los cumpleaños)

**E 7:** Estaba pensando en lo que dijo E6, y en si efectivamente da lo mismo celebrar los cumpleaños. Hoy en el almuerzo, varios preguntaron y se acordaron que era el último lunes del mes, y que teníamos que celebrar los cumpleaños.

...esta intervención también es interesante, ya que a pesar de que explícitamente algunos dijeron la asamblea pasada no estar interesados y que les daba lo mismo celebrar los cumpleaños, este miembro del equipo pone de manifiesto que muchos se habían preguntado por la celebración en la hora del almuerzo (horario en que usualmente se realiza la celebración entre todos), como si algo faltara. Es

decir, pone de relieve que no parece haber desinterés, incorporando un elemento de la realidad a la discusión y a la vez implícito...

**P6:** yo creo que esta sea la última instancia de decidir esto, por qué si no, no van a terminar nunca. Queda todo este año para celebrar los cumpleaños, porque na que ver que a algunos le hayan celebrado y a otros no.

**P7:** si esto no se hace, mejor que no se haga, porque hay pocas personas que están motivadas, que quieren seguir.

**P4:** termina este año de cumpleaños y el próximo año ya no se hace.

**E 8:** ¿por qué?

**P4:** se me ocurrió recién.

**P7:** Hay personas que no están poniendo de su parte, no sé.

**E 8** le pregunta a P7 a quienes se está refiriendo, que si puede ser más concreto.

**P7:** hay personas que no quieren poner el dinero, no se está realizando la convivencia.

**E 4:** estaba pensando en la propuesta de E7, y que cada uno exprese su opinión (si efectivamente le da lo mismo celebrar el cumpleaños).

**P8:** yo propongo...que me seguiría haciendo cargo de una tarea u otra, aparte de que siga o no siga la comisión. (Se refiere a la comisión cumpleaños, integrada por profesionales y pacientes, que funciona desde el año pasado, pero que hoy no operó)

**E 5:** quería recordar el origen de este tema y que tiene que ver con que siempre terminábamos haciendo el equipo todo....

**E 7:** para mí sería algo importante y necesario seguir celebrando los cumpleaños, aquí uno vienen a hacerse un tratamiento, y me parece que es bueno para todos tener momentos de celebración, también hay que celebrar. En relación a lo que dice E5 yo descansaba mucho en que la comisión trabajara... yo, comprometo más trabajo de aquí en adelante. No es cierto esto de que los profesionales solo hacían todo.

**P6:** yo quería decir que estoy de acuerdo con lo que dijo E7, no es solo de los profesionales. Si no hay solución yo me propongo para recolectar la plata, si seguimos dando vuelta al asunto no vamos a terminar nunca.

**E 8** interviene diciendo que le gusta la idea de la E3 (decidir el lunes anterior a la celebración quienes organizan y qué hacer), porque no necesariamente todos tienen que hacer todo, que quizás está bien, e incluso pueden ir surgiendo ideas nuevas si se da que se proponen diferentes personas para las diferentes celebraciones.

Silencio.

**E 5:** a propósito de lo que dice E8 ¿estamos dispuestos a que no todos tienen que trabajar todos los meses? Igual hay que poner y definir algunas cosas mínimas, como por ejemplo si todos tienen que pagar.

**E 6:** también hay que tomar en cuenta que quizás algún mes no se quiera celebrar. En el fondo se va a coordinar una semana antes en la asamblea.

...de parte de los pacientes se percibe una cierta impaciencia y cansancio de seguir discutiendo este tema, y un “pedido” de concretar o resolver el tema. Algunos plantean que no se sigan celebrando los cumpleaños porque pocas personas están motivadas y pagan la cuota, otros que no es correcto dejar de celebrar los cumpleaños por lo menos este año, y otros plantean que pueden asumir algunas responsabilidades como para seguir organizando los cumpleaños. Sin embargo, se observa que hay poca reflexión respecto de las propuestas mismas. Hay diferentes posiciones e impresiones.

De parte del equipo, existen diferentes posiciones, para algunos es mejor esperar a que los pacientes se movilicen y otros manifiestan explícitamente que ellos consideran importante tener momentos de celebración por lo que no le gustaría que se dejaran de hacer. Me da la impresión que en el primer caso, es como si el equipo no fuera parte de la comunidad, en el segundo en cambio, aparece lo contrario está implicado el deseo de ellos. Más allá de lo que hagan o digan los pacientes este profesional tiene una posición al respecto.

Me llama la atención, la generalización que hace uno de los miembros del equipo cuando dice: “el equipo hacía todo”. Aquí nuevamente se marca una diferencia entre equipo y pacientes, un “nosotros” y un “ellos”, pero que al parecer es irreal. La misma integrante del equipo plantea que ella no había comprometido mucho trabajo y descansaba en el funcionamiento de la comisión de cumpleaños. Comisión que por lo demás estaba conformada por pacientes y equipo. Creo que es importante pensar el por qué se trata de hacer una oposición entre pacientes y equipo. De cierta manera se insinúa que existe una diferencia entre los del equipo y los pacientes. Pero parece que es difícil pensar esa diferencia.

Plantear este tipo de generalidades, a su vez, es desconocer el trabajo que efectivamente si han hecho algunos pacientes en la organización de los cumpleaños. Quizás las preguntas deberían apuntar a pensar la situación actual o el por qué ya no hay tanta motivación, lo cual ha aparecido explícitamente, y por otro lado, el por qué se hacen estas dicotomías y diferencias entre el equipo y los pacientes.

Respecto a la intervención del equipo, aquí también se observan distintas modalidades: preguntar uno a uno, preguntar para ayudar que los pacientes den a entender sus propuesta, preguntar de manera general para abrir más el tema y dar opiniones, en las cuales el equipo se ve implicado y poniendo explícitamente su posición respecto del tema.

A través de este fragmento se visualiza además un tema que pienso es muy importante pensar, al cual he denominado: todos o nadie. Aparece durante la discusión palabras como: “na que ver que a algunos le hayan celebrado y a otros no”, “no necesariamente todos tienen que hacer todo”, “¿estamos dispuestos a que no todos tienen que trabajar todos los meses?” “si todos tienen que pagar”. Pienso que puede estar relacionado en el fondo con una dificultad para aceptar que hay diferencias...

**E:** entonces, cómo dejamos el tema de los cumpleaños, no hay que seguir discutiendo, hay que decir algo y hacerlo.

La coordinadora de la asamblea pregunta “¿Quién quiere seguir celebrando?” y se hace una votación. (Resultado votación: 14 seguir celebrando, y 4 que no quieren seguir celebrando los cumpleaños)

**E 5** remarca que del total de los usuarios hay 4 que quieren y 4 que no, o que les da lo mismo, y que solo por los profesionales se da la mayoría, “la pregunta es si no tienen interés en pagar, o en trabajar por los cumpleaños, en participar de una comisión, o es que no quieren celebrar.

**P6:** voy a ir a tomar agua.

Sale de la sala.

Al mismo tiempo P8 se levanta de la silla y sale de la sala.

P4 que había salido entra nuevamente a la sala.

Silencio.

**E 5:** no sé cómo se puede resolver este tema.

Entran P6 y P8.

**E 5:** ¿en qué quedamos?

P2 le pregunta a E1 cuándo estuvo de cumpleaños y este responde que en julio.

P2 también estuvo de cumpleaños en Julio (justo el mes que había quedado sin celebración).

**E 7:** tengo la impresión que mientras más semanas dejamos pasar, más complejo se ha puesto el tema. No sé si valga la pena que nos quedemos con este punto siempre pendiente.

**E 5:** A eso nos referíamos que el equipo es el que quiere hacer, en realidad son 4 contra 4, a mí me da lo mismo si se hace o no se hace.

P2 sale de la sala.

...aquí se pone de manifiesto un problema del funcionamiento o más precisamente del mecanismo para la toma de decisiones de la asamblea, y que al parecer el equipo no ha sabido responder o prever: ¿Qué es una mayoría?, ¿Cómo responder paralelamente a un acto democrático y a los objetivos de la asamblea? De alguna manera, la asamblea busca que los pacientes se hagan cargo de las decisiones y las acciones que acá se planifican, las votaciones en este sentido,

¿resuelven los problemas? Al parecer el hecho de que algunos no estén de acuerdo y sean minoría desemboca en que no hagan lo que se acuerda en asamblea y por lo tanto no asuman las responsabilidades que se deciden en asamblea, y esto a su vez tiene que ver con que “si el otro no lo hace, entonces yo tampoco”, es decir, un círculo vicioso que no permite avanzar y que sin duda es necesario pensar.

Da la impresión de que no hay un diálogo, una conversación, sino más bien impresiones e intervenciones que amplifican el tema y lo hacen un problema cada vez más complejo. La asamblea está desorganizada, ya no se trata de discutir sobre los cumpleaños y la motivación, sino también de cómo se toman las decisiones en la asamblea, cuáles son las diferencias entre equipo y pacientes, qué pasa si no todos están de acuerdo etc.

Se vuelve a repetir aquí la frase: “decir y hacerlo” ¿qué será que está revelando esto? Me parece que este es un problema importante, la asamblea no hace lo que dice, y a veces también no dice lo que realmente se hace, las cosas quedan implícitas: existe una comisión que no hace su tarea, profesionales que no ayudan en la organización de los cumpleaños, y pacientes que no pagan, etc. Situación que, sobre todo en el trabajo con pacientes psicóticos resulta complicado.

**E 5** Tenemos que aceptar que a muchos les da lo mismo, y esto de que llevemos tanto tiempo es porque es un tema difícil, de Uds. nació.

**E:** todos queremos celebrarlo pero nadie quiere hacerse cargo. Hay un desinterés por llevar a cabo la celebración, y que el deseo sea de Uds.

**P 8:** por este mes yo me podría hacer cargo con el P6, pero por este mes y después el otro mes alguien se tiene que hacer cargo, sin embargo, estoy dispuesto a trabajar más.

**E 5:** hay una cuestión más de fondo de cómo decidimos, a veces se pierde el sentido de lo que es la asamblea. En este caso la mayoría... Quisiera dejar la pregunta de cómo se toman las decisiones y qué se va a considerar como mayoría.

**P 6:** yo y el P8 vamos a hacer los cumpleaños

**E5:** a propósito de democracia

**E 8:** a las personas que les da lo mismo, debieran decir si les da lo mismo pagar la cuota ¿están dispuestos a pagar la cuota? P7... Tú ¿pagarías?

**P 7:** no se.

**E 8:** ¿P9?

**P 9:** si

**E 8:** ¿P10?

**P 10:** no.

**E 8:** Parece que nadie quiere pagar la cuota, la pregunta es qué hacemos con eso, si estamos en democracia se supone que hay que aceptar, pero democracia también es que el que no quiere no lo hace, ¿no se les cobra la cuota a los que no quieren?

Me parece interesante detenernos en la intervención de E5. Me da la impresión que en un principio busca calmar la inquietud y poner en palabras, a modo de síntesis, lo que ha venido ocurriendo en la asamblea planteando que algunos quieren celebrar y otros no, y da cuenta de que efectivamente ha sido un tema difícil. Síntesis que me parece importante para poder avanzar, pero que debería estar ubicadas o ser realizadas por la coordinadora o coordinador de turno, ¿para que esta la coordinación si no?

También veo que hay un cuidado de no hacer generalizaciones al decir “a muchos les da lo mismo...”. Sin embargo, justo después, otro integrante del equipo plantea: “todos queremos celebrarlo pero nadie quiere hacerse cargo”, intervención totalmente contradictoria a la anterior y en la que nuevamente aparece esta dualidad “todos” y “nadie”, la cual se aleja de la realidad de la discusión de la propia asamblea.

Después aparece la propuesta de dos pacientes de hacerse cargo del problema, que más bien parece ser un espejismo de que el problema se resuelve. En este sentido, me parece fundamental lo que después dice E5: “hay un problema más de fondo de cómo decidimos”, lo cual interpela a quienes están asumiendo la responsabilidad por los demás, y a su vez a la asamblea y su funcionamiento. Agrega: “a veces se pierde el sentido de la asamblea”, situación que me parece muy compleja, cuando se considera al espacio de la asamblea como organizador de la vida del Hospital de Día. ¿Cuál es la tarea del equipo en este sentido, que función tienen el equipo en la asamblea? ¿Cómo se pueden resolver o se pretenden solucionar problemas dentro de la asamblea si es que estas preguntas no están resueltas aun? ¿Es posible avanzar? ¿Por dónde debiese ir la intervención del equipo frente a esta situación?

Frente a estas palabras, es interesante que uno de los pacientes responden: “yo y X vamos hacer los cumpleaños” y que E5 lee esta respuesta como una imposición hacia la asamblea y dice “a propósito de democracia” que justamente parece como un pregunta implícita en esta asamblea.

La coordinadora dice: “Espérenme” y sale de la sala.

**E 5:** nos quedamos sin coordinadora

**E9:** ¿no puede ser otra cosa?, yo puedo hacer un postre o algo dulce.

**E 10:** yo estoy de acuerdo con lo que dice la E 9, esa puede ser una modalidad, quizás los demás se va a entusiasmar.

**E 8** si po si ella cocina espectacular.

**E 7:** son 10 pa las 3, hemos estado todo el rato en esto.

**E 4:** parece que como que se está presionando el tema.

**P8:** yo por lo menos este mes lo asumiré, el acuerdo me motivo.

**E 8** hay varios que han dicho que no quieren celebrarlo.

**E 4:** solo 1.

**E 6:** hay que hacerse cargo de la palabra.

**E 7:** ellos (P6 y P8) han dicho que quieren hacerse cargo por lo tanto yo dejaría que así fuera.

**E 2:** ¿va a ser torta, completos...?

**E 7:** que ellos organicen como quieran.

**P 6:** podemos pasar a otro tema, me tienen aburrido.

**E 7:** dejamos el tema ahí.

**P 6:** ¡feliz año nuevo! ... eeeee!

Durante la asamblea se registran muchas salidas de parte de los usuarios, incluso como vemos en este fragmento, de la coordinadora, sin embargo me llama la atención que el equipo no interviene al respecto marcando este hecho. Aquí uno de los integrantes del equipo, marca que nos quedamos sin coordinadora, ¿será un acto que interpela la descoordinación o la falta de acuerdo? ¿Cuál es el rol que cumple la coordinación? ¿Qué estará pasando que se hace insoportable estar en la asamblea? Incluso los usuarios que proponen hacerse cargo del tema de los cumpleaños, salen fuera de la asamblea a ponerse de acuerdo. Parece que los pacientes también deciden afuera de la asamblea algunas cosas.

También considero importante destacar que a pesar de que son algunos los que no quieren pagar la cuota, uno de los integrantes del equipo, plantea que “parece que nadie quiere pagar”. ¿Por qué este integrante tiene esta sensación? ¿Qué querrá transmitir? Parece que existe un prejuicio que lo hace ver constantemente en los pacientes la desmotivación.

Al final el equipo desde mi punto de vista se desorganiza un poco en sus apreciaciones e intervenciones, algunos se contradicen, pareciera que pierden el control de la situación (“que ellos organicen como quieran”), además dos personas del equipo, plantean una otra solución al problema que se trata de hacer un torta para el próximo cumpleaños, como un esfuerzo para de alguna manera poner fin a la discusión del problema que aun no ha podido ser resuelto ¿cómo aporta esta intervención a dar solución al problema, o a profundizar la discusión?

Según Maxwell Jones, mientras más responsabilidades puedan asumir los pacientes dentro de sus unidades, menor será el grado de desorganización dentro de estas. Siguiendo este mismo principio general, propone que cuando existan periodos de desorganización, es el equipo el que debe asumir cada vez más responsabilidades, tomar decisiones y encarar la dirección de la comunidad. En este caso vemos que el equipo conduce constantemente hacia los pacientes la responsabilidad de la decisión, quienes como hemos visto ya están cansados de discutir el tema.

Ocurre a su vez que existe la sensación de que se está forzando el tema. Un miembro del equipo dice: “hay varios que han dicho que no quieren celebrarlo”. Es decir, es como si existiera más deseo por parte del equipo de celebrar que de los propios pacientes ¿cómo llegar a un equilibrio entre conducir la asamblea, haciendo participar a los pacientes, sin caer en una imposición desde el equipo a los pacientes?

Desde el punto de vista de Jones la cuestión de establecer la función del paciente para convertirla en un papel terapéutico, es una de las bases fundamentales del procedimiento del tratamiento comunitario, sin embargo, esto se ha entendido equivocadamente como si se tratara de delegar la responsabilidad última en él o los pacientes. Más bien esto hay que entenderlo como un proceso gradual y que está en función de las capacidades y evolución que los pacientes van teniendo. En este sentido, hay que atender no solo a la comunidad sino a las particularidades de cada uno. Pensando en esto, quizás la votación no sea el mejor mecanismo para tomar decisiones, ya que pasa a llevar a algunos integrantes de la comunidad. En el caso de Jones, es el consenso lo que conduce a la comunidad.

Por último, se resuelve la discusión aceptando la propuesta de dos pacientes de organizar el próximo cumpleaños: “ellos (P6 y P8) han dicho que quieren hacerse cargo por lo tanto yo dejaría que así fuera”, situación que nuevamente no queda claro si fue decidida por todos, y que a mí por lo menos me queda la duda de lo que realmente se están haciendo cargo, ya que pareciera más bien que el tema aun no logra ser resuelto.

#### **FRAGMENTO7: UN PEQUEÑO AVISO DESEMBOCA EN UN GRAN TEMA.**

**E1:** por favor cuiden el aseo del baño, ayuden a mantener la limpieza.

Se hace referencia sobre todo al baño de los hombres, en el cual se encuentra casi siempre el piso mojado y por ende se embarra.

**P1:** yo trato de ser lo más limpio posible

**P2:** pongan una alfombra, para que absorba el agua.

**P3:** y una toalla para secarnos las manos, para cuando nos mojamos el pelo...

**E2:** también es importante levantar la segunda tapa del W.C. así tienen más radio para hacer pipi.

**P4:** es que sale como en curva.

**P2:** yo también tengo una queja, tenemos que tener un espejo, sino tenemos que entrar al baño de las mujeres, para verse en el espejo.

**E3:** primera vez que escucho que esto es una necesidad.

**E4:** en el baño inevitablemente va a caer agua, sería bueno mantener un trapero ahí.

**P1:** si yo en busca de un espejo tengo que ir a la sala de al lado o a los autos. Pongamos plata y compremos uno". **P2:** "a mí me pasa lo mismo, cuando quiero verme tengo que entrar al baño de las mujeres, y yo no soy gay, soy bien hombrecito.

**E5:** al frente (en una tienda) hay espejos a la medida, son económicos.

**P4:** yo también lo había dicho al aire y me miraban feo.

**E2:** el aire te miraba feo.

(Risas)

**P5:** mil pesos en la feria sale un espejo.

**P1:** quiero decir que reclaman mucho por los hombres... las mujeres tienen que sentarse y los hombre no.

**E2:** si tenemos tan mala puntería mejor sentarse

**E1:** la institución se hace cargo del aseo, pero hay que compartir responsabilidades, habría que dividir responsabilidades para lavar la toalla.

**E5:** quería hacer una pequeña síntesis de las ideas que han salido: poner un espejo, poner una toalla, y un trapero en el baño.

Este ejemplo, permite mostrar que cuando existe una necesidad real por parte de los pacientes y en general de la comunidad, la mayoría participa en las discusiones. Aquí vemos como los pacientes fueron capaces de dar ideas concretas para solucionar un tema particular en relación al aseo del baño.

Una persona del equipo manifiesta que nunca había pensado que el asunto del espejo era una necesidad tan importante para los usuarios y en particular para los hombres. Es importante destacar en este sentido la capacidad del equipo de contener y lograr dar una solución concreta al tema y destacar que ellos no pueden saber todo sino que es necesario un trabajo colectivo entre pacientes y equipo para abordar los diferentes problemas.

Aparecen varios temas respecto a la diferencia de sexos. Sin embargo, sólo se asoman ya que no se profundiza más en ellos. ¿Será un tema a discutir en este espacio?

Respecto a la forma en cómo interviene el equipo, me llama la atención cómo se introduce el tema, pareciera que se llama la atención respecto a la limpieza del

baño, y de manera secundaria se manifiesta que hay que ayudar a mantener limpio. No se plantea el problema desde una pregunta, por ejemplo: por qué no nos preocupamos de la limpieza de los espacios comunes. En general, el equipo no problematiza las situaciones cuando las plantea, para comprender el origen que tiene tal o cual situación sino que dice lo que hay que hacer y lo que no, desde el lugar del “deber ser”.

También un integrante del equipo utiliza en dos ocasiones expresiones más bien irónicas o que provocan risas. ¿Qué efecto tienen esto en la asamblea? A través de este tipo de intervenciones no es seguro que se comprenda la seriedad o necesidad que existe en el tema que se intenta abordar, es como si se desviara la atención. Pienso que este recurso puede ser necesario para mostrar las contradicciones que a veces los miembros de las asamblea inevitablemente caen, pero requiere ser medido para no generar malos entendidos.

Por último hay una intervención que me parece contradictoria, *“la institución se hace cargo del aseo, pero hay que compartir responsabilidades”* me parece que el equipo plantea esta idea de manera muy abstracta, en este sentido debiesen tener quizás un plan más concreto de cómo compartir las responsabilidades, quizás no solo en el tema del aseo, sino respecto a los talleres, al almuerzo y otras actividades que requiere la institución.

Al final de la discusión se hace una síntesis, que si bien al parecer no la realiza la coordinación, es una acción importante al momento de terminar un tema y comenzar el siguiente, como para ordenar mejor las ideas y futuras tareas. En este caso, no hubo votación, sin embargo, se aprobaron ciertas ideas, al parecer por el consenso que se “sintió” respecto a la necesidad de comprar e incorporar al baño de los hombres ciertos elementos. Si bien se expresaron varias ideas concretas como: poner un trapero, una toalla, un espejo y una alfombra, no queda claro quienes se van a hacer cargo de comprar o conseguir estos implementos ¿la institución se hace cargo, o es una responsabilidad compartida?

### **FRAGMENTO 8: LA DESCOORDINACIÓN.**

Entran E1, P1 y P2. Entre todos nos preguntamos quien tiene que coordinar hoy día.

**Alguien dice** “Px. parece”, quien hoy aviso que no venia porque estaba enfermo.

**E1** saca el cuaderno de actas para corroborar.

Efectivamente le tocaba a Px.

Alguien dice “tengo frío”.

**E2** complementa diciendo que tiene sueño.

A propósito del poco quórum **E1** le dice a P1: ¿por qué no sales a reclutar gente?.

P1 sale de la sala en busca de más gente.

Entra P3 e inmediatamente toma el cuaderno.

**E1:** ¿Qué está haciendo?

**P3:** viendo quien es el coordinador

**E1:** es Px y no está

**P2** quien faltó el día que estaba programado que coordinara: “yo puedo ser”

P3 también se propone.

**E1:** vamos a votar democráticamente, a no ser que estuviéramos en una dictadura.

Llegan E3, P4, P5 y P6

**P6:** ¿quién falta?

Se nombran algunos de los ausentes: La X, la sita X, y el sito X

**P3:** está fumando a sí que se va a demorar.

Entra E4.

Se comienza la asamblea a pesar de que no han llegado todos.

Se hace la votación para elegir al coordinador

**E1** como secretaria coordina la votación: ¿Quién vota por P3?

Se levantan algunas mano, paralelamente **E1** pregunta quién vota por P2.

**E3** le pregunta a E1 si contó los votos,

**E1** dice que no y pregunta de nuevo quién vota por P3.

**E1:** Son más de la mitad, 9 votos.

P3 coordina.

En este ejemplo se utiliza en dos ocasiones el libro de actas, que lleva el registro de las decisiones y discusiones de cada una de las asambleas. Me parece relevante mostrar que existe este elemento disponible, y la función que cumple para la continuidad de las asambleas a pesar de quienes hayan asistido la semana anterior. En este caso, se revisa ahí quién había sido elegido coordinador y se percibe que la persona había faltado.

Frente a esto, el inicio de la sesión lo coordina la secretaria, aspecto que también es importante de destacar ya que da cuenta de que existe un mecanismo para actuar ante la ausencia del coordinador. Sin embargo, al igual que un ejemplo de más arriba, esta situación es posible porque quienes están en esa función, son parte del equipo técnico.

En las ocasiones en que esto no fue así y no me refiero sólo en los momentos en que faltaba el coordinador, es decir, cuando ni el coordinador ni el secretario eran miembros del equipo, la coordinación se realizaba de manera improvisada con la participación de varios, como hemos visto en los ejemplos de más arriba. Principalmente los miembros del equipo, y en ocasiones los pacientes más antiguos

que conocen la dinámica de la asamblea, son quienes cumplen el rol de manera velada, incluso cuando está presente la persona encargada de esa función.

Esta situación pone de manifiesto que en muchas ocasiones existe un coordinador pero de manera tácita son otros los que cumplen la función. Es decir, se hace como si el paciente coordinara cuando en realidad son otros quienes están realizando la tarea de coordinación. Esto me lleva a pensar a su vez, en que no existe claridad respecto al lugar de la coordinación, en cuanto a las responsabilidades y labores, que ocupa este cargo en este espacio.

Existe confusión en si empezar la asamblea o esperar a los que faltan. Por una parte me llama la atención que sean miembros del equipo los que no hayan llegado aún y que además una de las pacientes plantee que uno de ellos *“está fumando a sí que se va a demorar”*, por otra que una integrante del equipo le diga a una paciente que salga a *“reclutar gente”* debido al poco quórum. Pienso que el equipo es en primer lugar quien debe sostener el encuadre del dispositivo de la asamblea, y eso significa en parte respetar el horario de inicio. Llegar tarde, y después decir por ejemplo que la asamblea es un lugar importante en la organización del hospital, o plantear que es ahí donde se resuelven los problemas, es una señal ambigua o contradictoria que puede tener efectos negativos para el trabajo. El mismo respeto merecen todos los elementos que sostienen y posibilitan el dispositivo, me refiero al encuadre que define los tiempos y espacios, los roles como coordinación y secretario, mecanismos de toma de decisiones etc. Tener un encuadre permite justamente poner en discusión e interpelar una serie de hechos, como por ejemplo, los atrasos, las ausencias, la desmotivación etc. Me pregunto qué peso tendrá la palabra de la paciente para reunir a los otros miembros si parte del equipo aun está afuera realizando distintas actividades.

Respecto a *“reclutar gente”*, creo que se puede desprender de ahí una pregunta por la obligatoriedad de la asamblea, y a si es posible que alguien no quiera asistir. Pienso que ir en busca de los integrantes de la asamblea, sobre todo pensando en los pacientes y traerlos *“de la mano”* más bien los sitúa en un lugar infantil de poca responsabilidad frente a sus decisiones. Frente a esta situación pienso que es necesario más bien preguntarse y pensar entre todos, porque hay atrasos reiterados para dar inicio a la asamblea o ausencias.

También vale la pena detenernos en una situación que pone de manifiesto este ejemplo: El coordinador no vino, y una de las personas que se ofrece para reemplazarlo, según lo que dice tampoco vino cuando le tocaba coordinar la asamblea algunas semanas atrás. Esta misma situación ocurrió en reiteradas ocasiones, sin embargo, nunca se problematizó al respecto. Al comienzo del análisis de este

fragmento se destaca que hay un mecanismo para resolver esta contingencia, a pesar de esto, pienso que merece tener un lugar esta discusión. Creo que no es menor que falte el coordinador y que justamente en varias ocasiones que suceda lo mismo puede ser que algo está intentando ser dicho, y por lo tanto es algo que hay que pensarlo y ponerle palabras.

Por último llama la atención que un integrante del equipo le pregunte a otro si contó los votos al momento de la votación. De alguna manera se insinúa que no había realizado el conteo realmente y esto justamente en el contexto de haber puesto en duda si era “dictadura” o “democracia”. Es decir, la persona que conduce la votación hace como si votaran, y si no hubiese sido por la señalización de la otra colega, esto hubiese pasado inadvertido. Me pregunto por qué ésta profesional hace como si contara los votos y qué efectos produce el hacer cosas “como si” se estuvieran haciendo, sobre todo cuando estamos trabajando con pacientes psicóticos.

#### **FRAGMENTO 9: LAS DEPENDENCIAS DEL HOSPITAL DE DIA**

**E1:** Pregunta con cuento, tengo que historizar primero. Hace un año se hizo la división del Hospital de Día y el programa de al lado (CONACE) ¿Cómo han percibido que ha funcionado? Ha habido intercambios, ha habido separaciones (en referencia a una reja que divide el patio), se comparten algunas herramientas... y nos preguntamos ¿Cómo ha sido para uds.?

**P1:** yo encuentro que está bien.

**P2:** no me gustaría que compartieran las dependencias. Yo también fui drogadicto y mucha gente me invitaba, ahora tengo esquizofrenia.

**P3:** yo tengo otro problema, muchas cosas que no llegaban a la oficina, las sabíamos nosotros antes

**E1:** llevamos un año en esta modalidad, ¿cómo lo han vivido?

**P4:** a mí me da lo mismo, si ni nos dejan contactarnos con ellos.

**E 2** le explica a la paciente nueva, que hay una regla de no conversar con los de al lado, uds. son adolescentes.

**P2:** cuando estaban ellos me sentía incomodo, andaba pensando en consumir cosas, eso me afectaba, porque nos ofrecían.

**P1:** son personas que tienen el mismo problema que nosotros.

**P3:** eso no se puede quitar con remedios.

**P2:** yo me sentía mal al lado de ellos.

**P4:** son personas igual que nosotros, no hay que discriminarlos por eso.

**E3:** lo que yo había entendido de la pregunta de Rubén, es que ellos han venido últimamente, 2 veces al taller de jardinería, y la pregunta es cómo se han sentido con eso.

**E1:** escuchándolos, me parece que es muy coherente lo que plantean, es el temor (...) ¿en qué medida esos temores siguen presentes? ¿han cambiado?, no sé si han cambiado. Hay que dejar en claro que las dependencias no se van a volver a juntar.

**E3:** cómo se han sentido con esas clases, también muchas veces la gente que viene por primera vez se equivoca de dirección y llegan al Hospital de Día, qué les pasa con eso.

**E1:** parece que las cosas van cambiando.

**P2:** si ellos viene porque no van los chiquillos para allá a conocer las dependencias. Para que vean el trabajo que se hace allá. Siempre va a haber esa espinita negra. Sinceramente las cosas que pasaban, no se daban cuenta, de lo que pasaba realmente.

**E3:** y los demás que opinan cuál es su impresión.

**P1:** yo le encuentro razón, sacaban remedios, fumaban atrás....

**E2:** enfóquense en lo de ahora.

**E4:** por todo lo que uds. dicen es que se dividió el programa, compartimos el mismo terreno, pero hay una diferencia de tratamientos.

**E2:** ¿qué opinan los demás?

**P4:** a mí me da lo mismo

**P5:** yo pienso que puede pasar algo más, me da miedo esa situación.

**P3:** nos puede afectar, puede que nos enfermemos mas. De repente puede pasar. Yo me sentía incomodo cuando estaban ellos. A lo mejor ellos piensen lo mismo de nosotros.

**E1:** queremos dejar claro que no van a sacar ese portón de ahí.

**E5:** nadie ha expresado que piensan de las actividades que ha habido.

**E1:** segunda pregunta: ellos quieren tener una actividad en el patio de atrás. Uds. no están invitados, qué les parece esa solicitud, es algo súper puntual.

**P4:** ¿por eso no podemos hablar con ellos, porque que son mayores?, pueden saber más cosas que nosotros.

**E:** a propósito de lo que dice P2., podríamos coordinar algo para ir a conocer lo que se hace allá.

**E1:** no pero que opinan los demás.

**P5:** a mi igual me gustaría conocer a los de al lado.

**P6:** yo me he dado cuenta de que ellos también hacen cosas.

**E:** mi consulta es sobre el terreno

**E:** ¿puedo sugerir que preguntemos a cada uno?

**E:** Se hace votación. Eso puede ser trabajable en espacios individuales.

**E:** la asamblea es un espacio democrático.

**E2:** el espacio que tienen ellos (los de al lado) es bien chiquitito.

**E:** ¿está claro?

**P:** me da lo mismo

**E:** ¿tienes claro lo que se va a votar?

**E:** si se les facilita el espacio de atrás, entendiendo que no van a tener ningún contacto con ellos.

**E2:** uds. van a estar preocupados de estar preparando las cosas para el jueves (celebración del 18), quizás nos estemos complicando.

**E:** es que yo pienso que no se debería votar, si hay algunos que les dificulta el tema, no se les debería facilitar el espacio, porque puede pasar que finalmente quienes tengan dificultades, falten ese día porque ellos vienen.

La intervención del primer integrante del equipo puntualiza ciertos hechos con el fin de ayudar a pensar la pregunta que más tarde formula. Como bien lo explicita al comienzo, la idea es contextualizar la pregunta que va a hacer a los pacientes. Recuerda algunos hechos del pasado y otros del presente respecto a la división de los espacios físicos, entre el Hospital de día y el Programa de CONACE que funciona actualmente al lado, pero que hace un año compartían patio y salas.

A los pacientes les cuesta situarse respecto al presente, es como si desconocieran que hay intercambios actuales entre ambos lugares. Principalmente recuerdan situaciones bastante angustiosas del pasado y plantean que el equipo no se daba cuenta de lo que realmente pasaba, cuando compartían las dependencias. No podemos dejar pasar o preguntarnos a cuales “dependencias” se estarán refiriendo. En general les cuesta pensar en la pregunta y los recuerdos que comunican son negativos.

Existe una marcada diferencia entre quienes son pacientes antiguos y los que son pacientes nuevos. Los primeros no entienden bien cuál es el problema. En este sentido parece que falta más contextualización para los nuevos. Hay algo de la historia del hospital que no se ha transmitido.

Me llama la atención la explicación y la regla de “no poder hablar con los de al lado” que le dice una de las integrantes del equipo a una paciente nueva en el hospital. Por un lado no se puede hablar con ellos, sin embargo, como bien lo dice el equipo se han realizado actividades en conjunto y se hacen efectivamente intercambios. Me parece que hay una contradicción. Por otro lado, el argumento es que “ellos son adolescentes”, cuál es el fundamento real de la regla. Más bien pareciera que se protege a los pacientes de algún intercambio con los de al lado. ¿No será mejor hablar de esos posibles intercambios? ¿Profundizar en los problemas que hubo en el pasado? De hecho más adelante se observa que esta explicación genera confusión, cuando la paciente dice: “por eso no podemos hablar con ellos porque son mayores y pueden saber más cosas que nosotros”.

El equipo insiste en mostrar de que han existido contacto con los de al lado actualmente, y intenta explicar mejor la pregunta para saber cuál es la apreciación

actual de los pacientes, marcando el énfasis en el presente. Por más que lo intentan, y que para el equipo existe un cambio real respecto al año pasado, los pacientes parecen no comprender o no ver esa situación. El equipo reconoce que esos temores existían, e insisten en mostrar que se realizaron acciones concretas, como la construcción de la reja para solucionar el problema.

Es notorio que los recuerdos y el tema aumentan la ansiedad de los pacientes, hay un ambiente tenso. El equipo responde a esto dándoles seguridad de que la situación no va a cambiar nuevamente, que no se va a sacar la reja.

Sin embargo, a pesar de que “nadie se ha expresado respecto a las actividades que ha habido” el equipo decide pasar a una segunda pregunta, y digo el equipo, porque nuevamente vemos que no existe una coordinación que ordene, haga síntesis, puntualice etc.

La segunda pregunta es: “si se les puede prestar el patio a los de al lado para que realicen una actividad”, argumentando que su patio es muy pequeño. Me parece que el equipo entra en contradicción respecto a lo que venía diciendo, “no se va a sacar el portón”. Es como si esta fuera la pregunta principal que tenía el equipo, y todo lo otro “el cuento”, como para justificar la autorización de la actividad. Pienso que no se está escuchando en profundidad lo que están planteando los pacientes, no hay un detención, al parecer el conflicto que les generan los de al lado continua presente, o si no podría estar intentando reflejar algo del funcionamiento de la institución.

Pienso que el equipo tienen un ritmo y los pacientes otro, como que van desfasados, el equipo pasa a otro tema y ellos siguen en su tema. Me da la impresión de que el equipo intenta saltarse algunos pasos o apurar ciertas decisiones que incluso parecieran estar ya tomadas ¿había posibilidad de decir que no? Me quedo con esa duda.

Creo que el equipo, escucha de manera concreta el relato de los pacientes y no lee entre líneas lo que quieren decir y quizás les cuesta decir. A mí me parece que por lo menos había que darle más vuelta al asunto, ya que generó mucha ansiedad, sobre todo en aquellos pacientes que si había convivido con los de al lado. De alguna manera se les pregunta los pacientes pero no se toma en cuenta su palabra.

Volvemos a ver en este ejemplo la intención de preguntar uno a uno. Parece que cuando es difícil resolver algún asunto se recurre a este mecanismo, no se piensa que si alguien esta callado es porque está de acuerdo con los demás que han hablado, o por ejemplo que le da lo mismo la discusión. Habría que pensar porque se recurre a esto, y que tanta libertad se les entrega a los pacientes para participar. Me

parece que forzar una palabra no es lo mejor en este contexto en donde se requiere procesar y pensar lo que se discute.

El final de la sesión es confuso, pareciera incluso que faltan partes, sin embargo, fue lo que pude rescatar de la discusión final a pesar de estar avocada a la tarea de registrar. Hay malos entendidos, ya que no se entiende que es lo que se está votando. Entre los integrantes del equipo, tampoco hay claridad respecto al tema del cual se está hablando: unos enfatizan en que no va haber contacto entre los usuarios, otros, hablan de poder ir a visitar y “conocer lo que se hace allá” a lado. Unos plantean que es mejor preguntar uno a uno, otros votar y otros que votar no parece ser una solución al problema. De nuevo el equipo no muestra una claridad en cuanto a la tarea de la asamblea o el significado que en este espacio toma lo “democrático”, se habla de esto pero no se define. Es decir, democrático es que todos este obligados a hablar, que se voten las decisiones, que se hagan los deseos de los usuarios, que se propongan ideas desde el equipo. No queda claro el sentido de comunidad que está presente en esta asamblea.

Este ejemplo muestra las múltiples dimensiones que tiene y que puede despertar un tema. ¿Qué necesita tener o hacer un equipo para poder contener y conducir una discusión?

Al final alguien del equipo dice: “quizás nos estemos complicando mucho”, da la impresión de que se trata de bajar el perfil, hacer como si no hubiese un problema cuando en realidad se abrieron muchos temas.

#### **FRAGMENTO 10: EL DESPIDO.**

**E1:** yo quiero comunicarles que EX<sub>1</sub> ya no va a trabajar en el Hospital de Día. Es una situación lamentable... no va a tener tiempo para venir a despedirse

**P1:** yo me encariñe con ella.

**E1:** me imagino.

Los pacientes preguntan por qué no va a poder despedirse si otros dos profesionales que hace poco tiempo se fueron del hospital, se despidieron de todos en la asamblea.

**E1:** son situaciones distintas, al caso de EX<sub>2</sub> y EX<sub>3</sub>... acá es una escena distinta.

**P2:** ¿pero por qué se fue la EX<sub>1</sub>?

**E1:** ocurrió una situación lamentable, que puede ser catalogada como una falta grave a la confianza.

**P2:** ¿la despidieron?

**E1:** se le pidió que se fuera.

Hay silencio en la asamblea.

**Coordinador:** ¿Pasamos a lo otro tema?

**E2:** yo quería preguntar cómo lo vamos a hacer respecto a la cocina.

**E1:** todo ha sido muy reciente. Creo que es algo que debemos discutir en la reunión de equipo.

**E3:** yo quería decir que siempre es lamentable, dada las circunstancias que se deje de ver a alguien, tan repentinamente. Todos somos tocados de alguna forma distinta...poner la situación de cómo se siente cada uno...tal vez hay momentos y espacios para que esto pueda ser abordado.

**P3:** también la EX<sub>1</sub> era una personas muy humilde, ser simpático no creo que sea un delito. Lo mismo si le pasara a la Sita Gladys, y a ud. Y a todos uds.

**E4:** sobre todo por lo repentino es muy lamentable, no habían muchas alternativas, cualquiera que estuviera a cargo hubiese hecho lo mismo. (es importante destacar que este suceso ocurre justo la semana en que la directora del hospital retoma sus funciones después de un tiempo en que fue reemplazada por una directora subrogante).

**E1:** me dolió hartito lo que paso pero hay que seguir.

**P1:** si se va ud. yo me voy de aquí, no quiero que se vaya.

En este ejemplo, se repite un situación que se puede observar en los ejemplos de más arriba, se plantea un tema como mera información en vez de problematizar y abordar el tema desde las distintas aristas que se ven implicadas en relación a la vida de la institución. En este caso en particular, se informa que uno de los miembros del equipo, “se le pidió que se fuera”.

Las circunstancias, las razones y la situación en sí misma no están claras. Los pacientes intuyen que fue “hechada”, sin embargo, no se confirma, la idea queda en el aire. Creo que cualquiera que lea este ejemplo podrá imaginarse un sinfín de situaciones, mas aun si se piensa en la frase de uno de los pacientes: “la EX<sub>1</sub> era una personas muy humilde, ser simpático no creo que sea un delito”. ¿Por qué no decir las cosas que sucedieron y que llevaron al equipo a tomar la decisión de “pedirle que se fuera”? Ya sabemos, que como elemento básico del funcionamiento de una comunidad o institución de este tipo se establece la regla de que no hay comunicaciones secretas, privadas o parciales, como plantea Grimson (1983) el secreto tienen un valor deteriorante para la institución, la cual mal puede funcionar si existen opacidades entre los miembros.

Pareciera que existe por parte del equipo un cierto miedo de enfrentar y comunicar las cosas a los pacientes de manera transparente. Se los trata de proteger de ciertas situaciones que podrían ser, a juicio del equipo difícil de sobre llevar. Qué es más terapéutico en estos casos, decir las cosas como son, o guardarse aspectos relevantes sobre el acontecer del hospital. Podemos hacer un paralelo de esto con las ideas que Melanie Klein (1921) en su artículo, “*El desarrollo de un niño*” plantea a

propósito de la curiosidad del niño respecto del origen y la sexualidad. En general los padres esconden la verdad, e inventa historias como la de la “cigüeña” o la “semillita que se planta...”, historias que tendrían un efecto negativo en los niños ya que favorecería la elaboración de fantasías que podrían ser aun más angustiosas que conocer la realidad sobre de la sexualidad. Propone en su texto siempre contestar a la preguntas con la verdad y con un lenguaje accesible al niño.

Una situación parecida ocurrió en un ocasión que uno de los pacientes fue hospitalizado en una institución psiquiátrica y no se le comunicó a los demás pacientes sino cuando este ya iba a ser dado de alta.

El equipo esta vez está muy callado, e incluso pareciera que trata de pasar de manera rápida a otros temas. Entre los aspectos en que se enfoca es en solucionar temas más operativos respecto al funcionamiento del hospital, ya que la funcionaria que fue despedida, hacía y coordinaba las labores de limpieza y alimentación. A pesar de que es un elemento de la realidad importante, necesario de ser abordado, tampoco esto es tocado en la asamblea y se le delega esta discusión a la reunión de equipo. Nuevamente se saca la discusión fuera de la asamblea. Los pacientes quedan por fuera de todo, de la información y de la solución. Cual era entonces el sentido de informar esto en la asamblea, ¿un simple protocolo?

Alguien del equipo a su vez insinúa que esta situación puede afectarnos porque nunca es fácil dejar de ver a alguien de manera tan repentina, sin embargo, “hay momentos y espacios para que esto pueda ser abordado” ¿Qué momentos y que espacios? ¿Es que acaso en alguna dimensión este problema no compete a todos y todos debieran discutirlo abiertamente en la asamblea? Claro que hay momentos y espacios, las terapias de grupo y las terapias individuales incluso el almuerzo será lugares importantes para elaborar la ausencia en este caso de la cocinera, sin embargo, esto no significa que en este espacio no haya que hacerlo, y que se tenga que omitir información. Cada lugar cumple una función distinta y como explica Rodrigué (1965) en base a su experiencia, *“en la asamblea, es decir a nivel comunal, el tema era tratado de manera más formal y parlamentaria, el diálogo era más informativo, trayendo más elemento fácticos (...) a nivel grupal el mismo material era elaborado de muy distinta forma, primaba la respuesta personal, la elaboración subjetiva mas impresionista, en la interpretación de los mismos temas”* (p. 143)

## **DISCUSIÓN:**

A partir de los fragmentos seleccionados de la asamblea del hospital de día, y los referentes teóricos anteriormente expuestos, es posible plantear que es difícil reconocer en las intervenciones realizadas por el equipo un sentido u orientación común que permita establecer objetivos y límites del espacio de la asamblea.

Las diversas formas de intervenir de cada uno de los miembros, a veces contradictorias entre ellas, dan cuenta de la existencia de una serie de dudas y aspectos relevantes que no han sido trabajados previamente en conjunto, ni pensados por el equipo, que debería ser el encargado de sostener este espacio en primera instancia, a pesar que sea un espacio de todos los integrantes de la institución.

En este sentido, no existiría una propuesta técnica de trabajo compartida, sino más bien, la asamblea pareciera operar desde el imaginario que cada uno tiene de su funcionamiento. Aun cuando, están definidos el horario, algunos roles - como el de secretario y coordinador - y en general, hay un mecanismo de decisión establecido, estas definiciones, en varias ocasiones no son respetadas, ni por los miembros del equipo, ni por los pacientes. Es posible deducir, a partir de esta situación, que tampoco estaría operando una noción de encuadre que sostenga el dispositivo de asamblea, y que permita analizar lo que ahí sucede. No necesariamente por el hecho de que se transgredan ciertas disposiciones es que no habría encuadre, sino porque no se ponen en discusión los aspectos como atrasos, ausencias, e interrupciones. Justamente, el encuadre tiene la función de permitir analizar y pensar a nivel de las resistencias y de las dificultades de la institución lo que ocurre en un momento determinado.

En cuanto a las formas de intervenir, es observable que en ocasiones parte del equipo participaba de manera más directiva, dirigiéndose en especial a los pacientes y no a la asamblea en su totalidad, incluso interviniendo desde una posición de autoridad claramente manifiesta. Otras intervenciones, en cambio, abrían preguntas respecto al quehacer cotidiano del hospital, implicando a todos en la reflexión y solución de problemas particulares, denotando una horizontalidad en la toma de decisiones.

También se puede identificar un tercer modo de intervenir por parte del equipo, que bajo el funcionamiento de la asamblea debiera ser realizado por el coordinador, que apunta a ordenar y conducir el funcionamiento de la asamblea y no así las decisiones.

Es cierto que la heterogeneidad del equipo – profesiones, características personales - influye en la existencia de diferencias al momento de intervenir. Dicha diversidad, si bien no es negativa en sí misma, al no ser integrada al análisis provoca modos de acción con consecuentes efectos distintos.

Así, frente a ciertas circunstancias y tomando en cuenta los momentos por los cuales puede pasar una institución - de mayor maduración, organización o crisis - , un tipo de intervención puede ser más necesario que otro dependiendo de la contingencia. Jones (1982) propone como principio general, que cuando existan periodos de desorganización, es el equipo el que debe asumir cada vez más responsabilidades, tomar decisiones y encarar la dirección de la comunidad, es decir, que en momentos de crisis y desorganización se sugiere que el equipo sea más directivo, para evitar que la crisis institucional tenga efectos negativos en los pacientes.

Siguiendo esta línea de análisis, carece de sentido establecer *a priori* un modo de intervenir o intentar homogeneizar las intervenciones de un equipo, o de todos los equipos, ya que la fuerza y potencialidad de un equipo de trabajo está en la heterogeneidad de sus miembros, quienes otorgan salidas creativas en el enfrentamiento de los diversos problemas. Pichon-Rievieré (2001) sostiene que *“a mayor heterogeneidad de los miembros, heterogeneidad adquirida a través de la diferenciación de roles desde los cuales cada miembro aporta al grupo su bagaje de experiencias y conocimientos y una mayor homogeneidad en la tarea lograda por la sumación de la información (pertinencia), el grupo adquiere una mayor productividad (aprendizaje).”* (p. 208) Así, es importante destacar que cuando se hace alusión a un equipo, no se trata de intentar unificar las practicas de sus integrantes sino de reconocer que las diferencias permiten lograr un objetivo si se tiene una idea común. En este sentido, se hace necesaria la construcción de esquemas referenciales y operativos, que permita que todos avancen hacia un mismo propósito.

Sin embargo, las distintas intervenciones presentes en las asambleas revisadas no parecen tener efectos en la operatividad de la misma, sino todo lo contrario; en reiteradas ocasiones, se observan momentos de confusión y malos entendidos; dificultades en la comunicación y contradicciones evidentes entre el equipo y los pacientes; descoordinación entre los miembros del equipo, llegando incluso a introducir preguntas que desviaban el tema central de la discusión. Por otro lado, por esta misma razón algunas discusiones se extendieron a varias sesiones de asamblea mostrando la dificultad que existiría para llegar a un consenso o acuerdo,

como se vio reflejado en la discusión sobre “los cumpleaños” presentado en uno de los fragmentos de caso.

Las intervenciones estarían motivadas entonces por posiciones o perspectivas particulares respecto a los temas tratados en la asamblea y no por un equipo. Es plausible pensar entonces, por una parte, que el equipo no opera desde un trabajo “en equipo” sino más bien desde la individualidad de cada uno de los miembros, y por otra, que las intervenciones no estarían ni sujetas a principios técnicos, ni tampoco dirigidas hacia un objetivo común.

Asimismo, las intervenciones, al parecer, no estarían siendo analizadas *a posteriori* con el fin de comprender sus efectos, perpetuándose de esta forma algunos modos de intervención, como el “preguntar uno a uno”, forma considerada una “práctica escolar” por un miembro del equipo que no parece ser efectiva ni adecuada en este espacio en el que la palabra debiese circular libremente.

La tensión que se revela es cómo intervenir en la asamblea como equipo sin que esto signifique, por un lado, la resolución previa de asuntos por parte del equipo para llevarlos a la asamblea haciendo “como si” se discutieran entre todos; y por otro, perder el objetivo del espacio en el despliegue singular y libre de las intervenciones de los miembros del equipo. Como refiere Rodrigué (1965), en base a su experiencia en una comunidad terapéutica: “...era muy común que en las reuniones de personal se forjase una política a seguir sin tener en cuenta que las sugerencias que nacían en ese grupo no contaban con el apoyo ni el visto bueno de los pacientes” (p. 135). Agrega, que en general, cuando se llevaban a cabo esas propuestas resultaban infructuosas: “...las innovaciones más fértiles de la comunidad fueron aquellas que paso a paso, fueron elaboradas conjuntamente por el personal y los pacientes” (p. 135).

En suma, ¿cómo intervenir en este contexto? En este caso la asamblea opera además con una modalidad de trabajo que suma otra complejidad, no hay una tabla de discusión conocida previamente sino que se construye al inicio de cada asamblea con la participación de todos - pacientes y equipo – pudiendo aparecer propuestas y contenidos impensados, incluso formaciones delirantes, que introducen una cuota de improvisación al momento de abordar y resolver cada situación.

De esta forma, el trabajo del equipo en cada asamblea, podría comprenderse como una construcción colectiva – tal como funciona la improvisación musical (ver anexo 1) - que surge de ciertas premisas, acuerdos y nociones compartidas que apunten al cumplimiento de los objetivos de la asamblea para la institución y el tratamiento de los pacientes. Aquí, cada institución tiene que determinar a partir de sus características intrínsecas los objetivos y límites del espacio. Existen instituciones

donde las asambleas organizaban el quehacer cotidiano, y otras que incluso tenían atribuciones como resolver entre todos el alta de los pacientes.

No se trata – retornando a la referencia musical - de una partitura que rige todo, donde se ubican los silencios, el *tempo*, la escala tonal, la secuencia de notas o incluso los matices emocionales al momento de interpretar. El compartir un marco, se relaciona con establecer límites que permitan transitar con libertad y desde una ética común. En palabras de Ortiz (1950), *“El lego que escucha un disco de veinticinco centímetros, grabado por un conjunto de jazz, no oye la música de un compositor, sino de varios compositores, porque cada ejecutante que improvisa su propia melodía alrededor de un tema común, debe estar al nivel de un compositor.”* (p.44).

Se requiere, por tanto, una claridad entre los miembros del equipo, en cuanto a los objetivos que cumple el espacio de asamblea, y el establecimiento de coordenadas que permitan circunscribir las intervenciones en relación a los objetivos. Tal como señala Pulido (2008) *“un verdadero “equipo terapéutico” demanda que los operadores, asuman y compartan ciertos presupuestos y modos de mirar la enfermedad mental”* (p. 128). No se trata de restringir las acciones dentro de la asamblea sin fundamentos, sino de decidir de manera colectiva lo adecuado en función de la dimensión terapéutica del proyecto institucional. En este contexto, podría ser necesario además, una conceptualización compartida de la psicosis; una visión común de la función que cumple cada dispositivo de intervención; una fundamentación en la que se enmarque el trabajo, y una noción de institución o de comunidad.

En otros términos, en el caso que se ha revisado, resulta difícil concebir una *“ideología de trabajo”*, lo que interfiere, en espacial, al momento de realizar una interpretación y lectura de la transferencia institucional, puesto que las transferencias se actualizarían de manera parcial y diversa según a quién se dirija. Cuando se trabaja en equipo, en cambio, cada miembro soporta parte de la transferencia institucional, lo que posibilita al equipo, pensarla técnicamente y ponerla al servicio de la tarea.

Es importante recordar en este punto que la transferencia institucional amistosa es fundamental en el trabajo de una institución ya que permite construir un proyecto colectivo. Una situación opuesta se observa en el hospital psiquiátrico tradicional, donde la transferencia institucional por lo general es negativa y hostil, institución que *“impresiona por la ausencia total de identificaciones de quienes habitan en él, con la institución y los fines que ésta persigue* (Hochmann, 1971, p. 95).

Ahora bien, en cuanto a la relación que establece el equipo con los pacientes en la asamblea, es posible destacar que si bien la asamblea tiende a la horizontalidad, y efectivamente los pacientes y los miembros del equipo tienen voz y voto, se puede

observar que en el operar efectivo de la asamblea la palabra de algunos tiene más peso que la de otros. Frente a esto surge la interrogante, ¿es posible una horizontalidad plena en este contexto de tratamiento?

Como muchos autores plantean (Grimson, 1983; Rodrigué, 1965, Chazaud, 1978; Hochmann, 1971), la asamblea se erige en el ideal de la horizontalidad pero como cualquier espacio social, se ve atravesada por variables de diferente naturaleza que condicionan estructuras jerárquicas inconscientes o distribuciones de poder que son tácitas. Por ejemplo, el tiempo que lleva cada persona en la institución – ya sea en el caso de un paciente, un funcionario o un profesional – podría influir en el peso que adquiere una palabra sobre otras. Por otro lado el lugar que se ocupa en la estructura social de la organización difícilmente puede ser olvidado, así por ejemplo, la directora, o un coordinador, terminan siendo palabras “más importantes” a pesar que ellos no tenga la intención de tener ese “poder”.

Sin embargo, no porque sea una condición estructural, el equipo no tendría que reflexionar y detenerse sobre las dimensiones que operan asociadas al ejercicio del poder en la asamblea. Todo lo contrario, es deber de éste instalar la pregunta y develar estas situación con el fin de despejar y superar las condiciones que no permiten pensar con libertad o interfieren perturbando la comunicación.

En el caso revisado existirían dos tipos de relación de naturaleza asimétrica que en alguna medida estarían atravesando a la asamblea: por una parte, la relación enfermo/sano, que en este marco se traduciría en pacientes/equipo; y por el otro, la relación adolescente/adulto. Al presentarse estas relaciones como abstracciones y categorías radicalmente distintas, influirían sutilmente en la toma de decisiones, las discusiones, dificultando una comunicación plena.

Si se escucha con atención la forma en que el equipo generalmente se expresa en la asamblea, se percibe habitualmente la referencia a “ustedes”, cuando hablan de los pacientes. Esta forma de expresión, y quizás otras menos explícitas, denotan una diferencia entre equipo y pacientes. Puede parecer un detalle, pero finalmente cada vez que se dicen expresiones como éstas, a diferencia por ejemplo de un “nosotros”, es como si se actualizara una diferencia insalvable que pone límites a la discusión.

También ocurre que explícitamente se utilizaron – tanto miembros del equipo como pacientes del hospital - argumentos que marcaban estas dos diferencias a las que se hizo referencia anteriormente. Tal es el caso de frases como: “*ustedes son usuarios por eso no pueden fumar*” (cuando para los miembros del equipo si estaba permitido), o “*no pueden hablar con los del programa de al lado porque son adolescentes*”. A simple vista, ambos argumentos no parecieran tener mayor

sustancia. Por un lado, mas allá de prohibir la posibilidad de fumar, ¿no parece más lógico que la prohibición sea por otras razones, como por ejemplo, que se está en una institución de salud y por ley estaría regulado, o porque son adolescentes, y existe la prohibición de venta de cigarrillos antes de los 18 años? En vez de eso se plantea que no pueden fumar porque son “usuarios”. Inmediatamente surge la interrogante ¿Cuál es la diferencia entre los pacientes y los funcionarios de la institución? ¿Por qué se quiere marcar una diferencia ahí?

Respecto al segundo ejemplo, ¿qué esconde la prohibición de hablar con los de “al lado”? En la institución contigua opera un programa del CONACE<sup>3</sup>, por tanto es posible suponer que asisten personas con adicciones, y que la intención tras la regla de “no hablar con los de al lado” sería proteger a los jóvenes de algún intercambio. Sin embargo, ¿es un argumento válido en que ellos sean adolescentes? ¿No sería mejor advertir la situación, conversar respecto a los riesgos que podrían existir, incluso apoyados desde la misma experiencia de los pacientes que compartieron las dependencias del hospital junto al programa de al lado?

En base a estos dos ejemplos, se podría constatar, que algo irrumpe no inscribiéndose en el plano de la conciencia, sino que estaría actuando a través de las expresiones y argumentaciones. Para Goffman (1961), las relaciones que se establecen en instituciones psiquiátricas tradicionales, se caracterizan por adoptar una forma que él conceptualiza como “nosotros” – “ellos” que podría ayudar a comprender esta situación.

Esta relación, “Nosotros-Ellos” es una relación que quiere ser inmóvil, en la que cierta proximidad y una clara diferencia, mantienen y definen mutuamente lugares en la institución. Algo así como: “nosotros” el equipo y “ellos” los pacientes somos naturalmente diferentes y no habría una continuidad posible, ni una modificación recíproca. Se genera una diferencia que se vive como una escisión, y no como una separación necesaria. Dice Hochmann (1971) “*la solución de continuidad entre tú y yo se experimenta aquí y ahora en este diálogo que nos separa y reúne, y por medio del cual nos determinamos mutuamente. Por el contrario la escisión introduce entre tú y yo una brecha, un gran agujero sombrío en el que se hunden y disuelven nuestras fantasías*” (pg. 94).

En suma, en este tipo de relación característica de la institución psiquiátrica, no existiría un contacto real y significativo en las relaciones más personales. La relación entre ambos grupos, se viviría como una escisión, y facilitaría reacomodos

---

<sup>3</sup> Comisión Nacional de Control de Estupefacientes.

imaginarios, que no permiten verdaderas relaciones Yo-Tú. Por dar un ejemplo, para Goffman, es común que en hospitales psiquiátricos, los internos sean vistos por el personal como indignos de confianza e irresponsables, mientras que los pacientes vean en el personal, personas autoritarias y abusivas. Al mismo tiempo cada cual tiene una autopercepción estereotipada que se traduce en que *“el personal tiende a sentirse superior y justo; los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables”* (Goffman 1961, p. 21).

No es que las fantasías que estén operando en el ejemplo que se ha revisado sean las mismas, pero estas teorizaciones pueden facilitar la reflexión de esta constante diferenciación que se expresa en la asamblea. En el caso, el “ustedes-pacientes” versus el “nosotros-equipo”, se evidenciarían mecanismos imaginarios similares, que habría que indagar y elaborar en conjunto. Para esto, podría ser necesario poner en duda estos argumentos cuando aparezcan para ver desde ahí que es lo que aparece y a que están asociados.

Por otro lado, en ocasiones se filtró o se censuró información a los pacientes, como por ejemplo frente al despido de la funcionaria o respecto a la internación de uno de los pacientes. A pesar de que ambas situaciones requerían ser tratadas colectivamente, pues demandaban significación, no fueron analizadas en profundidad en el espacio de la asamblea. ¿Por qué habría que ocultarles información a los pacientes, si se supone que todos son parte de la institución?

Todos estos ejemplos dan cuenta que de distintas formas se marcaban diferencias entre el equipo y los pacientes. Sin embargo, no queda claro el argumento clínico o terapéutico que tendrían estas acciones. No es posible, sino trabajando esto en equipo, saber por qué sucede solo interesa aquí mostrar que estos son mecanismo sutiles que ocurren y que el trabajo desde una psicoterapia institucional contempla en el análisis.

Más allá de cuáles sean las lógicas que estén operando acá respecto a la distribución del poder, podríamos pensar que la asamblea, y también el equipo, reflejan, en ciertas instancias, el trabajo de un grupo-sometido, si utilizamos las definiciones de Guattari, queriendo decir con esto, que pareciera estar apegado a determinaciones fijas desde el exterior que generan relaciones imaginarias entre ambos grupos, deformando y manteniendo realidades naturalizadas. Así, en vez de analizar las dicotomías adulto/adolescente, o pacientes/equipo, en ocasiones estas acentuarían las diferencias influyendo en la toma decisiones.

Por ejemplo: con la pregunta: *“¿qué se va a considerar mayoría?”*; o la frase: *“del total de los usuarios hay 4 que quieren y 4 que no o que les da lo mismo, y sólo*

*por los profesionales se da la mayoría*”, se puede deducir que la intención de expresar que hay una diferencia entre el voto de pacientes y el del equipo. También revela, por otra parte, una pregunta por cómo se ponen en juego en este espacio el deseo de los pacientes y el equipo. Que emerjan estas preguntas brindar la oportunidad de pensar lo que es relevante, que de hecho supone, que existe una capacidad para comprender lo que se está haciendo. Sin embargo, como pudimos ver a través de los ejemplos, las preguntas quedan sin respuesta, faltando todavía el análisis colectivo para así responderlas, y poder llegar a ser un grupo-sujeto. Este trabajo, sin duda complejo, implicaría reestructurar nociones naturalizadas, y por ende un esfuerzo de maduración desde una experiencia de transversalidad.

En torno a la tensión por la relación entre pacientes y equipo, sería importante cuestionar permanentemente las dimensiones que condicionan y atraviesan esta relación, con el fin de lograr la mayor horizontalidad dentro de un marco terapéutico. No hay que olvidar que este trabajo se produce en un contexto terapéutico, y es en este sentido, en que puede operar una diferencia, la que es real ya que hay algunos que están ahí para asistir a otros. Como dice Rodriqué (1965) *“El impulso utópico de negar las diferencias, es tan perjudicial como la tendencia opuesta y reaccionaria de acentuar barreras, clases y la rigidez del escalafón jerárquico”*. Asimismo, cuestionar de manera constante cuál es el lugar que ocupa el equipo en relación al poder en la asamblea, para desde ahí, cuestionar qué hacer con el poder detentado según el momento de la institución.

Relacionado a la capacidad de asumir las diferencias, se observa que las decisiones en la asamblea siempre estaban pensadas desde un *“todos”* o *“nadie”*. Esta forma de situar las problemáticas, por ejemplo, de que *“todos tienen que pagar”* o *“todos tienen que hacer algo”*, *“se celebran los cumpleaños de todos este año, y el próximo ya no”*, aunque pareciera ser lo contrario a lo formulado anteriormente, responde finalmente a los mismo.

A través de este mecanismo se actualiza también la dificultad a encontrar una diferenciación propia, interna, en base a las necesidades, demandas y enunciaciones propias. Más allá de lo democrático que pudieran parecer estas resoluciones realizadas por voto a mano alzada, es posible interrogar si será lo más terapéutico, o si existirán otros mecanismos para resolver los problemas.

La tensión que se expresaría en esta situación tendría que ver con qué hacer cuando alguien no está de acuerdo, es decir, con aquellos que son minoría. ¿Será posible responsabilizarlos efectivamente en el trabajo cotidiano, en las decisiones tomadas? Por ejemplo, ¿pagará la cuota aquel que no vota a favor de ésta? Maxwell

Jones, a través de su experiencia llega a formular que una manera efectiva de funcionamiento en comunidades terapéuticas es a través del “consenso”. Esto implica tener la capacidad de matizar y renunciar a posiciones e integrar miradas.

Este planteamiento permite pensar que existen otras formas para decidir en una asamblea. Hay que tener presente que los mecanismos de decisión son un medio para lograr un fin, y no un fin en sí mismos. Por momento pareciera que en la experiencia que se ha revisado la decisión fuera el fin, como si se discutiera para votar, o se votara para resolver lo que no logra ser resuelto en la discusión.

En relación con esto, es importante destacar lo que postula Foladori (2010) *“las personas participan cuando tienen poder para decidir sobre sus vidas, ya que eso es algo que les interesa, que les atañe directamente. No lo hacen cuando se sienten manipuladas, por discursos populistas, o juegos de poder en los cuales resultan excluidas de las decisiones importantes de la vida comunitaria (p.22-23)*. Entonces, resolver los asuntos a través de votaciones “democráticas” sin tener resuelto lo que se señaló anteriormente, y por otro lado, pretendiendo que “todos” o “nadie” cumplan determinado acuerdo, por un asunto de mayoría, en realidad pareciera que reduce una problemática compleja que tienen que ver con el deseo, el interés y la producción colectiva, en especial en este contexto de trabajo con pacientes con trastornos psicóticos graves.

Otro punto relevante de destacar en torno a la temática de la toma de decisiones, es que lo que se discute y resuelve en la asamblea, no puede pasar inadvertido. La premisa es “lo que se resuelve se hace”, sino queda como un espacio imaginario más en la vida de un paciente psicótico. Lo importante de la asamblea es realizar el deseo de los pacientes en la medida que pueda ser realizado, con los recursos y capacidades que tiene la institución y con la participación de estos. El equipo debe ser responsable y como refiere Rodrigué (1965) *“una comunidad terapéutica para que realmente funcione tiene que “ir en serio” (...) la participación del paciente en el gobierno de la institución debe ser real y de peso. (p. 137)*.

Esta idea nos remite al ejemplo titulado “La descoordinación” en que se hace “como si” se contaran los votos, y también a todos los momentos en que el equipo hizo de coordinador, a pesar de que había alguien electo por la asamblea para realizar dicha tarea. A propósito de la coordinación y saliendo brevemente del eje central de la discusión Grimson (1982) sostiene que: *“quien coordina es alguien claramente identificado por la Asamblea como portavoz de la cultura terapéutica de la institución” (p. 162)*, es decir, no se trata de que solo puedan coordinar los del equipo por un asunto de “estatus” sino de que la función de la coordinación sólo es adquirida a través

de la experiencia. En este sentido, podrían ser pacientes que conozcan la dinámica de la asamblea, como en el mismo hospital de día, ocurría con varios de los pacientes que ya llevaban algún tiempo y manejaban la tarea.

Continuando con las formulaciones aquí presentadas se observa que este funcionamiento “como si”, opera con frecuencia. Para complementar lo expuesto se debe consignar que hay que tener especial cuidado con estos sucesos teniendo en consideración que se trata de pacientes con trastornos psicopatológicos graves. Ponerlas de manifiesto y analizarlas podrían permitir develar y descubrir las dinámicas que están a la base.

Este último punto, permite introducir un aspecto final de lo que se pudo constatar del trabajo de este equipo en el espacio. Por lo general, el equipo se ocuparía de los aspectos manifiestos de la asamblea, sin leer la dimensión latente o inconsciente que irrumpen constantemente. Si se utilizan las fases descritas por Lourau (1980) para dar cuenta de la historia del movimiento de la psicoterapia institucional, el trabajo de este equipo estaría aun en la *fase ideológica*, pensando la institución como una organización consciente del tiempo y espacio.

Pensando en los fragmentos leídos, resulta curioso que el tema de la película “El secreto”, surgiera justamente cuando una funcionaria fue despedida de la institución, no entregándoseles la totalidad de la información respecto a las razones a los pacientes. ¿Qué dirá esto de la dinámica de la institución? Por otro lado, en el ejemplo del cierre del Taller de Pintura, el dilema del equipo era si botar, reciclar o guardar los trabajos realizados en el taller, ¿el equipo estaría pensando en el significado inconsciente que para los pacientes tienen sus producciones? o ¿o el valor terapéutico que podrían tener dichas producciones al ponerlas en circulación?

El psicoanálisis ha realizado un aporte al introducir la dimensión inconsciente que opera en la asamblea general, así como en todo grupo humano y a nivel institucional. En este sentido, algunos conceptos de la disciplina han enriquecido a la psicoterapia institucional en aspectos teóricos y técnicos, teniendo la transferencia y la contratransferencia un lugar relevante, junto a las nociones de encuadre, asociación inconsciente, identificación, desplazamiento, verbalización y contrato terapéutico, que obliga a reflexionar respecto a estos fenómenos. De ahí, que cualquier equipo que trabaje con este tipo de dispositivo debiera considerar esta dimensión, y pensar más allá de lo explícito y manifiesto, preguntándose: “*quién va a dónde y con quién, durante cuánto tiempo y por qué, son preguntas que fundamentan la gramática del servicio*” (Chazaud,1980, p. 43).

De esta forma, especial atención hay que situar en los fenómenos contratransferenciales del equipo, sobre todo en el trabajo con pacientes con trastornos psicóticos. En base a los ejemplos, respuestas como “ustedes. son adolescentes” o “aquí no se habla de política ni de religión”, ¿no tendrían su origen en aspectos contratransferenciales del equipo? Esta noción también implica un trabajo que permitiría una autoobservación, análisis y distancia con las propias intervenciones.

Por lo tanto, el retorno constante a la reflexión sobre las practicas realizadas en el contexto de la asamblea del hospital de día se constituyen como necesarias para no ser víctima de automatismos inconscientes conducentes en la abulia o la inercia. Así, como un psicoanálisis individual no garantiza el arribo a una "normalidad", este trabajo de reflexión sobre las trampas institucionales, tampoco cura ni inmuniza: debe ser reeditado constantemente. El encierro, el anquilosamiento, la repetición y los fenómenos grupales imaginarios deben ser sometidos a una reflexión continua. De eso se trata el trabajo en este ámbito (Volco, 2001).

## **CONCLUSIONES:**

Lo expuesto hasta aquí permite arribar a algunas conclusiones en relación a las funciones del equipo en una asamblea. Considerando la complejidad que tiene este dispositivo, por estar atravesado por coordenadas terapéuticas y políticas - ambas desde sus aspectos conscientes e inconscientes - es necesario que quienes trabajan se conformen más que como un grupo, como un verdadero equipo. Esto significaría compartir una serie de premisas básicas con las cuales ir construyendo el dispositivo junto a los demás participantes. Entre las nociones básicas respecto a la tarea, es importante definir cuál es la función u objetivo que tiene el espacio para el proyecto institucional; la actitud que como equipo se debe proyectar; y la noción de enfermedad y "paciente" que contemplará.

Pensando en el dispositivo mismo, es relevante que se delimiten ciertas funciones y aspectos fundamentales en un encuadre, es decir, manejar esta noción que permita poner bajo análisis aspectos relacionados al funcionamiento. Entre estos es necesario definir: tiempo, lugar, funciones, roles y reglas; las cuales tienen que ser conocidas por todos los que integran la institución. Además es tarea del equipo instalar y sostener el encuadre, lo que no significa que más tarde pueda la asamblea decidir algunos cambios. Entre las más relevantes funciones, la coordinación ocupa un lugar primordial, la que en primera instancia debe estar a cargo del equipo. Una buena coordinación permitiría facilitar el complejo trabajo de la asamblea.

Otra función fundamental del equipo es realizar una observación y análisis permanente de la propia práctica, con el fin de trabajar las dificultades y aspectos contratransferenciales, dentro y fuera del dispositivo. Es reconocible la sensibilidad con la que responde el equipo a los problemas con los pacientes, como también la forma que influyen los conflictos del equipo en toda la dinámica institucional, en especial sus efectos en los pacientes. En este sentido, la asamblea es un lugar privilegiado para "sentir" y "escuchar" la transferencia institucional y después de analizarla en la reunión de equipo cambiar ciertas actitudes, y prácticas. Como dice Jones (1962) *"el primer problema a considerar es la actitud del equipo"* (p. 97).

La idea de la autoobservación permite establecer la conclusión de uno de los aspectos más apasionantes del trabajo desde las perspectivas del Movimiento de Psicoterapia Institucional: no existe una receta de cómo hacer las cosas, una partitura, sino una serie de factores y dimensiones que influyen en la construcción que cada equipo va realizando en el trabajo. Cada institución es distinta, y por lo mismo no puede replicarse una experiencia exactamente igual en otra institución. Variables

como el lugar físico, los recursos disponibles, la cantidad de personas que conforman el equipo, la heterogeneidad del equipo, la formación que tenga, el número de pacientes, los trastornos que los aquejan, la edad de estos, el lugar geográfico, los recursos comunitarios, el apoyo de las familias, todos estos aspectos irán configurando la institución y sus lugares, tanto en sus funciones como estructura. Lo fundamental es tomar la realidad que se tienen en frente, poner toda la potencialidad creativa a disposición del trabajo y posibilitar espacios de reflexión sobre las decisiones que se toman, las intervenciones que se hacen, y las consecuencias o efectos que tienen en términos terapéuticos, a través de dispositivos grupales que permitan una apreciación constante, de los cambios y un permanente movimiento.

Sin duda, realizar este trabajo no es fácil. Por lo mismo, se requieren algunos espacios fuera del espacio de la asamblea para lograr la articulación e integración del equipo. Entre los componentes que se consideran esenciales se pueden destacar las reuniones de equipo, instancias de formación, y la supervisión institucional.

Las reuniones de equipo, son fundamentales para analizar aspectos contratransferenciales y necesariamente tienen que incluir lo que ocurre en la asamblea. Para Maxwell Jones (1962), por ejemplo, es recomendable realizarla inmediatamente después de la reunión de comunidad, para examinar en profundidad las reacciones de los integrantes pensando en una misma escena interaccional de la reunión de comunidad, para asimilar y reflexionar las dimensiones que atravesaron las actitudes, comportamientos, decisiones etc.

Las instancias de formación, serían espacios de aprendizaje y elaboración más bien teórico, con el fin de que todos en la institución manejen un marco conceptual común. Todos los funcionarios, ya sean profesionales y no profesionales, hacen parte del equipo, y por lo tanto requieren de herramientas teóricas que permitan realizar su trabajo en estos contextos. Resulta necesario que se tengan referencias respecto a trastornos como la esquizofrenia o paranoia; nociones sobre lo que son los delirios, o las alucinaciones; o conceptos que permitan comprender el trabajo institucional desde el marco teórico que se haya definido.

La supervisión institucional, por su parte, es un dispositivo necesario cada cierto tiempo en una institución. Se entiende como un ir más allá de la visión que tiene un equipo, gracias a la intervención externa de profesionales que vienen a co-pensar sobre sus prácticas y dificultades en la consecución de la tarea. Esto posibilita un giro en las relaciones y en los pensamientos intergrupales sobre su trabajo (Bauleo, 1990).

Respecto de la asamblea resulta necesario también concluir que es un dispositivo que tiene sentido en su articulación con los otros espacios de la institución

y en las lecturas que desde ahí se puedan realizar de la dinámica institucional. La asamblea es el analizador por excelencia, centro de un dispositivo más general, que en este caso es el hospital de día.

En cuanto a la institución hospital de día, es necesario destacar que las definiciones que el Ministerio de Salud ha realizado de este dispositivo en la “Normas Técnicas para Hospitales de Día” (2002), en cuanto a su estructura y función en las Redes de Salud Mental, admiten este tipo de intervención, como la experiencia que a través de esta memoria se constata. Así, la asamblea es un dispositivo que puede ser instalado en este tipo de institución, si un equipo decide trabajar desde esta perspectiva.

El primer contacto con una institución de salud mental es determinante para la trayectoria que un paciente pueda tener en el devenir de su sanación, y en este sentido es fundamental la confianza y las posibilidades que la institución entregue para que el paciente recupere su autonomía y bienestar. El hospital de día será indispensable en un momento u otro del recorrido de pacientes con trastornos graves, pero, como dice Fontaine (2004), *“no puede ser indispensable a lo largo del tratamiento”*.

Las prácticas posibles de observar en el hospital de día, desde donde se realiza esta memoria de tesis, contribuyen a la recuperación y desarrollo de los pacientes por retomar una vida en el tejido social. En esta línea, se pueden observar efectos importantes en la recuperación de la propia subjetividad en estos pacientes, lo cual les permite recuperar los derechos sociales básicos históricamente negados.

Ya Chazaud (1980) decía *“Una perspectiva futura especialmente estimulante de su empresa [de la psicoterapia institucional] es el desarrollo de centro de tratamiento diurnos en la comunidad. En ellos encontrará su pleno florecimiento y sus relevos, con los organismos socioculturales comunales de los que debe ser, más que una componente integrada, parte integrante”* (p. 125).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Balseiro F. (2009) *La transferencia en la psicosis: un reconocimiento tardío*. Recuperado el 11 de septiembre del sitio web: <http://www.castalia.org.uy/docs/trabajos/Trabajos%20diplomado%202010/FlorenciaBalseiro.pdf>
- Baremlitt, G. (1991) La concepción institucional de la transferencia. En M.J Acevedo & J.C. Volnovich (Eds.) *El Espacio Institucional* (pp. 11-21) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Bauleo, A. (1990) *Clínica grupal y clínica institucional*. Buenos Aires, Argentina: Atuel S.A.
- Chazaud, J. (1980) *Introducción a la Terapia Institucional* (H. Acevedo Trad.). Buenos Aires. Argentina: Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1978).
- Foladori, H. (2010) La asamblea general en comunidades terapéuticas. *Castalia: Revista de Psicología de la Academia*, Año XII, N° 17, 15-26.
- Fontaine, A. (2004, noviembre). *Esquizofrenia y Psicoterapia Institucional*. Conferencia presentada al Magister de Psicología Clínica de la Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
- Freud, S. (1904). *Sobre psicoterapia*. (J.L. Etcheverry trad.). Tomo VII. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1910) *Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. (J.L. Etcheverry trad.). Obras Completas. Tomo XI. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. (J.L. Etcheverry trad.). Tomo XII. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1915 [1914]). *Puntualizaciones sobre el "amor de transferencia"*. (J.L. Etcheverry trad.). Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *27ª Conferencia: La transferencia* (J.L. Etcheverry trad.). Tomo XVI. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu

- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. (J.L. Etcheverry trad.). Tomo XVIII. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo* (J.L. Etcheverry trad.). Tomo XVIII. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Goffman, E. (1992) *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. (M.A Oyuela de Grant, trad.) Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961)
- Grimson, R. (1983). *La cura y la locura*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Búsqueda.
- Hochmann, J. (1971) *Hacia una psiquiatría comunitaria: tesis para una psiquiatría de los conjuntos*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Jones, M. (1962) *Psiquiatría Social* (S. Lugones Trad.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Escuela.
- Klein, M. (1996). O Desenvolvimento de uma criança (A. Cardoso trad.). *Amor, culpa e reparação, Obras Completas v. 1*. Rio De Janeiro, Brasil: Imago Editora (Trabajo original publicado en 1921)
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Lourau, R. (1970). *El análisis Institucional*. (N. Fiorito Trad.) Buenos Aires. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2002). *Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría*. Santiago, Chile.
- Ortiz, O. (1952) *La improvisación en el "Jazz"*. Recuperado el 2 de agosto del 2011, del sitio web del Departamento de Música de la Facultad de Artes de la Universidad de Chile: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RMCH/article/viewArticle/12122>
- Pichon-Rivière, E. (2001) *El Proceso Grupal, Del psicoanálisis a la psicología Social (I)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión

- Pulido, R. (2008). Los equipos de salud mental y sus factores terapéuticos. *Psiquiatría y Salud Mental*, Año XXV, Nº 1-2, 120-132.
- Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.). Consultado en: <http://www.rae.es/rae.html>
- Rodrigué, E. (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA).
- Tosquelle, F. (2001). *Las enseñanzas de la locura* (J. M Marinas Herreros Trad.). Madrid, España: Editorial Alianza S.A (Trabajo original publicado en 1992)
- Volco, L. (2001) *Un modelo de tratamiento de la psicosis*. Recuperado el 3 de Febrero de 2011 del sitio web: <http://www.topia.com.ar/articulos/un-modelo-de-tratamiento-de-la-psicosis>

## ANEXO Nº 1

### **La improvisación en música**

Comúnmente se entiende “improvisar” como *“hacer algo de pronto, sin estudio ni preparación”* (RAE), sin embargo, si pensamos en el trabajo y asistencia en salud mental, y más aun, con pacientes que presentan trastornos graves a veces sin un diagnóstico claro, no podríamos permitir que esto ocurriera, mas bien tendemos a pensar justamente lo contrario. Se requiere de una preparación y estudios que puedan aportar en el desarrollo y bienestar de los pacientes, y de nosotros mismos, para cumplir con esta tarea. En este punto resulta quizás aclarador introducir una noción prestada desde otra disciplina que nos puede dar algunas luces de lo que podría ser el trabajo improvisado de un equipo “como equipo” en una asamblea, y en general en instituciones de este tipo que se viven en un “tiempo terapéutico pleno”.

La noción de improvisación en música, es más compleja que un simple hacer sin premeditación o espontaneo. Supone algo distinto a lo que se alude con la definición de improvisación antes formulada. Como dice Ortiz (1950) *“Quienes desconocen esta modalidad original, encuentran difícil imaginar cómo tres o cuatro instrumentos melódicos y otros tantos rítmicos, pueden moverse en la forma en que lo hacen en las agrupaciones de la naturaleza de la que nos estamos refiriendo [grupos de jazz], sin “chocar” y sin sumergirse en el abismo del caos. Pues, individualmente, cada elemento de la sección melódica de la orquesta crea su propio diseño”* (p.46)

En realidad cuando un grupo de música, un grupo de jazz por ejemplo, se dispone a realizar una improvisación musical, es común que previamente los integrantes tomen algunos acuerdos que sostendrán la creación o composición entre todos. Se definen por ejemplo, el *tempo* y la tonalidad en la que se articularán los sonidos para producir la improvisación musical. Sería difícil pensar en una composición grupal armoniosa, afinada y consonante, sin que existiera un acuerdo previo, o sin la dirección de alguien que proponga una línea melódica o rítmica por donde construir la creación.

En palabras de Ortiz (1950), la improvisación es posible cuando las distintas líneas melódicas de una creación espontánea *“se tejen y entretajan, se barajan y entrelazan, se superponen e hilvanan, y los instrumentistas desarrollan simultáneamente sus ideas musicales, sobre el cañamazo armónico conocido por todos los integrantes de la orquesta – siempre que éstos dominen a perfección el alfabeto y la sintaxis del idioma que hablan -”* (p.46). Como vemos, se requiere un

lenguaje común y “*cañamazo armónico conocido por todos*”, es decir, un plan, boceto o apunte compartido por el grupo que permita desarrollar la composición colectiva. La otra posibilidad es que la improvisación sea dirigida por uno de los instrumentistas quien “*cuida el equilibrio entre su diseño y los de los demás, que surgen con simultaneidad*”. (p. 46)