



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Construir puentes donde habitan muros

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autora: Samanta Teper

Legajo: T-1032/4

Docente Responsable: Ps. Quiroga, Víctor

Año 2023

Índice

Resumen y Palabras Clave.....Pág. 2

Introducción.....	Pág. 3
El inicio de un recorrido socio histórico	
Hacia la Ley de Salud Mental en la Argentina.....	Pág.
4 ¿Qué es la salud mental?.....	Pág.
6 Psicología Social y Psicoanálisis.....	Pág.
7 Instituciones: ¿Violencia y violencia simbólica son sinónimos?.....	Pág. 9
Hablemos de vínculos.....	Pág. 11
Hacia la comunidad terapéutica.....	Pág. 12
Abre caminos.....	Pág. 12
Rompiendo muros experiencia Radio La Colifata.....	Pág.
13 Reflexiones que atraviesan	
muros.....	Pág. 14
Bibliográficas.....	Pág. 16
	Referencias

Resumen

En el presente ensayo, nos propusimos indagar la labor de los psicólogos y psicólogas sociales en el proceso de re vinculación de internos dentro del modelo de comunidad terapéutica. En ese sentido, se evidenció que el rol del psicólogo se ha ido transformando a través de los años, como también los paradigmas de trabajo en las instituciones. Décadas atrás el paradigma médico hegemónico se impone contra la voluntad del sujeto, con el fin de reprimir y tapar el síntoma, con prácticas inhumanas sobre el cuerpo y la psiquis del individuo. Desde nuestro posicionamiento el paradigma de la Antipsiquiatría, consideramos de gran relevancia la implementación de la nueva Ley de Salud Mental para llevar a cabo nuestras prácticas como futuros profesionales. En función de esto se abordó el rol del psicólogo social, desde el paradigma de Antipsiquiatría, a los efectos de re pensar herramientas y métodos de abordaje dentro de la comunidad terapéutica que nos permitan promover la humanización y re

vinculación de los usuarios y usuarios, asegurando el derecho de protección de la salud mental y los derechos humanos, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria desde un eje de trabajo de horizontalidad, dentro de la institución.

Palabras clave: **Vínculos, Antipsiquiatría, Comunidad Terapéutica, Ley de Salud Mental.**

Introducción

En el presente ensayo, nos propusimos indagar la labor de los psicólogos y psicólogas en el proceso de re vinculación de internos dentro del modelo de comunidad terapéutica. En esta modalidad, inherente a la lógica dentro del hospital, se evidencia uno de los problemas que nos interpela como profesionales de la salud mental. El mismo se manifiesta en aquellos usuarios y usuarias que, a partir del proceso de institucionalización, han perdido su identidad, sus vínculos con la familia y la sociedad. Carecen de las herramientas necesarias para re vincularse con el exterior. Nos es significativo allí poder pensar y ubicar nuestro rol.

En ese sentido, se evidencia que el rol del psicólogo se ha ido transformando a través de los años, desde las instituciones cerradas, con un paradigma médico

hegemónico donde el único objetivo era silenciar al síntoma, aislarlo, reprimirlo; a la posibilidad actual de trabajo interdisciplinario, en instituciones, comunidades terapéuticas, posibilitando la integración del usuario con la familia, la comunidad, grupos, organizaciones, etc.

Cuando se emplea el término compuesto re vincular, supone la posibilidad de tejer simbólicamente redes vinculares reales: sociales, familiares, laborales, entendido como una forma de resignificar los lazos sociales olvidados y/o negados. Esto que, a priori podría ser considerado como una consigna general, se ha demostrado que la mayoría los proyectos creados en esa dirección han sido en corto o largo plazo, superados por todos los impedimentos que emergen de la no aceptación de la sociedad, en diferentes niveles de análisis, institucional, filial familiar, comunitario, estatal.

En función de esto, en el presente trabajo abordamos, a partir de la lectura de diversos autores registrados en libros, revistas y archivos documentados en páginas de internet, el rol del psicólogo social, desde el paradigma de Antipsiquiatría, a los efectos de re pensar prácticas que permitan promover la humanización y re vinculación desde un eje de trabajo de horizontalidad, de los usuarios y usuarias dentro de la institución. Posibilitar, habilitar las herramientas necesarias para enfrentarse al afuera. Construir puentes donde habitan muros.

El inicio de un recorrido socio histórico hacia la Ley de Salud Mental en la Argentina

Las ideas y el trabajo de Franco Basaglia, psiquiatra de Venecia, director del hospital psiquiátrico de Gorizia desde 1961 y después director del hospital psiquiátrico de Trieste (1971-79) (completó el camino cerrándolo) lo convirtieron en el verdadero padre de la psiquiatría sin manicomios. El 13 de mayo del 1978, exactamente hace 44 años, el Parlamento italiano aprobó la "ley Basaglia", que abolió los hospitales psiquiátricos, conocidos como manicomios y eliminó el internamiento forzoso. Desde

entonces las personas con padecimientos mentales recibieron pleno derecho de ciudadanía.

La ley Basaglia (1978) ley 180 fue la primera en abolir los hospitales psiquiátricos. Se debe su nombre al psiquiatra Franco Basaglia, que luchó varios años para conseguir este objetivo y que hizo cambiar la manera de pensar en la salud mental. Uno de los pasos más importantes que introdujo esta ley fue el fin de la constricción y del internamiento forzoso de las personas con trastornos mentales. El cierre de los manicomios fue gradual (había más de 90 centros entonces), y tuvo una excepción: los hospitales psiquiátricos penitenciarios, que se quedaron en función. Basaglia inventó la desinstitucionalización de las instituciones, fundamento de la experiencia de la reforma de Trieste junto a la Fenomenología con su atención a las personas, que, consiste en reformar lo interior, trabajando desde el interior de las instituciones que, con el tiempo tienden a cerrarse en sus reglas creando situaciones desproporcionadas y corruptas, para modificarlas o anularlas, defendiendo así los derechos de los ciudadanos. Esto precisa un trabajo interno y no solo una reforma hecha de lejos, porque el contacto día a día, va creando conciencia de los dispositivos institucionales, evitando inercias y generando cambios. Nos resulta importante destacar que Basaglia y sus métodos de trabajo fueron pioneros en los procesos de desmanicomialización, absorbido así como referente en distintas partes del mundo, pero principalmente en la que nos atañe, en Argentina. Fue considerado como el precursor en la práctica desmanicomializante, tomando su trabajo, obra y ley como ejemplo, por psiquiatras, psicólogos sociales y diferentes profesionales de la salud.

España también tuvo su ley Basaglia ocho años más tarde, en 1986, cuando se aprobó la Ley General de Sanidad con la que se inició una reforma importante. Pasados 40 años, en Italia se considera todavía la ley Basaglia como un paso decisivo y muy importante.

En Argentina en un contexto de lucha por los derechos de las personas padecientes, en la década del 50, el Ministro Carrillo propuso designar como enfermos mentales a quienes hasta ese momento se nombraba como "alienados", a fin de que se los trate como a cualquier otro enfermo. Inició una reorganización de los establecimientos de internación para que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias a fin de evitar la cronificación, propuso su internación en hospitales generales (Carrillo, 1949). También planeó una asistencia temprana en los Centros de Psiquiatría Preventiva considerados órganos técnicos de profilaxis de las enfermedades mentales y espacio de tratamientos ambulatorios.

En 1954 Se realizó el primer congreso argentino de esa disciplina y se creó la primera carrera de psicología universitaria. Por fuera de lo gubernamental un hecho de este período tendría mucha influencia en el campo de la salud mental en el país.

La innovación en el campo de la salud mental no provino del Estado sino de las fuerzas irradiadas a la vida social por la resistencia y movilización. Lamentablemente como sigue sucediendo hasta la actualidad, ejemplos que veremos más adelante, parafraseando al psicólogo social Antonio Moffat, "sin permiso y sin plata" reflejan la voluntad de hacer de determinado grupo social, de forma autogestiva, sin contar con la ayuda ni presencia del Estado. Así, cuando Mauricio Goldemberg creó en 1957 el Servicio de Salud Mental Comunitaria en el Hospital de Lanús se pobló de jóvenes de ideas políticas y profesionales críticas, parte de una generación que desarrolló

propuestas innovadoras realizadas por fuera o en las grietas de instituciones fosilizadas.

Este florecimiento sucumbiría ante el terror de estado en la última dictadura cívico-militar (1976-1983), precedido por la acción de fuerzas paramilitares Alianza Anticomunista Argentina, que se ensañaron con estas experiencias alternativas

teniendo que ser cerradas y desarmadas ya que corrían peligro. En ese período en la Argentina estaban funcionando diferentes comunidades terapéuticas, una de las más importantes, que fue tomada como comunidad piloto, fue la de la ciudad de Entre Ríos, organizada por Caminos.

Mientras comenzaba un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios de salud en general, virando hacia una lógica de mercado, en salud mental se desarticulaban las experiencias innovadoras, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición o el exilio.

Con el retorno a la democracia 1983 renació el impulso de transformación. Se elaboraron, con la asesoría del Dr. Mauricio Goldemberg, los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, y dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM).

La Provincia de Río Negro inició una reforma con enfoque comunitario que culminó en 1991 con la ley que establecería el cierre de las instituciones de internación. Este contexto aportó la confluencia novedosa entre Atención Primaria de la Salud con eje en su enfoque participativo y salud mental, dejando la semilla de la posibilidad de su integración.

En 2007 el informe "Vidas Arrasadas" del CELS y el MDRI publicitó la situación de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas en el país. Como conclusión de ese informe, que develó existencias sumidas en graves violaciones de derechos, se proponía crear una legislación que se enmarcara en el enfoque de derechos en políticas públicas, una propuesta del siglo XXI. La ley Nacional de Salud Mental, su posterior decreto reglamentario, así como los dispositivos creados para su implementación iniciaron un proceso con tensiones y puja de actores.

Luego de décadas de lucha, en la Argentina se promulga la ley de salud mental (2010) Ley N°26657, su posicionamiento epistemológico se construye sosteniendo determinada analogía con la Ley Basaglia (1978) Ley N°180. Nos resulta valioso motivar este recorrido socio histórico, para dar cuenta del camino sinuoso que se ha transitado hasta la promulgación de dicha ley, sendero por el cual aún queda por mucho por recorrer, principalmente en sostener la implementación de aquellos artículos que están escritos en la misma, a fin de que no se transforme en una mera utopía inabordable.

Consideramos como futuros psicólogos conforme a la prioridad dentro de nuestra labor en instituciones, la restitución de los derechos a los usuarios y usuarias dentro de las mismas. En el contexto actual de nuestro país, ¿es esto posible? aplicar los artículos de la ley en nuestra práctica profesional, ¿ejercerlos en el campo de la experiencia?

¿Qué es la Salud Mental?

En relación a lo planteado anteriormente, donde ubicamos a través del recorrido socio histórico, la lucha atravesada por conseguir la Ley de salud mental en la Argentina y los enfrentamientos por los derechos de los sujetos que padecen, frente a la hegemonía de los paradigmas médicos psiquiatras y sus métodos de opresión, invitamos al lector a profundizar en ¿Qué es la salud mental? Desde una mirada de la antipsiquiatría.

Muchas de las prácticas actuales se encuentran marcadas por la historia y el desarrollo anterior de la psiquiatría. La reclusión de las personas que padecen

actualidad. Desde las brujas de Salem hasta hoy, pasando por diferentes matices y modalidades, las personas con las llamadas enfermedades mentales han sido mantenidas fuera de la corriente principal de la sociedad, que marca y determina qué es bueno y qué es malo, qué es normal y qué no lo es.

Para analizar algunos puntos sobre la relación de la Salud Mental y lo Social nos es necesario remarcar la dificultad de definir el concepto de salud mental, ya que el mismo se encuentra enlazado a los diferentes modelos explicativos utilizados, sea por los criterios empleados para su definición o por la confusión reinante entre la definición de la salud y de la enfermedad, como categorías definibles una por la ausencia de la otra.

La Salud Mental podemos definirla como una construcción social, en la medida en que es la sociedad la que marcará qué es salud y qué no lo es. La salud mental para el pensamiento de Pichón Rivière puede ser considerada como una adaptación activa a la realidad, relación dialéctica y mutuamente modificante entre el sujeto y el contexto social. Todo lo contrario a una adaptación pasiva de normas y valores estereotipados mantenidos en la sociedad (Pichón Rivière, E, 1980). Salud mental en relación a la posibilidad de aprendizaje, del proceso creador, de la conciencia crítica para el descubrimiento de las propias necesidades así como también de las formas de resolver esas necesidades.

Para la psicología social, la salud mental posee una ideología subyacente conformada por dos aspectos fundamentales, la adaptación activa y la conciencia crítica, refiere con el concepto de adaptación activa a un contexto socio histórico determinado, y a una inevitable conexión que hay que establecer con él para vivir. Esta construcción de la salud mental, va a estar acompañada por la conciencia crítica entendiéndose como la capacidad creadora, transformadora, el reconocimiento de las necesidades propias, y a la comunidad a la que se pertenece. Conocimiento que va acompañado de la estructuración de vínculos que permitan resolver esas necesidades, vínculo en tanto contexto social y familiar.

La ley de salud mental Argentina entiende al sujeto como un sujeto de derecho, en el artículo 3 de la misma, dice que:

La ley reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley N°26657, 2010, p. 10).

En ambas referencias tanto de la Psicología social, como, en la ley de Salud mental hay un denominador común, en el cual es interesante colocar el acento. Esta semejanza que comparten, es la construcción de la salud mental, en tanto construcción social, y el reconocimiento del sujeto, con una adaptación activa, responsable de sí mismo, sus derechos y decisiones respecto a un tratamiento, priorizando la relación dialéctica del sujeto-contexto, por sobre el aislamiento y el acallamiento del síntoma.

Psicología Social y Psicoanálisis

En este apartado buscamos indagar en un análisis más profundo, explorando nuevas conexiones, entre la Psicología social y el psicoanálisis, por lo cual nos preguntamos; ¿Existe una rivalidad entre ambos? ¿Qué es lo que se pone en juego a la hora de tratar subjetividades? Nuestro propósito principal no es abrir una grieta, sino poner en tensión argumentos y teorías que entrelazan ambas corrientes y sus diversas miradas, teniendo presente que el punto de vista crea el objeto dijo alguna vez Saussure y cambio la forma de concebir la realidad.

Entendemos que, desde la perspectiva del Psicoanálisis la constitución subjetiva del recién nacido no se puede pensar como entidad aislada, ya que para dicha construcción es necesario además de un otro, un entorno social, de vínculos, y de las relaciones sociales que van configurando la organización de una trama en la vida del niño.

Remontándonos a lo más primitivo, a esos primeros momentos de vida Freud expresa en su obra que, como primer actividad psíquica, el desear termina en alucinar como búsqueda de una identidad perceptiva, una tendencia a repetir la vivencia de satisfacción, alucinar esa huella y volver a investirla (Freud, S, 1923). Este camino regresivo que ha sido tomado hacia la primer vivencia de satisfacción, sirve para ilustrar , para dar cuenta que, el aislamiento y/o encierro como tratamiento o posible cura, se derrumba, ya que el ser humano es un ser social desde el momento más primitivo. Es decir que ese niño sin un otro que libidinise a partir de la nutrición y la higiene no podría sobrevivir. Forzosamente es necesaria la ayuda de un objeto externo, en este caso los primeros objetos de amor y cuidado para la supervivencia del mismo.

Desde la postulación de la psicología Social el punto de partida es la hipótesis de que existe una relación dialéctica entre el sujeto y el mundo. El hombre es una construcción Socio histórica de una praxis. Cuando se dice: “El sujeto es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan” (Pichon-Rivière, 1971) Que los procesos psíquicos son la expresión de una relación dialéctica entre sujeto y mundo externo.

En la Teoría del vínculo Pichón afirma que la construcción del mundo interno del niño recién nacido, se establece su primera relación con los objetos, mediante una serie de procesos de introyección y proyección. Un mundo interno lleno de representaciones de los objetos externos.

Este autor realiza una observación al psicoanálisis, donde expresa que a pesar de ser el método psicoanalítico el que tiene más posibilidades de investigación en profundidad del ser, este ha contribuido escasamente al desarrollo de una psiquiatría social por faltarle confrontación y verificación necesaria, que, solo puede ser proporcionado por un trabajo social y de investigación. Así mismo afirma que es imposible realizar una labor en profundidad si se prescinde del método psicoanalítico, pero que es necesario por añadidura un trabajo social en paralelo, para que el método pueda tener operatividad científica definida y que se lo pueda confrontar y verificar.

En definitiva estas dos disciplinas, una psicología individual y una psicología social, se encuentran íntimamente relacionadas. Para ello se tomamos como referencia, los escritos de Freud, S, de una de sus obras más importantes como *Psicología de las masas y análisis del yo* para comprender la importancia de los lazos sociales en el ideal de cura, donde se instituye la imposibilidad de establecer una oposición entre psicología individual y psicología social, es decir que la vida anímica del sujeto no puede prescindir de la interacciones relaciones y de los lazos sociales con otros (Freud, 1921).

En tanto que, si forjamos un recorrido a partir de lo individual, de lo más primitivo de la constitución del aparato psíquico, con los primeros objetos de amor y de la necesidad de un otro para poder sobrevivir, podemos entender al psiquismo como producto de esas relaciones sociales.

La función del cerebro como producto social es a su vez cualitativamente diferente de lo biológico y de lo social. El psiquismo contiene leyes propias, no se le puede atribuir una localidad anatómica específica, pero si podemos formular que su actividad psíquica, está condicionada tanto por factores intrínsecos biológicos como

por factores externos sociales.

El ser humano tiene necesidades que se constituyen socialmente, en la actualidad hay diversas problemáticas relacionadas con la salud mental, algunas como la ansiedad, el stress, el burnout, consumo problemático, bulimia, anorexia .En este contexto social la salud mental necesita imperiosamente no ser pensada en forma

7

aislada como algo disociado sino como una construcción dentro de esta realidad que la condiciona y la define. La posibilidad de crear nuevas formas de respuesta a estas situaciones se convierte en el desafío de quienes elegimos esta profesión. Quizás el ponernos en contacto con la génesis de dichas problemáticas nos ayude a cuestionarnos acerca de nuestra práctica como futuros profesionales.

Instituciones: ¿Violencia y violencia simbólica son sinónimos?

Focalizándonos en el rol del Psicólogo dentro de la institución, en este capítulo queremos profundizar en un tipo de violencia, que no se encuentra a simple vista, sino, que, se halla velada y camuflada, que opera desde la profundidad las tinieblas y es posible encontrarla diversas situaciones.

La violencia y la exclusión se hallan en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad. “la violencia es ejercida por aquellos que están de parte del sistema, sobre aquellos que se encuentran irremediamente colocados bajo su dominio” (F. Basaglia, 1972, p.131). Es decir que las instituciones están basadas en una clara distribución de roles, y subdivisiones de las relaciones de poder y no poder. La familia, la escuela, la fábrica, la universidad, el hospital psiquiátrico. Esta clara distribución de roles en las relaciones se pueden observar en maestros y alumnos, patrón y obrero, médico y paciente.

Al hablar de violencia el espectro es muy amplio, generalmente la violencia que mayor impacto y reacción produce es la violencia física, porque es la que está a la vista en algunos casos, o deja marcas en el cuerpo. Pero existen también otros tipos de violencias, silenciosas, disfrazadas, como la violencia psicológica y la violencia simbólica.

Podemos encontrarlas en instituciones que van de la familia a la escuelas y fábricas, de las prisiones a los hospitales y psiquiátricos. Como consecuencia de finalidad educativa y laboral para las primeras de culpa y enfermedad para las segundas.

Otra subdivisión social, es entre lo bueno y lo malo, el sano y lo enfermo. La sociedad es quien determina estas divisiones, de manera activa o pasiva, generalmente se permite la exclusión del distinto, del raro, del enfermo, quien no entra dentro de los parámetros de lo socialmente instituidos, en manos de terceros. Estos terceros quienes ejercen opresión sobre los más débiles ocupan el pilar de poder en esta pirámide, podrían ser políticos, educadores, médicos, psicólogos y demás profesionales.

La sociedad llamada del bienestar y la abundancia ha demostrado que no puede develar abiertamente su rostro de violencia, por ello ha encontrado un nuevo sistema, extender la concesión de poder a aquellos terceros mencionados anteriormente, que lo ejercerán en su nombre y con profesionalismo, y seguirán creando nuevas formas de violencia y nuevos excluidos. De manera que el objeto de la violencia se adapte a la violencia de la que es objeto, sin llegar nunca a tomar conciencia de ello.

¿Cuál es nuestra postura como psicólogos frente a estas situaciones de violencia? Franco Basaglia sostiene un postulado, que lo plantea y utiliza en los hospitales psiquiátricos, el mismo expresa que la única solución válida para el

psiquiatra social o psicólogo, es en lugar de tender hacia las soluciones ficticias, hacer tomar conciencia de la situación global en la que vivimos, actuando todos a la vez como excluidos y excluyentes.

El autor plantea una toma de conciencia como profesionales de la salud, tomar conciencia de que también somos excluidos desde el instante que somos objetivados en el papel de excluyentes.

En relación al párrafo anterior nos permite pensar un ejemplo donde un ciudadano excluido de sus derechos, abandonado por su familia, que vive en situación de calle, no consigue trabajo ni techo, es un candidato perfecto para una internación,

8

por el simple hecho de haber tomado malas elecciones en su vida, tal vez, por no poder sostener los cánones socialmente aceptados. Sea o no un enfermo, este sujeto carga con una significación estigmatizante, que confirma la pérdida de cualquier valor social por parte del individuo. Es decir que dado que la enfermedad no es el elemento determinante de la condición del enfermo mental, como revelan los hospitales, manicomios en nuestro país, es importante analizar el contexto del paciente, dada su condición social y económica, su entorno familiar.

¿Se puede hablar de un diagnóstico objetivo? ¿No se trata más bien de una etiqueta bajo las apariencias de determinado juicio social? “La violencia simbólica es esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas expectativas colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas” (Bourdieu, 1999, p.173)”.

La Violencia simbólica es uno de los conceptos claves en la teoría de Pierre Bourdieu de ella se desprende una violencia que no es entendida como tal, una violencia que es velada, que no parece en sí cuando se ejerce y está también se lleva a cabo con la participación o anuencia de quienes son violentados. Para comprender un poco más de que se trata este concepto el autor hace referencia al sistema educativo el cual es un posible escenario de la violencia simbólica.

En diversas instituciones educativas los métodos de enseñanza que se utilizan se encuentran enmascarados por violencia simbólica, esta exigencia del conocimiento como si fuera total, acabado y ya listo para que el estudiante adquiriera, incorpore, reciba, como si fuese un recipiente donde el conocimiento se vierte y simplemente debe ser absorbido para luego repetirlo. Aquí puede distinguirse lo que plantea el autor, esta doble imposición de un arbitrario cultural impuesto como si fuera éste un universal, y sea incorporado de manera velada como si esto no fuera violencia ejercida.

¿De qué modo es posible pensar la reducción de la violencia simbólica? Bourdieu expresa que es inevitable desde el punto de vista ontológico la supresión de la misma pero, que sí es posible reducirla, lo cual resulta cautivador en su análisis para poder trasladarlo a una institución psiquiátrica, que es nuestro campo de acción, donde nos es potencial re pensar ciertos criterios adquiridos socialmente.

La violencia simbólica enuncia Bourdieu que se reduce en tanto se hace explícita, de esta forma se quita su poder, ese poder de imposición velado y oculto ya que, quienes participan de la violencia simbólica, los dominados, lo hacen mientras que la desconocen como tal. No hay un acuerdo consiente de tal imposición, simplemente la ignoran y participan en este juego social, donde se posicionan inmersos en este interjuego subjetivo.

El segundo aspecto crucial para reducir la violencia simbólica, aparte de reconocerla como tal, es precisamente la formación, en cuanto más este instruida una persona, cuanto más capital cultural haya adquirido, más difícil será imponerle una ideología, una única forma de ver el mundo.

Un sujeto que padece, y que ha padecido violencia de un estado ausente, de

una sociedad que mira para otro lado, de una familia que no puede convivir con él, al ser ingresado al hospital psiquiátrico, los psicólogos y psicólogas ¿vamos a seguir alimentando esa violencia sobre la persona, bajo el velo hipócrita de la necesidad de curación?, o, ¿podrían pensarse diversas propuestas, modalidades de adaptación, de trabajo comunitario, concebidas sobre bases esencialmente psicosociales y sociodinámicas?

Hablemos de vínculos

En relación a los postulados mencionados anteriormente y en la misma introducción a nuestro trabajo, hemos puesto el acento sobre termino compuesto re vincular. Consideramos necesario desarmarlo y exponer al término en sí mismo, a

9

partir de la Psicología social y de la teoría Psicoanalítica, el uso y la implementación del vínculo.

¿Por qué se utiliza el término vínculo? En la teoría psicoanalítica es más común usar la noción de relaciones de objeto. Relación de objeto es la estructura interna del vínculo. Un vínculo es entonces, un tipo particular de relación de objeto, la relación de objeto está constituida por una estructura que funciona de determinada manera. Este concepto ha sido trabajado por la corriente psicoanalítica durante muchos años, tomado por los primeros aportes freudianos, luego retoma y desarrolla la teoría de las relaciones objetales Melanie Klein, Enrique Pichon-Rievriere toma esta noción desde la psicología atomística, ya que esta estructura dinámica funciona accionada o movida por los factores instintivos, por motivaciones psicológicas.

El vínculo es una cosa diferente, que incluye la conducta. Puede definirse como una relación particular con un objeto. Hay dos campos psicológicos en el vínculo, un campo interno y un campo externo. Objetos internos y objetos externos.

Cada paciente describe su enfermedad a través de su propia experiencia y el profesional de la salud, a través de esta información construye determinada hipótesis patogénica. Si hablamos del vínculo transferencial, para el autor es un vínculo ficticio el que se da en situación de transferencia, donde el analista llega a tener las características de una figura anterior y tiene operancia en el tratamiento justamente por eso, porque a través de la transferencia se puede revivir el vínculo primitivo que el sujeto tiene con sus objetos primarios.

Una institución bien organizada tiene que contar entre sus secciones con la de investigaciones sociales. Cualquier situación de tensión particular que se desee investigar debe llevarse a cabo dentro del contexto social, es decir, en el afuera donde las cosas suceden, luego sucederá en el consultorio en la medida que el paciente repita en su situación transferencial las situaciones del afuera.

Pichón plantea en su teoría que existen tres dimensiones de investigación, la del individuo, la del grupo y la de la institución o sociedad, lo que da lugar a tres tipos de análisis, el psicosocial que parte del individuo hacia afuera, el socio dinámico, que analiza al grupo como estructura, y el institucional, que toma todo un grupo, toda una institución como objeto de investigación. El autor expresa que no existe una separación bien delimitada entre los campos de investigación, ya que los mismos se van integrando sucesivamente, (Pichón Rivière, E, 1985).

Una psicología de las relaciones interpersonales, considerada una psicología dinámica, construida con los postulados del psicoanálisis. Considerando de gran relevancia el acercamiento y el trabajo del psicoanálisis en las relaciones de objeto. Entendiendo que el sujeto se conecta o relaciona con el Otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y cada momento, que es llamada vinculo.

Hacia la comunidad terapéutica

Como vimos en el apartado anterior Pichón trabaja tres dimensiones de investigación, para nuestro trabajo nos resulta nodal sumar una cuarta dimensión que es la que aborda y detalla más en profundidad en su obra José Bleger.

A mediados de los 70, José Bleger en su libro *Psicohigiene y Psicología Institucional*, en el que expone *La Teoría de los Ámbitos*, sitúa el término comunitario en el ámbito más *externo*, más alejado de los ámbitos en los que suele trabajar la psicología y para lo que se forman los psicólogos y el resto de profesionales de la Salud. Según este modelo, será además el ámbito más *inclusivo*, por contener a todos los demás ámbitos; el psicosocial, el sociodinámico y el institucional.

Bleger nos advierte que si la psicología quiere ampliar su ámbito de trabajo, haciéndose grupal, institucional o comunitaria, tiene a la vez que reformar sus modelos conceptuales, y crear o adoptar modelos propios del nuevo ámbito, aunque pertenezcan a disciplinas ajenas a la propia.

10

La noción de Comunidad es abordado desde la Concepción Operativa de Grupos, Como un lugar-soporte de otros ámbitos: individual, grupal, institucional. Es el continente que soporta y guarda las otras realidades. Como el espacio Interinstitucional, es decir, analizando los fenómenos que se dan cuando dos o más instituciones se relacionan y/o compiten. Como una forma de contextualizar en el tiempo y en el espacio lo grupal, de dar historicidad y geografía al grupo y a sus esquemas referenciales. Y por último como un lugar de convergencia epistemológica, de los trabajadores, ciudadanos y diversos campos profesionales.

Es así que tras la exploración de esta cuarta dimensión que plantea el autor podemos comprender la operatividad de la comunidad terapéutica, entendiendo y superando el concepto de grupo como una mera suma de individuos agrupados en una institución. Descubriéndose un valor plus, un valor muy importante que aporta el funcionamiento del grupo en sí mismo.

Para el director de hospitales Franco Basaglia la comunidad terapéutica es un conjunto en el cual todos los miembros, enfermos enfermeros y médicos están unidos por un compromiso total. Un lugar en el cual las contradicciones de la realidad son el condimento de donde surge una acción terapéutica recíproca. El juego de estas contradicciones rompe continuamente una situación que, de otro modo desembocaría fácilmente en la cristalización de los roles. Vivir dialécticamente las contradicciones de la realidad es el aspecto terapéutico de nuestro rol.

Una realidad sin contradicciones, pasiva, fijada, organizada, le deja una sola escapatoria al usuario, la huida en la producción psicótica, el refugio en el delirio, donde no existe ni contradicción ni dialéctica.

Abre Caminos

Para comprender mejor la dinámica del funcionamiento de la radio la Colifata, nos resulta considerable contextualizar los antecedentes de comunidades terapéuticas alternativas autogestivas y a los precursores de las experiencias extra e intra muros. Raúl Camino, es un psiquiatra que desarrolló durante diez años la comunidad terapéutica de colonia Ciudad Federal en Entre Ríos. Quien junto con Carlos Campello han sido dos de los profesionales que crearon y llevaron a cabo modelos de terapia innovadora, atesorando como referentes propios a Pichón Riviere y Maxwell Jones.

Lo principal de estas terapias innovadoras fue que estaban adaptadas a la atención de la población más necesitada, con gran eficiencia y mínimo costo de infraestructura, esto era posible gracias a la originalidad en el uso de recursos alternativos. La asamblea al aire libre funcionaba como eje de la comunidad terapéutica, Alfredo Moffat ha concurrido a varias de estas asambleas, las cuales ha tomado como modelo referente para la organización de diversas comunidades terapéuticas a lo largo de los años, la peña Carlos Gardel, la Cooperanza entre otras experiencias que son las que anteceden a la Colifata en el Borda.

Alfredo Moffat estudió arquitectura antes de estudiar Psicología, dice que fue para cumplir el deseo de su padre, fue profesor adjunto de historia del arte, eso es lo que más recata de su paso por la carrera y lo cual también lo interpeló para trabajar sobre la locura, el arte como herramienta para la cura.

La Peña Carlos Gardel, Cooperanza, el Bancadero, son algunos de los nombres de las comunidades Coordinadas. Por Alfredo Moffat quien “sin plata y sin permiso”, uno de sus dichos celebres, ha logrado llevar adelante infinidad de actividades, proyectos y comunidades terapéuticas.

El arte y locura, el arte se creó para explicar lo que no se entiende. El amor y la muerte algo que la ciencia no puede explicar pero el arte sí. El arte se inventó para darle coherencia a lo que no tiene coherencia. (Entrevistas a Alfredo Moffat, 2012). El psicólogo de los pobres, de los excluidos, utilizó el arte como instrumento para reparar la locura, el tango, el folclore, las peñas, las asambleas a cielo abierto y el olor a

11

choripán como el mejor opioide que se pueda emplear. El Psicólogo Social expresa que la psiquiatría organicista biologicista utiliza herramientas represivas sobre los usuarios, en décadas anteriores a través del uso de electro shocks, baños de agua helada, lobotomía, y en la actualidad la indicación desmedida del uso del psicofármaco para acallar el síntoma. El uso del “chaleco químico”, no es terapia, es represión.

Pichón Riviere, Raúl caminos, Carlos Campello fueron los antecedentes y pioneros de la Psiquiatría Social en la Argentina, forjando así los cimientos para una nueva perspectiva, una novedosa alternativa terapéutica, basada en la humanización y restitución de los derechos de los olvidados, ofreciendo un espacio a los usuarios y usuarias para ser escuchado, brindándoles una participación activa dentro de la comunidad, acompañando y habilitando la posibilidad de resignificar la existencia de otro modo.

Rompiendo Muros experiencia Radio la Colifata

En la búsqueda, en la formulación de nuestro trabajo, haciendo un recorrido por múltiples experiencias elegimos abordar la experiencia de comunidad terapéutica en el hospital psiquiátrico José Tiburcio Borda, con la intención poder plasmar en el imaginario de los lectores el funcionamiento operativo de una comunidad y que el mismo pueda relacionar la teoría con la práctica, y de alguna manera imaginar el rol del Psicólogo en situación, acción, en contexto.

Esta experiencia que comienza con un grabador de voz en el año 91, ya 32 años de la vigencia de la radio Colifata conectando el adentro con el afuera. En principio no había una antena de radio, entonces Alfredo Olivera, Psicólogo de la comunidad terapéutica, grababa las preguntas de los internos y lo transmitía en una radio afuera, luego grababa lo que los oyentes decían y lo llevaba a la semana siguiente al hospital, de esta forma permitía al grupo ponerse en situación de oyente a través de la escucha, se retroalimentaba el debate, el dialogo y continuaba este hilo conductor con el afuera, fue la primer radio en el mundo en transmitir desde un hospital psiquiátrico.

El hospital psiquiátrico José Tiburcio Borda es un hospital a puertas abiertas allí se le regresa la humanidad y la identidad a los internos para su posible reinserción en la sociedad. Todos los sábados se abren las puertas para recibir visitas del exterior, en ese momento de encuentro y reunión resulta difícil distinguir quienes son los usuarios y quienes las visitas. El Dispositivo Radiofónico de Grupo Nómada consiste en externar el dispositivo radiofónico grupal del Hospital Borda para realizar intervenciones en Salud Mental Comunitaria, con el objetivo de favorecer el desarrollo de prácticas en salud por parte de la comunidad y desestigmatizar las representaciones sociales acerca de la locura.

Hasta el momento programas como la colifata tv y radio colifata han demostrado ser un éxito entre los pacientes. De esta experiencia abierta participan, psiquiatras psicólogos, acompañantes terapéuticos médicos, internos, ex pacientes, ambulatorios, personas que apoyan el trabajo de la salud mental, y es un espacio abierto a quienes quieran participar. El término colifata "colifa" proveniente del lunfardo significa loco querible. La base del existir de la colifata es esta conexión, este vincularse a través de los muros, lo cual como se menciona anteriormente comienza con un grabador, pero también se hacía a través de correspondencia, donde los pacientes recibían mensajes del exterior y los esperaban con ansias. Unas palabras de cariño y esperanza que ayudan a mitigar la soledad del aislamiento.

La radio ha contado con la participación de varios artistas quienes han acompañado y apadrinado este proyecto y quienes son muy queridos por los mismos internos, para nombrar los más destacados Manu Chao, Lalo Mir y Palito Ortega.

Más allá del acompañamiento que los pacientes reciben con el programa y sus avances en relaciones y re vinculación, hay una realidad que atraviesa a la mayoría, en el momento de pensar la externación, la posibilidad de alta, que es el aspecto

12

económico. Alfredo el creador de este espacio, comenta la posibilidad de financiamiento para quienes trabajan en la radio, que puedan realizar este trabajo y sea remunerado, ya que casi la totalidad de los pacientes atraviesan una situación de pobreza extrema y no cuentan con recursos para sobrevivir fuera del nosocomio. Las posibilidades son muy pocas para los que se enferman, ninguno consigue trabajo. Dos desafíos, ganar plata y poder ser parte de la sociedad y ayudar a mejorarla. Planean crear un proyecto de economía solidaria, vendiendo productos de las comunidades, fruta y verdura, para poder afianzarse en la sociedad. Romper la unión de locura y pobreza. Red de ayuda que se conformó a través de los oyentes. La locura va de la mano de la pobreza. Se puede estar loco y generar dinero. "no hay pobreza psíquica lo que hay en el loco, hay pobreza material.

A raíz de la necesidad de generar trabajo e ingresos para los usuarios, comenzaron a trabajar con micro emprendimientos en una economía social la cual implica, por un lado, la venta y difusión de producciones y co-producciones audiovisuales y radiofónicas así como también la venta de remeras, tazas, pines, gorros y otros objetos el merchandising colifata, y, por el otro, el desarrollo de la propia marca colifata y la comercialización de productos de terceros colectivos de la economía social solidaria con el objetivo de generar inclusión socio laboral y económica de los usuarios en tratamiento y de aquellos ya externados.

Esto permite, además, una intervención hacia el campo social en el sentido desestigmatizante y de creación de lazo o red social. El micro emprendimiento es parte del desarrollo del eje productivo de La Colifata.

Es por esto que la comunidad terapéutica La Colifata promueve la participación y reflexión comunitaria sobre temáticas concretas no sólo vinculadas a la locura, sino también relacionadas a problemas particulares y de carácter global como la contaminación ambiental, exclusión, pobreza, discriminación, acceso a servicios

básicos y participación ciudadana, entre otros. Así, permite en colectivos de personas con sufrimiento psíquico el pasar de ser objetos de la rehabilitación a ubicarse como sujetos de la promoción de acciones saludables en la comunidad.

Reflexiones que atraviesan muros

Durante el camino transitado por nuestro trabajo el término vínculo se encuentra fuertemente implicado en la problemática del mismo. Es una de las palabras clave junto Antipsiquiatría, Comunidad Terapéutica y Ley de Salud mental. Este concepto lo utilizamos de diferentes formas, simple y compuesto. El término puesto en tensión es, re vincular, ya que allí se encuentra implicado nuestro rol. Si hablamos de una posible re vinculación, es porque en algún momento existieron esos vínculos, que se fueron perdiendo luego de un prolongado aislamiento e internación del sujeto o por el mismo desvalimiento social. En tanto que, sin los vínculos no seríamos sujetos sociales, por lo cual en cierta forma tampoco seríamos seres humanos, ya que no tendríamos con quien interactuar, relacionarnos, comunicarnos, recibir y dar afecto.

Para la Psicología Social el término vínculo está compuesto por dos campos psicológicos, el campo interno y el campo externo, (el de las relaciones sociales), para el Psicoanálisis Freudiano la vida anímica del sujeto no puede prescindir de la interacciones y de los lazos sociales con otros. Por consiguiente los vínculos son tan valiosos que, sin ellos los sujetos atraviesan una fase de deshumanización.

Los procesos de deshumanización están íntimamente relacionados con los sistemas de dominación y poder y con la manipulación de la cultura de las masas. En general los sistemas autoritarios de poder son procesos de deshumanización de las personas en tanto son dominadas.

Se han detectado procesos de deshumanización metódica, como sistema de dominación, en diversos campos sociales. En algunas instituciones psiquiátricas se sostiene un mensaje de cura a través de diversos tratamientos y prácticas para una supuesta reinserción social. En realidad lo que sucede es un intento de exterminación

13

subjetiva a través de la sobre-medicación y las intervenciones físicas sobre los usuarios y usuarias.

Esta situación anteriormente mencionada, no implica que todas las instituciones manicomiales sean centros desubjetivantes pero, la realidad es que las hubo y las hay, es por ello que imploramos una real implementación de la Ley de Salud Mental en nuestro país. Aún cuando la Ley Nacional de Salud Mental establece que los manicomios deben cerrarse y ser reemplazados por salas en hospitales generales y por servicios basados en la comunidad, miles de personas en Argentina continúan encerradas en ellos.

Otro factor de gran relevancia que queremos remarcar, yace en la legalidad, en la institucionalidad que sostiene la defensa y restitución de derechos en los manicomios. La forma de reprimir es dentro de los marcos de la legalidad, la violencia simbólica es ejercida a través de la figura del médico o de un enfermero ocupando un pilar de poder socialmente aceptado. El mismo carácter intrínseco de las cárceles lo tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley.

La vida en estas instituciones se caracteriza por el hacinamiento, la falta de higiene y de intimidad, los malos tratos, la sobre-medicación y el aislamiento social. Las personas que viven en ellos están expuestas a prácticas deshumanizantes, sujetas a rutinas estandarizadas y se ven impedidas de desarrollar proyectos de vida en su comunidad.

Nos es pertinente destacar que, a pesar de los intentos deshumanizantes sobre los sujetos, soportando todo tipo de torturas, el vínculo es lo único que sostiene

la condición humana.

Resulta imprescindible la re educación de trabajadores de las instituciones como ha sucedido en diversos dispositivos de comunidad terapéutica mencionados a lo largo de nuestro trabajo, lo que plantea la Ley es claramente un cambio de paradigma, absolutamente necesario, donde es de suma importancia priorizar los derechos humanos de las usuarios y usuarias.

Considerar al sujeto que padece como un sujeto de derechos, activo y responsable de la medicación o tratamiento que se realice sobre su persona, es un pilar desde donde nos involucramos, con una perspectiva psicosocial para pensar nuestro trabajo.

Y aquí retomamos el primer y mayor interrogante que atravesó todo nuestro trabajo, ¿cuál es el nuestro rol como futuros profesionales, en ese proceso de re vinculación de los internos dentro de la comunidad terapéutica?

Valoramos a quiénes han construido dispositivos de trabajo dentro de las instituciones, posibilitando esos espacios de re vinculación y humanización, restituyendo dignidades desde diversas experiencias a lo largo de los años dentro de las instituciones. Desde nuestra implicancia elegimos la experiencia de la Radio la Colifata para poder dar cuenta de la función de nuestro rol en estos procesos, y que, además de la escucha y la palabra en una intervención terapéutica, como decía Moffatt, se sostiene la relevancia de involucrar el cuerpo, nuestro cuerpo. Hay situaciones donde no hay palabras, el discurso es vacío, o simplemente hablar no alcanza y es allí donde encontramos necesario trabajar con el cuerpo, poner el cuerpo en situación y en acción.

No obstante consideramos de suma importancia poder habilitar estos espacios de encuentro, de asamblea popular dentro de las instituciones, junto a grupos interdisciplinarios, trabajando a la par de otros profesionales de la salud, interactuando usuarios y usuarias, con personal de trabajo, familiares, parte de la comunidad. Para ello la urgencia de una real aplicación de la Ley de Salud mental y de los derechos humanos de los usuarios y usuarias. Continuando con el pensamiento de Moffatt, destacamos una de sus frases, que le brindan soporte a nuestro posicionamiento.

14

Si no hay comunicación, no hay proyecto compartido con otros. Si no podemos imaginar el con quien y a dónde vamos, desaparece el sentimiento y la expectativa compartida de la existencia. La incomunicación nos deja solos y al estar solos desaparecemos. (Moffatt, A, 2020).

En respuesta a nuestra primera pregunta, la cual dio lugar a la realización de nuestro Trabajo integrador final (T.I.F) entendemos que nuestro rol es poder habilitar estos espacios de encuentro, acompañando, acondicionando herramientas de trabajo y tareas, que ayuden a re construir subjetividades, a re vincular el adentro y el afuera, acompañar ese proceso intermedio entre la internación y la externación, intervenir en el proceso de re tejer redes simbólicas que se han perdido u olvidado, a razón de una internación prolongada o por el mismo padecimiento psíquico.

Si la comunidad terapéutica puede ser considerada como una etapa necesaria en la evolución del hospital psiquiátrico, no constituye por ello una finalidad, sino una fase transitoria. Que nos permita como futuros profesionales de la Salud construir puentes que atraviesen y rompan los muros, los de la desigualdad, de la violencia, de aquellos que vulneran derechos excluyen y olvidan.

Referencias Bibliográficas

Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona. Barral.

Basaglia, F. (1978). *Ley Basaglia/Ley N°180*. Italia. Ley.

Bleger, J. (1976). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires. Paidós.

Bourdieu, P. y J.C, Passeron (1994). *Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica*. Madrid. Editorial Popular.

Canal Encuentro (2021) El camino de la Colifata. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=LZj9Z46txoY>

Freud, S. (1915-1916). *Conferencia 14° El cumplimiento de deseo*. En Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu.

Quiroga, A, Racedo, J (1988). *Crítica de la vida cotidiana*, Buenos Aires, Ediciones Cinc.

Ley nº 26657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones*. Boletín Oficial nº 32041. Buenos Aires, Argentina.

Moffatt, A. (2004) *Sobre el amor la locura y la muerte*. Santa fe. Entrevista Revista de la provincia de Santa fe.

Pichón Riviere, E y Ana Quiroga. (1972) *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Buenos Aires, Área 3. Cuaderno de áreas grupales e Institucionales.

Pichón Riviere, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Pichón Riviere, E. (1981). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social 1*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.