# **Violencia en instituciones psiquiátricas: el grupo como lugar de elaboración y resistencia.**

Claudia Barrueto[[1]](#footnote-1), Ernesto Bouey[[2]](#footnote-2),

¨Las personas que hablan de mi dicen, Rene se volvió loco de tanto estudiar y que es culpa de su vieja por hacerlo tener tan buenas notas...o por el carácter que tenia muy para adentro muy callado. Yo a los 16 años, cuando estaba joven me vino la primera crisis. Pero cuando el tiempo pasa, cuando ha pasado mucho el tiempo, uno se da cuenta que es una cierta forma de pensar diferente de los demás, de tener decisiones diferentes que otras personas...¨

Don Rene, grupo de la tarde

## **I. La Violencia de la institución psiquiátrica**

Abordaremos las condiciones de posibilidad de establecer un trabajo psicoanalítico desde lo grupal al interior de un hospital psiquiátrico, teniendo en consideración la reflexión sobre los efectos que la institución ejerce sobre quienes son parte de ella: usuarios y analistas.

Desde los años 50-60 la institución psiquiátrica ha sido cuestionada desde diferentes perspectivas y se han impulsado diversas estrategias para reformular los sistemas de salud mental. En Chile, desde los años 90, con la vuelta a la democracia y con sustento en la Declaración de Caracas (OPS & OMS, 1990) se impulsó un plan de salud mental que implicaba el abandono progresivo de los hospitales psiquiátricos y el impulso de un modelo de sistema de salud con base en lo comunitario (Minoletti, Rojas, & Sepúlveda, 2011). Aun así, el Instituto Psiquiátrico de Santiago, con un formato predominantemente asilar, continua siendo una institución articuladora del sistema de salud mental y centro de referencia nacional de casos complejos que no logran ser abordados por la red.

El Psiquiátrico mantiene modos de aproximación y tratamiento propios de instituciones descritas como totales por Goffman (2009) y concordante con las afirmaciones de Bleger (1966) respecto a que la institución reproduce la misma alienación de sus pacientes: “Los enfermos tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde totalmente, los contactos sociales se empobrecen, se llega a una monotonía con una fuerte deprivación sensorial, que refuerza y afianza la alienación de los pacientes” (Bleger, 1966, p. 91). En este sentido, Rojas (2011) se hospitalizó como paciente encubierto en uno de los sectores del Psiquiátrico de Santiago y, al exponer sus resultados, afirmó que al interior de la institución: “Existe una desigualdad de poder, además de una descalificación de su individualidad, que es vista como un fracaso o un error en el desempeño de la vida afuera, y que en definitiva justifica su aislamiento”. (Rojas, 2011, p. 29).

En cuanto a los efectos de la violencia institucional, hemos visibilizado que las personas que se atienden en la institución tienden a naturalizar el discurso institucional y su sometimiento a relaciones verticales, asumen que solo pueden establecer relaciones de amistad y amorosas con otros pacientes psiquiátricos, que no deben reproducirse y, muchas veces, evitan tener relaciones sexuales. Además aceptan pasivamente que no pueden controlar lo que los otros saben de ellos ni pueden decir lo que saben de los demás, no pueden cuestionar los tratamientos, indicaciones ni mandatos acerca de cómo hacer sus vidas. Se conforman así con su situación social actual y agradecen al hospital por todo lo que los ha ayudado (Bouey, 2017).

También a los terapeutas nos afecta la institución en la medida que, como afirma Hinshelwood (2001), es muy difícil observarla estando dentro de ella, pues influye de manera directa e inconsciente sobre sus trabajadores, impidiendo tener una imagen objetiva de lo que ocurre. Una de las principales consecuencias posibles de observar es que la violencia que ejerce la institución en sus múltiples formas, permanece no reconocida por los trabajadores, quienes no ven violencia sino procedimientos médicos o terapéuticos. La desazón y pérdida de vitalidad transita entre quienes son parte de los equipos de salud mental, con una aproximación oscilante acerca de las posibilidades de generar tratamientos en los que se sienta algún grado de satisfacción o éxito. La mayor parte del tiempo los tratamientos se tornan crónicos y se ve poca circulación o salida de los usuarios del hospital hacia la comunidad. Un artículo muy interesante que aborda el problema de la cronicidad de los pacientes jóvenes incluso entre quienes nunca han estado hospitalizados, realizada por dos psiquiatras de Asturias, Aparicio Basauri y Sanchez Gutierrez (1990), concluyen que lo que produce lo “crónico” no es el diagnóstico, sino que tiene que ver con la negación de las expectativas, el uso inadecuado de servicios y la resistencia terapéutica de los equipos. Afirman que el problema se encuentra en el tipo de relación entre terapeuta y paciente, pues se trata de una relación ritualizada y estereotipada que no permite cambios ni superar los conflictos internos de los sujetos. Señalan especialmente que la cronicidad tiene que ver con esta creación de dependencia al sistema asistencial. Estos autores son enfáticos en señalar que no todo sufrimiento es reducible a un cuadro nosográfico. Estas observaciones son muy consistentes con lo descrito por Main (1975, en Hinshelwood, 2001) respecto a que en los hospitales solo existen dos tipos de roles: de salud o de enfermedad. El staff es saludable, poderoso, activo y sabio y los pacientes son enfermos, sufrientes, pasivos, obedientes y agradecidos. Se da así una relación circular: los caritativos demandan que los otros sean necesitados y los necesitados que los otros sean caritativos.

Consideramos que la psicopatología psiquiátrica y psicoanalítica, utilizada de modo descriptivo, puede llegar a ser la piedra angular que soporta y justifica esta estructura que perpetúa la cronicidad. Los conceptos de comprensible y explicable (Jaspers, 1977) son utilizados en el contexto del hospital psiquiátrico de manera radical, de modo que producen una separación infranqueable para el acercamiento a las personas con diagnóstico de psicosis. Sucede que cuando un fenómeno psíquico no es comprensible desde ciertos motivos (personalidad, psicológico, ambiental), se asume que es incomprensible y por tanto habla de un proceso somático, explicable, desprovisto ya de la subjetividad de la persona. “La enfermedad del enfermo, pagara al médico el reconocimiento que le debe” (Foucault, 1973, 1974, p. 47).

Esta concepción permite que en algunas ocasiones los clínicos y las personas que prestan tratamiento y cuidado asuman que cualquier manifestación de ese paciente que se aleje a su comprensión inmediata sea una manifestación de una enfermedad o un defecto. Las consecuencias son que esos defectos deben ser modificados o inhibidos, el psiquismo se representa como un órgano al que le sobran partes o le faltan, la tarea es quitar o incorporar. En este contexto no es de extrañar que los tratamientos de las personas que dependen del psiquiátrico duren lo que dura la vida de esa persona y se justifiquen en que la patología es crónica trabajando para evitar “descompensaciones”. Lo mismo puede ocurrir en el caso de la psicoterapia.

Como alternativa, Chazaud (1980) justificaba la creación de comunidades terapéuticas con la especificidad de que el tratamiento no debe ir orientado a la eliminación de síntomas si no más bien a “(…) crear las condiciones en que el sujeto pueda recuperar un lugar responsable y relativamente autónomo dentro del campo social” (p. 14). Así también Oury (1998) mostraba la importancia de la libertad de circulación, del ambiente, del azar y los espacios de decir, como una manera de establecer verdaderos encuentros. Según Foladori (2010), sobre todo para el caso de los pacientes psicóticos, se hace necesario contener a través de la institución de una manera más sistemática la relación terapéutica.

Respecto a la pregunta de si se puede realizar un trabajo de análisis dentro de una institución psiquiátrica, desde nuestra experiencia pensamos que la escucha es posible en la medida que se logre sostener un dispositivo que genere un choque con lo instituido de la institución y se desprenda de la mirada proveniente del uso descriptivo de la psicopatología. Creemos que la mejor manera es a través de grupos horizontales de trabajo que permitan el diálogo entre todos los integrantes, especialmente en torno a la violencia de la institución y de las relaciones de dependencia que se dan dentro de ella.

A continuación expondremos algunas experiencias que permiten explicar mejor estos puntos, provenientes de dos espacios surgidos en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak: la Radio Estación Locura y el Grupo de la Tarde.

**II: Radio Estación locura**

La Radio Estación Locura se crea el año 2012 inspirada en la experiencia de La Colifata de Argentina. Para poder funcionar dentro de la institución el terapeuta debió definirlo administrativamente como un grupo de terapia, eso permitía justificar las horas de trabajo del terapeuta e incluirlo en las intervenciones clínicas descritas dentro de las prestaciones de la institución. Las consecuencias directas fueron que desde el hospital se comenzó a registrar asistencia y a exigirle compartir los procedimientos institucionales: hacer todo lo posible para que los síntomas de la enfermedad desaparezcan.

Como la radio estaba planteada desde la apertura al diálogo, donde todos tienen derecho a expresarse como gusten, a asistir si quieren o irse cuando desearan, al poco tiempo la radio fue puesta bajo escrutinio. Lo sorprendente fue que no solo los funcionarios comenzaron a afirmar que la radio psicotizaba a los pacientes, sino que otros usuarios comenzaron a molestarse porque la Radio dejaba a todo los usuarios del psiquiátrico como locos que hablan incoherencias (hay que aclarar que la radio en ese momento no había emitido ningún programa, entonces en realidad nadie la había escuchado). Destacamos esto porque desde el comienzo el hospital Psiquiátrico se resistió a la Radio y nosotros tuvimos que aprender a resistirnos a la Institución. El problema era que en ese entonces pensábamos como el hospital, éramos el hospital.

Como buenos aprendices de psicoanálisis, nos entregamos a escuchar en la radio, con la fantasía de entender algo más de la psicosis. Es cierto que hacíamos algunas interpretaciones que creíamos inteligentes, pero con el tiempo nos dimos cuenta que no tenían ningún sentido, luego reflexionamos que era porque solo escuchábamos lo que sabíamos que teníamos que escuchar. Lo relevante fue que al empezar a escuchar, y mientras el grupo se atrevía a confiar cada vez más, la realidad de la violencia institucional se develó (se corrió el velo), se hablaba de electroshock, de haber estado amarrados, de sentirse obligados a tomar fármacos, de someterse a sus terapeutas y médicos, en fin, en la radio se hablaba de lo que estaba prohibido hablar (por supuesto que cuando grababan programas al aire estos temas no se tocaban, ahí agradecían al hospital).

En ese proceso del grupo pudimos ver algo de eso de la locura descrita por Davoine y Gaudilliere cuando afirman que el delirio es un instrumento de investigación del quiebre en el lazo social (Gaudillière & Davoine, 1994). Muchas veces cuando alguien hablaba lo hacía desde su individualidad incomprensible, pero con el tiempo esa individualidad iba tomando forma y se hacía comprensible. Un ejemplo breve:

Uno de los integrantes de la radio solo hablaba de Supermán y se enojaba cuando otros hablaban de otra cosa. Lo molestaban diciendo que se creía Superman, le decían Clark Kent, pero él no se molestaba, le gustaba que lo nombraran así. Es difícil afirmar si es el delirio el que cambia o lo que cambia es la forma de escuchar, al parecer ocurre que ambas se van encontrando y se adaptan, como las muelas superiores con las inferiores. Ocurrió entonces que, sin darnos cuenta, para todos (incluso para él) era claro que se sentía tan abandonado, tan despojado de oportunidades, de saberes, de cariño humano, que soñaba con ser Supermán para que todos lo quisieran, “como el gran hombre que soy”. Pero ser Supermán también era ser todo lo que la institución y las personas que trabajamos ahí no éramos: “alguien con todos los conocimientos que solucionara la enfermedad mental”. Ese Supermán nos salvaría de la fantasía que representamos en el hospital, la fantasía de que en el hospital unos curan a otros y se ayudan.

### **III: Grupo de la tarde**

El grupo de la tarde, es un grupo de terapia de entre 8 y 10 integrantes todos con diagnóstico de esquizofrenia que es guiado por un líder o monitor de grupo que también tiene dicha enfermedad. Este grupo fue ¨concebido¨ al interior de una relación terapéutica que llevaba 8 años durante un periodo en el que se analizaba el fin de terapia. El paciente, quien se resistía tenazmente a esta separación sueña que la terapeuta está embarazada de él. Inicialmente el sueño es comprendido a modo clásico en relación a su transferencia amorosa, sin embargo, se pensó sería mucho más significativo la implementación de este deseo de cambio de posición al interior de la institución que una resistencia de la relación diádica analista-paciente, esto último habría sido represor y freno de su interés activo en producir salud en otros. Según la Rae en psicoanálisis clásico resistencia seria la oposición del paciente a reconocer sus impulsos o motivaciones inconscientes, la acción y efecto de resistir o resistirse. Es un obstáculo, asimismo resistencia la define como el ¨ Conjunto de las personas que clandestinamente de ordinario, se oponen con violencia a los invasores de un territorio o a una dictadura¨. (Rae, 2001). En este caso, resistencia es la fuerza de agruparse entre pares al interior de la institución en alianza con su otrora ex terapeuta para ejecutarlo.

Según Foladori (2010) el establecimiento de una alianza terapéutica de colaboración entre usuarios y terapeutas que al trabajar en la institución la representan es aprovechar la transferencia institucional que moviliza, a través de la implementación del deseo del usuario, transitar de la necesidad hacia el deseo. El acto de ejercer una voz y ser escuchada cobra el valor de entrecruzar poder y deseo. Según el mismo autor (2008) al analizar la experiencia de Bion en un pabellón del hospital psiquiátrico de Northfield concluye que una de las experiencias que más restituye al sujeto al interior de la institución y el elemento que puede favorecer que la institución provea salud en vez que enfermedad es aquella que aprovechando la transferencia institucional le permite al sujeto tomar decisiones acerca de sí mismo restableciendo el lugar de hacerse cargo de sí mismo, tomar responsabilidad en su tratamiento, en los quehaceres de su día a día, etc. En definitiva retomar en un ambiente que para el es protegido su posición de sujeto. El sueño y sus asociaciones podría pensarse traían a sesión contenidos del aquí y ahora relacionados con la relación terapéutica y la institución. Mostraba así, una rebelión contra la relación diádica jerárquica analista-paciente y el deseo de cambio de posición al interior de la institución para poder utilizar su experiencia y ayudar a producir salud en otras personas. Actualmente el grupo se reúne todas las semanas, algunos integrantes trabajan, se relacionan fuera del hospital e incluso recientemente se organizaron y fueron de vacaciones juntos a la playa.

**Conclusiones**

En las instituciones psiquiátricas muchas veces se piensan como resistencias las conductas de los pacientes que no siguen las indicaciones médicas. A veces, para algunos psicoanalistas, se conciben como resistencias las interpretaciones que no se centran exclusivamente en la realidad intrapsíquica o en la infancia de los pacientes. Para nosotros, siguiendo a Freud, la resistencia tiene que ver con la asociación libre (decir todo cuanto se venga a la mente, evitando la censura), y se observa cuando las asociaciones se detienen (Freud, 1912). Gracias a esa concepción hemos intentado escuchar más allá de la psicopatología, al modo de “sin memoria y sin deseo” (Bion, 1967) y nos hemos encontrado con que detrás de la locura, de experiencias como un delirio de ser Supermán o un sueño amoroso con la terapeuta, se esconde la aplastante realidad de la institución psiquiátrica que hace estragos en los sujetos que asila, pero también se encuentra la posibilidad de restituir algo del vínculo humano perdido.

Como dijimos anteriormente creemos que la escucha puede ser posible en la medida que se logre sostener un dispositivo que genere un choque con lo instituido de la institución y se desprenda de la mirada psicopatológica. El grupo al reunirse reconecta a los miembros y les permite sentirse mas seguros en cuanto a su capacidad de hacerle frente a la institución e incluir una tercera fuerza, el vínculo producto de este trabajo colaborativo y horizontal. La elaboración grupal y el trabajo conjunto que incluya una mayor circulación de roles, propone una tercera posición que sale de la posición binaria grupo contra institución y viceversa, es una posición que busca reconducirnos hacia una mayor autodeterminación que ponga limites a nuestro (analistas y usuarios) sentimiento de alienación al otro.

# **Referencias bibliográficas**

Aparicio Basauri, V., & Sanchez Gutierrez, A. E. (1990). Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *Revista de La Asociación*. Retrieved from http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15161

Bleger, J. (1966). Psicología institucional. In *Psicohigiene y psicología institucional*

Bion , W.R. (1967). Notes on Memory and Desire. *The Psychoanalytic Forum. Vol.*2:271-280.

(p. 43-). Buenos Aires: Paidos.

Bouey, E. (2017). Violencia hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico: la Radio Estación Locura como dispositivo de visibilización. *Revista Sul Americana de Psicología*, *V*(2), 244–262.

Chazaud, J. (1980). *Introducción a la terapia institucional*. Buenos Aires: Paidos.

Foladori, H. (2008). Bion y Rickman: La intervención institucional en el Hospital Militar de Northfield. In *La Intervención Institucional*. Santiago de Chile: Arcis.

Foladori, H. (2010). La asamblea general en las comunidades terapeuticas. *Castalia*, *12*(17), 15–26.

Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. In *Obras completas. Volumen XII*. Buenos Aires: Amorrortu.

Foucault, Michel. El Poder Psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica,2012.

Gaudillière, J. M., & Davoine, F. (1994). *Seminario Locura y Lazo Social*. Buenos Aires.

Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hinshelwood, R. (2001). *Thinking About Institutions. Milieux and Madness*. London: Jessica Kingsley.

Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Editorial Beta.

Minoletti, A., Rojas, G., & Sepúlveda, R. (2011). Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile. In M. A. Armijo (Ed.), *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia* (p. 231). Santiago: Royal Pharma.

OPS, & OMS. (1990). *Declaración de Caracas*. Caracas.

Oury, J. (1998). *Libertad de circulación y espacio del decir*.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*(22.a ed.). Madrid, España.

Rojas, H. (2011). *Sectores: Fenomenología de la vida social de un grupo de pacientes internados en un sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

1. Psicóloga clínica. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Sociedad Chilena de Psicoanálisis. Ichpa. Universidad Católica Silva Henríquez. [↑](#footnote-ref-1)
2. Psicólogo Clínico. Universidad Católica Silva Henríquez. [↑](#footnote-ref-2)