



GRUPO Y GRUPALIDADES EN LA INSTITUCION MANICOMIAL

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía

Estudiante: Marcela Méndez Riffaud

Tutora: Asistente Mag. Psic. Cecilia Baroni

Montevideo, Uruguay

Febrero 2016

Índice

Resumen.....	PAG.3
1. Introducción.....	PAG.4
2. Un poco de historia de la llamada “locura“.....	PAG.7
3. El abordaje del padecimiento psíquico en la institución manicomial.....	PAG.11
4. Diversos recursos como mediadores: escritura, arte, teatro, radio.....	PAG.14
5. Lógicas instituidas y lo que puja instituyente.....	PAG.26
6. Consideraciones Finales.....	PAG.29

Resumen

En este trabajo se analizó la institución manicomial pública y cómo esta estigmatiza al sujeto que padece una enfermedad psíquica, oprimiéndolo. Y no solamente es oprimido por padecer la enfermedad psíquica sino por pertenecer a la clases trabajadoras más desfavorecida.

El manicomio contribuye a instaurar en la sociedad prácticamente en su totalidad el miedo hacia la locura, más allá de la lógica que la atraviesa, del delirio, del aislamiento y de la estigmatización que se le atribuye a su propio mundo. El padecimiento de estos cuerpos encerrados, capturados, aislados, los efectos que la institución produce y genera en estos seres tan temidos.

Se realizó un breve recorrido por la historia de la enfermedad mental y el encierro, además revisar qué sucede dentro de la misma institución y fuera de ella.

Por otra parte, se relevó cómo dentro de los hospitales, se han creado diferentes grupos y grupalidades que desarrollan y construyen herramientas para trabajar con estos sujetos que padecen no solo la enfermedad mental sino también el encierro y abandono. Estos trabajos pueden tener objetivos terapéuticos o no y otros ayudan a que la persona con padecimiento psíquico se empodere de su proceso de salud-enfermedad cambiando la posición de pasivo a una actitud participativa. Revocando la concepción de incapacidad y alienación, estimulando una actitud crítica del medio y la institución que forman parte; fomentando la producción de sentido y deseo en el sujeto con mecanismos de cooperación, participación y horizontalidad entre las personas que forman parte.

1.Introducción

La temática elegida se construye a partir de la inquietud que surge del lugar que ocupa el “loco” en el manicomio y la estigmatización que se le adjudica en la sociedad desde la mirada de la peligrosidad hasta el rol de “incapaz”. De esa noción inicial es que se van tejiendo diferentes cuestionamientos referentes al lugar de la institución como lugar de encierro y disciplinamiento, en donde se presenta la diferencia clara entre lo normal y anormal, así como el saber-poder de los técnicos, quedando el interno en un lugar de sumisión. No solo por el estigma de la patología, sino por ser parte de una población de vulnerabilidad socio económica. Se dará cuenta lo que implica estar internado, que es lo que la sociedad entiende que se interna en estas instituciones para sanar al llamado y tan temido “loco”. Estos cuerpos capturados por toda una organización de diferentes actores que atraviesan dicha institución psiquiátrica.

En la cultura occidental y a lo largo de la historia de la locura, tal como lo trabaja Foucault en 1967, los sujetos con diferentes padecimientos, los “locos” han sido vividos como amenazantes, generadores de miedos, supersticiones y mitos, de los cuales las diferentes sociedades y culturas han respondido a esta problemática de diferentes maneras como el exilio, la deriva al mar y otras formas, lo que ha ido dando lugar a lo que el autor define como “el gran encierro”, aislándolos así de la sociedad.

De acuerdo al abordaje de la institución manicomial se dará un enfoque apuntando a la crítica de las construcciones hegemónicas médicas y al saber-poder que se le adjudica a los técnicos, planteando que este distanciamiento con “el enfermo mental” ha sido una de las causas por las que se construye el estigma hacia la locura; quedando estructurada en un lugar de incapacidad, cronicidad y pasividad y de esta forma imposibilitando el desarrollo del sujeto; en contraposición al poder médico el cual queda instaurado en un lugar jerárquico trayendo como consecuencia el apoderamiento del cuerpo, clasificándolo dentro de la patología.

Dentro del análisis que se desarrolla en cuanto al estado de vulnerabilidad que vive la persona encasillada en la sociedad como “loco”, también el enfoque va dirigido hacia ese sujeto que no solo está etiquetado por un diagnóstico y estigmatizado en las relaciones sociales, sino que además forma parte de las clases sociales más vulnerables, trayendo como consecuencia un doble sentido de opresión (Moffatt 1974, citado en Percia 2004). Generando una persona que no logre sentido de crecimiento creativo ni crítico del medio,

producto de las escasas oportunidades de desarrollo que le otorga las instituciones publicas y la sociedad.

Se trata de cuestionar qué sucede con ese sujeto y su singularidad, pensando también cómo es vivido en las relaciones sociales y en los abordajes institucionales, qué oportunidades le brinda la sociedad y la institución de encierro para potenciar el crecimiento creativo donde pueda ser valorado por su capacidad de accionar y no visto como minusválido, carente de utilidad, enfocándose en sus aptitudes de creación, potenciando el aspecto saludable y habilitando su inserción social.

A partir de lo que se viene enunciando es que se trata de pensar cómo se logra potenciar estas habilidades anteriormente planteadas. La realidad es que no somos seres aislados, convivimos en instituciones, formando parte de la institución familia, instituciones educativas, sociales, entre otras. Lo interesante es lograr pensar al “loco” como el portavoz de construcciones y problemáticas familiares y grupales, siendo este no el “problema” sino el que lo expresa y el que lo vive, el emergente de una situación. Esto es uno de los elementos en donde se plantea el trabajo grupal dentro de la institución manicomial, siendo sujetos que vivimos dentro de un grupo y conformamos procesos grupales (Pichon Rivière, 2006).

Partiendo de los supuestos anteriores es que se analizan determinados recursos con los que se trabaja en las instituciones manicomiales, algunas herramientas que tienen que ver con el arte, la escritura y la comunicación.

Grupos o grupalidades y/o colectivos que pueden tener objetivos terapéuticos o no, que muchas veces pero de igual forma logran un efecto terapéutico en el sujeto. Lo que es importante a tener en cuenta es que a partir de la construcción de estas herramientas, se busca el desarrollo de la creatividad del sujeto, sin ser un objetivo de curación ni adaptación a la norma; el enfoque va hacia la mirada de la “adaptación activa” como lo plantea (Pichon Rivière, 1992) en el sentido de que el sujeto logra transformarse a si mismo y su entorno, dejando de lado las concepciones de la psiquiatría clásica en donde la adaptación esta relacionada con la conformidad de las normas sociales.

El Dispositivo comunicacional Radio Vilardevoz el cual se desempeña en el Hospital Vilardebó, es un grupo abierto y trabaja desde un encuadre móvil y apuntando al desarrollo y la construcción del sujeto como transformador de cambio; este colectivo apunta a la

participación activa del sujeto, utilizando el elemento comunicacional como una herramienta de producción de subjetividad. El abordaje de este colectivo en el presente trabajo se utiliza para dar ejemplo de grupalidades que conviven dentro de la institución manicomial, y se enfrentan continuamente a normas institucionales dentro del orden de lo instituido. El colectivo elabora a partir de la participación activa que promueve a los sujetos el sentido instituyente apuntando a lograr un sentido de autonomía y empoderamiento de sus derechos y de su proceso de salud-enfermedad.

El objetivo de la presente Monografía es poder dar cuenta de la opresión, discriminación, estigmatización y sometimiento que han tenido y tienen las instituciones de encierro en el sujeto con padecimiento mental. Y a partir de este hecho se construyen grupos y/o colectivos que superan e intentan romper con los parámetros institucionales de disciplinamiento y control, derrocando además la imagen hegemónica del técnico en la posición saber-poder. Y reubicando los roles desde una órbita horizontal, en donde el conocimiento se comparte sin quedar adjudicado a unos pocos.

Construyendo a partir de la escucha y del vinculo horizontal un sujeto con sentido de deseo que busque transformarse y transformar el entorno desde una participación activa, accionando en su proceso de salud-enfermedad, desde una mirada critica y constructiva de intensiones de cambio. Enfocado hacia el aprendizaje entendiéndolo como una adaptación activa a la realidad como se enuncio en párrafos anteriores, en el sentido de potenciar habilidades creativas en el sujeto. (Pichon Rivière en Zito Lema, 1992)

2. Un poco de historia de la llamada “locura “

Es necesario aludir al estudio que realizó Foucault (1967) sobre El Gran Encierro que es una construcción institucional del siglo XVII. Las autoridades de la época utilizaban el mecanismo de confinamiento para asumir a los desocupados y mendigos, con el objetivo de enmascarar la pobreza, tal es el caso que se les adjudica el trabajo obligatorio dentro de la institución; a los locos se le otorga cierta afinidad con los pobres es por esto que se los empieza a internar, la distinción entre los confinados va a estar dada por la incapacidad para el trabajo que será adjudicada al loco. Como señala el autor “En la edad clásica, por vez primera, la locura será percibida a través de una condenación ética de la ociosidad y dentro de una inmanencia social garantizada por la comunidad del trabajo”. (Foucault, 1967, p.64). Entendiendo con esta idea que la moral va a estar dirigida al valor del trabajo y a las “buenas costumbres”, en donde el loco queda en un lugar de exclusión producto de su incapacidad laboral. Lo que es a destacar es el lugar que se le adjudica, de un ser “sin razón” que convive en una cultura e institución que es dirigida de seres dueños de “la razón”, con la autonomía suficiente para ocultar, sancionar y castigar al loco y la locura.

Atendiendo a estas consideraciones históricas resulta interesante desarrollar el recorte que realiza De León (2005), de acuerdo a la concepción de locura, siendo vista como enfermedad mental a partir del surgimiento de la modernidad, dejando de lado las concepciones religiosas, siendo la enfermedad mental producida e intercedida por dimensiones institucionales a nivel sanitario y médico, como ser el manicomio, luego el aspecto jurídico estableciendo legislación y normas sobre tratamiento y juicios que tienen que ver con la incapacidad, y por último el entorno familiar y social, utilizando mecanismos de exclusión.

Dado que la locura fue transferida de concepciones religiosas a explicaciones técnicas, según el autor a partir de allí han abundado los métodos de tratamiento y se ha desarrollado más el control social; con el objetivo de guiar y dar sentido a quienes perturban la razón y el orden en la sociedad.

Así mismo con el nacimiento de la propiedad privada, generó la delimitación de lo público y lo privado, constituido por su propia normativa; es así que las acciones en donde los sujetos demostraban cierta desviación no siendo acorde con estas reglas, se condenaba, juzgándolo como un delito o como enfermo mental.

Se comienza a categorizar al sujeto en curable o incurable, en el tipo de tratamiento que se va a implementar y en las medicaciones que se va a utilizar.

Lo que resulta interesante del desarrollo socio histórico que realiza De León (2013), es entender el origen de cómo se va construyendo un estereotipo de sujeto en la sociedad y los niveles de marginación que va adquiriendo, por medio de un rol establecido y construido por otros.

Teniendo el encierro físico y mental, repercusiones negativas en la identidad y singularidad del sujeto. En el sentido además de la pérdida de autonomía donde una institución de encierro se apodera de su cuerpo y del espacio siendo estos elementos parte del tiempo institucional y no de la persona.

La sociedad Uruguaya en cuanto a las prácticas de las metodologías y objetivos terapéuticos han ido cambiando a lo largo de la historia. Se desarrollan dos períodos claves a lo largo del siglo XX, el primero tiene que ver con el “encierro del loco” que va desde 1879 a 1959, esta etapa consiste en el encierro de la persona con el objetivo de “recuperar” al “loco” para volverlo un ser “civilizado”, siendo productivo para el esquema económico y adaptado a las normas ciudadanas. Como lo plantea Cano (en Baroni, 2015).

Zito Lema (1992), toma a Pichon Rivière quien plantea que los comportamientos de los sujetos, están relacionados con conductas adaptadas, patológicas o normales, lo cual va a estar vinculado por un lado con un sistema de representaciones y por otro, con una estructura de relaciones sociales y de producción, en donde están sostenidas por el sistema de representaciones que dirigen las expectativas de lo que espera la sociedad de los sujetos.

Quién rompe alguna de estas normas, las jurídicas y la de salud (y en cierto modo también, es cierto, las normas estéticas), ligadas por su origen común (relaciones sociales, relaciones de propiedad) y una función compartida (control social) se hace acreedor, en nuestro sistema, a la misma sanción social. O sea, marginación y descalificación sistemática de sus actos y pensamientos. (p.78)

Según el autor las normas evalúan lo que tiene que ver con la adaptación del sujeto a la realidad, debiendo ser funcionales a las relaciones sociales. El criterio de salud es proporcional al de competencia social y a la funcionalidad en cuanto a los intereses de la clase dominante.

Lo importante es que muchas veces la etiqueta de “loco” está directamente conectada con normativas que representan a una clase dominante, en donde el sujeto que no cumple, con características adaptativas concretas, que le sirvan a la clase que se encuentra en el poder, queda en una situación de marginación y discriminación de sus actitudes y pensamientos.

Atendiendo a estas consideraciones, la salud mental y la locura están relacionadas con una construcción socio-histórica, en donde se le adjudica al loco el carácter de un individuo peligroso; dada estas características es que a lo largo de la historia se han creado instituciones de encierro.

Cabe preguntarse ¿Quiénes están habilitados a hablar, a decir?, ¿Cómo contribuyen a fortalecer determinados estereotipos en el imaginario de una comunidad?, ¿Cómo se producen los silenciamientos de algunos?, ¿Cómo se produce la separación y determinación de los discursos?, ¿Cómo se construye el encierro?, ¿En qué medida los espacios de encierro, el manicomio, se relacionan con los discursos silenciados? ,¿Cómo se gestó la relación entre locura y peligrosidad?, ¿peligrosidad para quién?, ¿que nos moviliza el loco?

Es necesario, referirnos a la conceptualización del diferente, mediante la teoría sobre la anormalidad planteada por Foucault, ya que, de alguna manera también construyen esta idea del loco como lo peligroso.

Foucault explica en *Los anormales* (1974-1975) que su presencia en el discurso no remite a los saberes de la medicina y el derecho en sí, sino a una práctica particular que adultera la regularidad de la institución médica y legal. Esta práctica, la pericia legal, propone un nuevo objeto de estudio, ya no “delincuentes” o “enfermos”, sino lo dicho, “anormales”. Este autor desarrolla el “proceso de normalización” (p.56) a partir de los dispositivos de ejercicio de poder. Menciona que estos aparatos disciplinarios, poseen efectos de normalización.

Determinamos entonces que para la postura foucaultiana, los conceptos de “normalidad” y “anormalidad” son en realidad discursos que sirven para acallar voces y borrar la presencia de aquellos que amenazan el status quo o la prosperidad de un grupo sobre otro, de una sujeto sobre otro.

Podemos establecer de esta manera, que se refiere a los mecanismos de silenciamiento que son generados en todo grupo humano donde existen divisiones por sentir amenazas ante un posible “otro”, una alteridad que representa lo diferente, que se puede perjudicar el equilibrio. Por este motivo, el autor, cuestiona los parámetros que se utilizaron a lo largo de la historia, realizando primero, una arqueología del saber, y luego una genealogía de los poderes. Interrogando de esta forma, quién determina quién es loco, quién debe ir preso y los motivos que conllevan esta adscripción y caracterización

Con respecto al poder, podemos establecer que el estudio de la anormalidad es una de las vías por la cual se instauran las relaciones de poder. Definiendo a alguien como “anormal”, con respecto a determinada norma, siempre se mide con respecto al otro, al normal, que es precisamente quien tiene el poder sobre el primero.

Como plantea Baroni (2015), ha habido desequilibrios en las prácticas y discurso en relacionados al saber y al poder, siendo la institución manicomial junto con el poder médico formas de disciplinar y reprimir al sujeto. Logrando como consecuencia el estereotipo, la marginación y el rol social del “loco” instaurándolo en el lugar de discapacitado y de violento. A su vez el psiquiatra quedando en un rol de sabiduría en cuanto al poder y saber de la cura del “paciente psiquiátrico”.

Estos agentes correctores, cuya ideología y personalidad autocrítica les impide incluir una problemática dialéctica en el vínculo terapéutico, establecen con sus pacientes relaciones jerárquicas en las que se reproduce el par dominador-dominado. Se incapacitan, así, para comprometerse, también ellos, como agentes-sujetos de la tarea correctora; llegan, en el mejor de los casos, a ser lúcidos observadores del acontecer del paciente.

3. El abordaje del padecimiento psíquico en la institución manicomial

Tanto el cuerpo y el discurso bajo las normas del control, esta relación distanciada insta al sujeto en el lugar de sometimiento necesario para los intereses de los técnicos e instituciones que históricamente han utilizado el saber-poder en beneficio propio, generando aislamiento, reduciendo a la persona a una clasificación de “enfermo psiquiátrico” en donde se encasilla de acuerdo al padecimiento. Como lo señala Percia (2004) en cuanto a que el éxito clínico va de la mano de la subordinación de la persona. El autor dice: “Las personas que pasan por el manicomio aprenden que pueden ser los locos que se espera que sean, pero que no conviene hacerse los locos con la autoridad” (p.37). Entendiendo a partir de lo que plantea el autor que el miedo y la docilidad que manifiesta la persona en el manicomio han sido utilizadas en la lógica manicomial como herramientas de poder institucional y técnico, en donde el sujeto queda supeditado a una doble situación de opresión.

Aquí es interesante lo que plantea Moffatt (1974), citado en Percia (2004) en cuanto a que el “enfermo psiquiátrico” padece la opresión por lo que vive dentro del hospicio y por la estigmatización en la sociedad, y por otro lado la opresión está dada por ser parte de la clase social trabajadora más sufridas y desiguales. En consecuencia la situación de opresión genera cronificación y discapacidad en la persona con padecimiento psíquico, haciendo que no logre reflexionar en cuanto a su autonomía y a sus capacidades.

Sobre las bases de las ideas expuestas, Goffman (1988), desarrolla el concepto de Institución Total:

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.(...) (p.13)

En referencia a la idea del autor, se reflexiona en cuanto al hospicio como una Institución Total, analizando el estancamiento y la imposibilidad de desarrollo que transita el interno, desde un lugar pasivo que comparte con los otros realizando las mismas actividades en donde se espera que todos hagan lo mismo y que se acaten determinadas normas que son productivas y funcionales para la institución.(Goffman, 1988)

Dicho autor dice: “La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo” (p.27). La idea del autor clarifica el lineamiento

de análisis en cuanto a que el individuo, queda despojado de su rol del pasado, experiencias, actividades y vínculos; sometiéndose a las leyes de la estructura manicomial, ajustándose a los tiempos de la misma y a la función pasiva que se necesita que el interno realice, sin estimulación ni habilitación que apunte a un sujeto crítico.

De León (2005) dice que:

Y si bien en los últimos años, el encierro manicomial ha dejado paso al control químico, lo que la locura tiene para decir se ha mantenido esencialmente en silencio. Sólo se ha escuchado la voz de quienes han podido producir y circular desde otros lugares como la producción artística o autobiográfica, quienes también han hablado por los anónimos. (Folle, Protesoni, 2002 p.123).

Tanto el control químico como silenciar a la locura, según palabras del autor, ha sido responsabilidad de los aparatos de dominación conformados por los técnicos, siendo cómplices de un vínculo vertical y autoritario en la intervención con el sujeto, en donde la ejecución de represión y de control construye en la persona un sentimiento de dependencia e incapacidad, calificándolo en muchos casos dentro de los parámetros de la cronicidad.

Siguiendo con la línea de análisis que se está desarrollando y pensando al sujeto que se encuentra en vulnerabilidad de condiciones en cuanto a las oportunidades que le brinda la sociedad; éste puede construir y potenciar aptitudes creativas y ser productor de cambio, con ayuda de un grupo que lo sostenga y valore, en donde se jerarquice los aspectos sanos de la persona. Siendo importante a partir de esta idea, citar la definición que da Pichon Rivière sobre lo que considera ser “sano” o “adaptado”.

Zito Lema (1992), toma a Pichon Rivière quien dice que:

En la medida en que entiendo al hombre como configurándose en una praxis, en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el mundo, que tiene su motor en la necesidad, la elaboración de un criterio de salud, que nosotros llamamos de *adaptación activa*, significa el análisis de las formas de relación del sujeto con el mundo, las formas que reviste esa relación constitutiva del hombre como tal. (p.85).

Entendiendo a la adaptación no desde la característica sumisa del término, sino desde la noción de un sujeto productor de cambio que por medio del aprendizaje construya y transforme la realidad.

El mismo autor afirma:

El sujeto está “activamente adaptado” en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo. (p.86).

Lo que se desarrolla con la ayuda del autor, en cuanto a la concepción de ser “sano”, es pensar el padecimiento psíquico desde una perspectiva en donde dentro de la enfermedad esta lo sano y dentro de lo sano se encuentra la enfermedad.

Al sujeto no se lo puede pensar aisladamente, buscando además una concientización del crecimiento que se logra a partir del intercambio con los otros. Por eso que para potenciar habilidades creativas, producir conocimiento, construir nuevas subjetividades en busca de la escucha y la inserción social, cuestionando saberes hegemónicos que generan estigmatización y rótulos, grupos que construyan identidad propia.

Está claro que hablar de grupos es muy amplio, por eso la idea es centrarnos en los grupos que funcionan en instituciones con diferentes herramientas de apoyo, grupos generadores de cambio y evolución en el sujeto. Si bien en la persona que vive el padecimiento psíquico, existen características de rechazo al ambiente externo y el intercambio con el medio no siempre es del todo dialéctico, lo importante es reflexionar que dentro del trabajo grupal, el encuentro con los “otros”, enriquece el aspecto sano, construyendo y potenciando comunicación creatividad y aprendizaje. Entendiendo que la persona puede ser transformadora de realidad, generando esta transformación aportes importantes en si misma y en su entorno todo.

4. Diversos recursos como mediadores: escritura, arte, teatro, radio

Siguiendo con la línea de reflexión que se desarrolla en la presente monografía es importante poder articular el arte y la locura, siendo el primero un elemento de elaboración y creación transformadora.

Entendiendo que existen diferencias con el sujeto “sano”, en el sentido de actitudes, aptitudes y dispositivo creativos en general. Pichon Rivière menciona en Zito Lema (1992) que:

En el artista “normal” el proceso creativo se da en forma controlada y es definitivamente temporario. En cambio en el alienado es más automático, más permanente y, en cierta medida, más necesario. La obra del alienado participa de las características del *pensamiento mágico*. La del artista normal no carece de magia, en tanto también él trata de ejercer un dominio y control sobre este mundo, pero no crea para transformar el mundo exterior de una manera delirante, sino que su propósito es “describirlo” a otras personas sobre las cuales trata de influir, teniendo la tarea un significado definido. (pp.129-130).

Pichon Rivière hace una distinción entre el artista “sano” y el “loco”, en el sentido del reconocimiento de la enfermedad mental. Con esto no se descarta lo que sucede ideológicamente en cuanto a que la norma preestablecida es aplicada y realizada por la clase dominante, para castigar la conducta de lo que se considera desviado, en donde las concepciones de normalidad y locura son demostraciones de poder de la clase dominante, como se expresó en líneas anteriores.

Lo que se ha destacar del autor, es que las obras de arte tienen diferencias claras en cuanto a un sujeto que transita por una situación patológica a otro que se encuentra “sano”. Logrando éste último producciones que van de la desintegración a la unidad, desde una estructura que puede ser desorganizada, este sujeto busca desarrollar y llegar a una integración, obteniendo la organización; a diferencia del “alienado” donde se puede observar características caóticas, poco dinámicas y comunicativas. El mismo Pichon Rivière en Zito Lema (1992) sostiene lo siguiente

(...) El arte típicamente alienado carece en general de valor plástico, no hay propuesta dinámica de cambio sino estereotipo; no hay unidad, sino caos, y no hay dificultad en la comunicación sino falta de comunicación. Admito, sin embargo, que estamos transitando aquí un terreno muy resbaladizo y no explorado totalmente. (p.136).

Cuando se reflexiona en cuanto a lo que tiene que ver con la adaptación activa como lo transmite Pichon Rivière, lo interesante a destacar es que la adaptación a la realidad es el proceso de construcción de la salud y uno de los elementos que contribuyen a ese desarrollo es el aprendizaje. Éste como herramienta que permite la posibilidad de cambio en el sujeto, buscando la de-construcción de nociones estigmatizantes establecidas culturalmente.

De acuerdo a las citas desarrolladas es fundamental para el análisis que se está elaborando, las experiencias que transmite el autor en cuanto al arte y la salud mental, teniendo en cuenta que desarrolla su teoría en el siglo pasado, con todos los obstáculos ideológicos y a nivel médico sanitario que tuvo que enfrentar, siendo igualmente a destacar el reconocimiento de lo que se necesita investigar en cuanto a la salud mental y los modos de expresión de la misma.

Es esencial reflexionar en cuanto a las diferencias artísticas que se visualizan entre sujeto “sano” y el “enfermo”, para poder considerar cuando nos enfrentamos a un sujeto “alienado” que logra desarrollarse y superar en cierta medida las barreras de lo alienante.

Partiendo de los supuestos enunciados es necesario reflexionar en cuanto a que en la locura se puede lograr aspectos sanos en donde se desarrolla la creatividad, teniendo capacidad de desear el objeto de creación; lo importante es poder pensar qué sucede con el paciente del hospicio, en donde no accede a oportunidades, porque las barreras del sistema lo limitan, obstaculizando su propia capacidad de libertad reflexiva.

En estas situaciones que padecen los sujetos, es imprescindible un equipo que sirva de sostén, el grupo que le permita sentido de pertenencia para su crecimiento personal.

El manicomio funciona como un obstáculo para la autonomía dejando al sujeto con un rotulo de “enfermo psiquiátrico”, en un estado marginal, sin poder de decisión, recluido en los muros y bajo prejuicios sociales. Como lo plantea Piazza (en Baroni, 2015):

(...) Es de importancia considerar que la construcción de la condición del ser paciente psiquiátrico se vale de conceptos alienantes cosificantes como el de ser “incapaz”, “peligroso o violento”, “no útil”, “no tener nada para brindar”, ser un simple receptor de políticas y estrategias en salud (s.p.)

De acuerdo a Piazza (en Baroni, 2015), los hospitales psiquiátricos tienden a homogeneizar las subjetividades de la personas, perdiéndose las características y

singularidades de cada uno, generando el rotulo y el estigma del “psiquiátrico” y con ello los mitos que se construyen en torno al “loco”, como un sujeto “inútil”, “sin tener para aportar” y que además hay que temer, en donde el mismo debe someterse a las políticas y prácticas de salud. La autora plantea que los muros del hospital aíslan al sujeto de la sociedad, dejando a éste sin oportunidades laborales y de capacitación, perdiendo vínculos, dejando a la persona desde el lugar de pasividad y sin posibilidad de acción.

Otra forma de inclusión de estos seres sufrientes en donde se los integra, se ríe, se trabaja con ellos es el Hospital Vilardebó, el cual es el I manicomio nacional que fue inaugurado en Montevideo en 1880 y rebautizado luego con el nombre del destacado forjador de la medicina y las ciencias naturales nacionales Teodoro Vilardebó, quien asistiendo a las víctimas de la epidemia de fiebre amarilla corrió la suerte de su gente.

En la época Colonial los llamados y etiquetados como “locos” eran marginados por la sociedad y vagaban por las calles mendigando siendo a veces detenidos y recludos en los calabozos del cabildo donde compartían la reclusión con personas comunes. La mayoría de las personas eran emigrantes provenientes del medio rural. En los diagnósticos de ingreso no corresponden a trastornos psicóticos: alcoholismo, abandono familiar, vagabundaje, oligofrenia, diagnósticos diversos. En sus orígenes el ejercicio de la psiquiatría estuvo sobre todo vinculado a la práctica forense. Fue hacia la segunda mitad del siglo XIX que se inició realmente la actividad psiquiátrica del país.

Algunas de las terapéuticas utilizadas en los dispositivos de encierro psiquiátrico en nuestro país aunque de origen francés, fueron las llamadas terapias “disciplinantes” del alma y el cuerpo.

Actualmente existe una redistribución a nivel del sistema de internación y una modificación funcional de la internación psiquiátrica. Se han consolidado servicios de internación en diversos hospitales departamentales del país, con hospitalización breve (promedio entre 7 y 20 días).

En el año 1996 las medidas implementadas por ASSE (cierre del hospital psiquiátrico Musto), reestructuración del Hospital Vilardebó como hospital de agudos, (redistribución de los materiales con despliegue de los centros de salud en la comunidad), marcan un salto en el desarrollo de los objetivos del PNSM. En los años sucesivos muestra un estilo de programa de asistencia en crisis (ACRI) con intervención en el hogar del paciente(nombrándolo de esta forma dado que pasa por la institucion manicomial, por eso

es que se produce un paciente), salas de emergencia, reducción del tiempo de internación, centro (hospital) diurno, reducción de rápida y casi completa de pacientes asilares, incremento de la ductilidad y la integración de recursos terapéuticos en la asistencia de pacientes ambulatorios, educación de los pacientes, sus familiares y el personal en el trato con los trastornos mentales, comité de ética hospitalario. Este proyecto pretende implementar un servicio que se convierta en una herramienta útil, de la cual el medio carece, que brinde una asistencia psiquiátrica integral a la persona en crisis y apoye a su familia, y en coordinación con una red de servicio de salud mental comunitaria, en un enfoque interdisciplinario para el ulterior seguimiento y tratamiento creándose alternativas validas y reales para las personas con estas dificultades intelectuales o no y social y también para aquellos sujetos que por su patología psiquiátrica deban permanecer bajo protección. En el mismo hay sala de lectura con personal que los recibe y con amor y paciencia realizan lecturas amenas e intercambios vinculares.

El enfoque que construyen los grupos que trabajan con dispositivos como ser el arte, la escritura o la radio no están dirigidos hacia una mirada de la cura, ni de exigencias adaptativas. Estas herramientas permiten el trabajo con las personas desde la perspectiva de una “adaptación activa” como lo transmite (Pichon Rivière, 1992) en donde la persona se transforman, y al mismo tiempo modifica el entorno, en oposición a los lineamientos de tendencia hacia la curación, como la psiquiatría clásica o donde los tratamientos intentan lograr la adaptación a la norma social. Por tanto estos talleres no siempre tienen un objetivo terapéutico, pero muchas veces pueden lograr este efecto en el sujeto. Aportan otros elementos que permiten características creativas, además de que también provee cambios significativos en el entorno. Pichon Rivière cuestiona los tratamientos adaptativos a la norma y a las exigencias de la clase dominante, la importancia al cambio y la posibilidad del sujeto de desempeñarse con pensamiento crítico dependerá de los objetivos de participación que habilita el grupo al sujeto que forma parte en la institución.

Como lo señala Giordano e Itza (en Baroni, 2015), planteando el cuestionamiento de la relación técnico-paciente, en busca de redimensionar por medio de nuevos dispositivos grupales la horizontalidad del vínculo, buscando de esta forma promover la autonomía de los sujetos siendo ellos mismos los constructores y trasformadores de su proceso de salud.

Como se observa no se trata de despersonalizar al sujeto, dentro de un determinado grupo, en donde no logre desarrollarse de forma singular, sino es lo contrario, lo importante

es que el grupo potencie la producción de subjetividad y el deseo de creatividad, en donde el mismo pueda desplazarse de verdades universalizadas que obstaculizan la evolución de la persona. Para ello es importante que el saber no quede instaurado en los técnicos desde una perspectiva de saber-poder, buscando cuestionar lineamientos científicos y hegemónicos siendo el sujeto con el padecimiento el que toma un rol en contra de los estereotipos, estigmatización y alienación, buscando ser transformador de la realidad, en el sentido de productor de su propio procesos desde una postura crítica-activa.

La construcción que se desarrolla tanto en el taller de escritura coopera al cuidado y contención del sujeto desde un relacionamiento horizontal, no de control ni de hegemonía del saber, tanto el conocimiento de los técnicos, como el objeto de mediación como ser el texto en el taller de escritura, se ubican en un espacio de sentido inclusivo apostando al desarrollo reflexivo y creativo del sujeto, habilitando el progreso hacia la autonomía.

A nivel regional existen propuestas terapéuticas que tienen como uno de sus objetivos el acercamiento a la comunidad a través del instrumento de la radio, buscando a partir de ésta el encuentro con los otros, construyendo lazos de comunicación, acción social y producción de subjetividad.

Uno de los colectivos comunicacionales que se desarrolla en el país es Radio Vilardevoz, el cual se crea a finales de 1997 en el Hospital Vilardebó, siendo un Proyecto Comunicacional Participativo y autogestionable, el cual está conformado por pacientes, estudiantes de psicología, docentes y psicólogos. El proyecto plantea un modelo de intervención alternativa como nos plantea Giordano e Itza (en Baroni, 2015), en donde se articulan diferentes campos disciplinares en referencia a los ejes de trabajo, como ser la Salud Mental desde una mirada de los Derechos Humanos, la Participación y la Comunicación. En la actualidad al colectivo lo conforman espacios grupales en donde se desarrollan diferentes objetivos, como ser: taller de escritura, taller de digitalización, la salida al aire en estudio, la salida al aire con fonoplatea abierta, Taller Central, Taller de Producción Radiofónica y Desembarcos.

El colectivo trabaja desde el desarrollo de un vínculo horizontal, en donde no existe un saber por encima de otro sino que uno de los objetivos es la inclusión de la diversidad dado que consiste en un grupo heterogéneo, permitiendo la transversalidad en los dispositivos grupales. Según señala Félix Guattari (1976, en Giordano e Itza 2015),

distingue el grupo-sujeto del grupo-sometido u objeto, donde el primero tiene la capacidad de enunciar y el segundo de someterse a la escucha.

De acuerdo con el autor, durante el acontecer grupal institucional pueden ir cambiando y transformarse tanto en sujeto como objeto. Los cambios del momento que transiten dependerán de las características instituidas que presenten (Guattari en Kaminsky y Varela, 2001).

Atendiendo a estas consideraciones se entiende al Grupo-Objeto dependiente que carece de autonomía quedando sometido a las decisiones institucionales, ausente de creatividad y de manifestación particulares. Se reconoce e identifica en relación a la institución que pertenece, y rechaza lo nuevo que pueda atentar contra los aspectos instituidos; de aquí se puede inferir que se desarrolla con ideas estereotipadas que se manifiestan en forma repetitiva y sin un trasfondo crítico. (Guattari en Kaminsky y Varela, 2001).

Por otra parte el Grupo-Sujeto construye sus propias leyes, su accionar particular y de otros grupos, busca elaborar una enunciación autónoma que lo identifique como agrupación. Se entiende a este grupo como potenciador de cambio en donde crea acciones instituyentes buscando cuestionar y cambiar las instituidas, construyendo lineamientos críticos que modifiquen la transversalidad institucional. (Guattari en Kaminsky y Varela, 2001).

Atendiendo a estas consideraciones, la Transversalidad es la dimensión que se desarrolla en las relaciones en las instituciones, en el sentido que el análisis de ella es el pasaje que transcurre del grupo-objeto al grupo-sujeto. “Se manifiesta sólo en los grupos que intentan ser sujetos de su praxis y trascender su existencia” (Guattari en Kaminsky y Varela, 2001).

De acuerdo a esta idea es que se trata de elaborar dentro del colectivo “Radio Vilardevoz” un lenguaje democrático en donde el saber no quede focalizado en el saber técnico, sino el lineamiento va en la articulación con los otros desde una postura participativa de construcción conjunta y de cuestionamiento a ciertas normas instauradas por la institución.

El hecho de deconstruir roles y lugares de poder que ya están establecidos, genera luchas y cuestionamientos continuos en el interior del grupo y en la institución.

Problematizar concepciones estigmatizantes y romper con el lugar del técnico “como el saber” y el lugar del sujeto con el padecimiento psíquico como “en pasivo y estigmatizado”, “loco”, “psiquiátrico” genera tensión entre la institución y la grupalidad la cual intenta transformarse de acuerdo a sus lineamientos político-social y su discurso propio y autónomo posesionándose desde la construcción de un grupo- sujeto. La elaboración de una mirada crítica hacia la institución busca transformar las nociones culturales que generan prejuicios y estigmas, condenando a la incapacidad, marginación, y al encierro.

El proceso de cambio de “paciente a participante” que se realiza en la radio, demuestra la intención y la necesidad de romper con la construcción socio-histórica del imaginario cultural del “loco”. “En Vilardevoz los participantes son los que llevan adelante la Radio y todo el dispositivo comunicacional siendo los que toman la voz en primera persona” (Baroni, 2011, citado en Giordano e Itza, 2015) s/p. Esta transformación ilustra el pasaje de lo pasivo del “paciente” como un sujeto sometido a normas y saberes técnicos e institucionales, siendo un vínculo en sentido vertical. Pasando a un rol “participativo” en donde el sujeto es activo y constructor de su proceso de salud y crítico de las políticas hegemónicas. Como lo plantea Giordano e Itza (en Baroni, 2015) s/p, “sujetos que se puedan empoderar desde su derecho a participar”, empoderamiento en el sentido del cuestionamiento de los métodos terapéuticos y del encierro, formas que han estado naturalizadas a lo largo de la historia. Buscando recuperar al sujeto de deseo en donde logre sentido de autonomía, identidad y pertenencia, estimulando habilidades creativas, siendo productivo y participativo de su propio proceso de transformación.

Los resultados de construir entre todos los miembros del grupo-colectivo la emancipación del sujeto, está sujeta al proceso grupal que se va construyendo, conformada por lugares que luego se transforman en roles en base a una tarea común, estos roles que no son concebidos como estáticos, sino que se desplazan de acuerdo al momento histórico que se encuentre el proyecto, se van adaptando de acuerdo a las habilidades y saberes que caracterizan a cada participante del colectivo.

De acuerdo a estas ideas es que se puede enunciar que Radio Vilardevoz presenta un encuadre móvil, en el sentido de intervenciones con objetivos de cambio y transformación. Como señala Florencia Piazza (en Baroni, 2015) s/p, (...)“Existen tantos tipos de intervenciones como particularidades de cada espacio. Cada espacio es un

dispositivo y genera dispositivos de intervención que le son propios, dependiendo de las circunstancias transcurridas”.

Piazza (en Baroni, 2015), toma a Deleuze (1990), quien plantea que

(...) se halla pues siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno de los bornes del saber, que nacen de él pero, asimismo lo condicionan. Lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos. (s.p.).

Entendiendo al colectivo desde un lugar en donde se trabaja desde lo heterogéneo y desde diferentes dispositivos, desde el compromiso con los otros y abierto a la demanda de lo que surja en el grupo; existe una construcción grupal donde cada participante tiene voz, en el sentido de importancia desde lo que se dice y se siente, construyendo un sujeto con conciencia de sus derechos y autónomo en donde desarrolle su propio proceso de salud-enfermedad desde la acción.

Como señala Piazza (en Baroni, 2015) (...) “La acción participativa aparece como la posibilidad que tiene la persona de moverse de ese lugar pasivo, poder tomar decisiones haciéndose cargo de ellas, a la vez que pudiendo preguntarse el modo en que se presentan”.

La acción participativa que trasmite la autora es lo que se busca, en donde la comunicación es una herramienta fundamental para el pasaje de ser pasivo al ser activo, de paciente a participante, habilitando nuevas producciones de subjetividad. El acercamiento a la comunidad a través del instrumento de la radio, buscando a partir de ésta el encuentro con los otros, construyendo lazos de comunicación, acción social y producción de subjetividad.

El colectivo de acuerdo a esta idea de dispositivo, trabaja como una unidad, pero desde organizaciones y funcionalidades diferentes y en distintos espacios que desarrollan, no un solo dispositivo de intervención, sino varios que conforman a la radio. Siendo la modalidad de funcionamiento el grupo abierto lo cual conlleva a diferentes situaciones que se generan a partir del encuentro con los otros, es así que se construye dentro del grupo la

idea de actuar desde el acontecimiento. Planteando un encuadre flexible dado que se entiende que el trabajo es desde la realidad y con el encuentro, esto hace que se deje de lado la rigidez del encuadre. Apuntando hacia dispositivos horizontales y estrategias de movilidad de acuerdo a lo que se presente.

De acuerdo al proceso grupal que se desarrolla dentro de las instituciones se intenta por medio del intercambio con los otros el cuestionamiento de los estereotipos y de saberes hegemónicos construyendo y potenciando aptitudes creativas, dejando de lado ideales de “curación de la enfermedad” como si fuera un elemento para extirpar. Como a continuación señala Pichon Rivière (2006):

El proceso terapéutico se propone como objetivo lograr una disminución de las ansiedades psicóticas básicas. En consecuencia, como terapeutas, no hablamos de “curación”, sino que intentamos disminuir un monto determinado de miedos básicos, de ansiedades, de pérdida y ataque, de manera que el yo del sujeto no deba recurrir al empleo de mecanismos defensivos que, estereotipándose, configuren la enfermedad y le impidan una adaptación activa a la realidad. (p.65)

Tal como se menciona en la cita, el sujeto sufre determinados miedos, los cuales tienen que ver con, el “miedo a la pérdida”, el mismo consiste en el temor que tiene el sujeto de perder el objeto ya existente, y “miedo al ataque”, en donde el objeto nuevo genera inseguridad al “yo” del sujeto. Son los productores del padecimiento y del sufrimiento, además de ser cooperantes en el espacio y tiempo terapéutico, se muestran de forma latente y manifiesta en el grupo.

Además de los miedos básicos, se vivencian también en el acontecer grupal, las ansiedades, estas surgen por la movilización de las estructuras, desarrollándose en la existencia o posibilidad de nuevos cambios. El autor nos da una clara definición: (...)“Ansiedad depresiva por abandono del vínculo anterior, y ansiedad paranoide creada por el nuevo vínculo y la inseguridad social consiguiente” (...) (Pichon Rivière, 2006, p.124).

Por eso que el objetivo del proceso grupal, es el intercambio con los otros, para evitar la rigidez del sujeto, buscando desarrollar la transformación de cambio.

Un ejemplo de técnica de abordaje que apunta a la expresión y a la transformación del sujeto es el arte el cual se ha ido formalizando como herramienta de trabajo en salud mental, una de ellas ha sido arte-terapia la cual estimula la elaboración manual apuntando a

la rehabilitación y de esta forma estimulando la reinserción laboral del sujeto. (Apud, Borges, Techera, en De León, 2013)

Atendiendo a estas consideraciones es que se buscan procedimientos en salud mental alternativos que fomenten la creatividad, el conocimiento, la reflexión, en donde la institución sea parte y evolucione en esta renovación. Como lo señalan los autores: “La posibilidad de ejercitar mente-cuerpo mediante técnicas de corte artístico permite a los sujetos desposicionarse de su papel de “objeto psiquiátrico” y asumirse como sujeto, además de desarrollar capacidades que puedan facilitar su inserción en ámbitos laborales y sociales en general” (Apud, Borges, Techera, en De León, 2013, p 206).

Dentro de este marco es que se debe elaborar tratamientos que apunten a la mejora de calidad de vida de las personas con el objeto de potenciar habilidades para mayor competencia individual, evitando la cronicidad y la internación (Apud, Borges, Techera, en De León, 2013).

Por ello es necesario que la institución brinde apoyo facilitando herramientas y recursos para la superación de las limitaciones que afectan al sujeto. Como señalan los autores a continuación: “Es fundamental que la persona fortalezca su autoestima, su capacidad de autocuidado, el desarrollo de su autonomía, y su identidad individual y colectiva” (Apud, Borges, Techera, en De León, 2013, p.211). Por ello es necesario que los grupos que trabajan con herramientas artísticas o de comunicación estimulen esta construcción en el sujeto, por medio de diferentes mediadores que pueden ser, el arte, radio, la escritura, entre otras, con el objeto de derrocar el estigma de “incapacidad” en donde el sujeto queda atrapado y encasillado en un rol de “enfermedad mental”, y esto trae como consecuencia segregación en las relaciones sociales, trayendo asimismo pobreza dada la carencia de oportunidades laborales. Como se señala a continuación:

En nuestro país, si bien las estadísticas marcan bajos porcentajes de desempleo, para las personas con padecimiento psiquiátricos las dificultades para obtener empleo y mantenerlo se extiende e intensifica, dado los procesos de estigmatización y discriminación que esta circunstancia produce, y a la vez la propia denuncia que realiza aquel/lla que no tolera más, ausentándose o siendo segregado/a. (Andrada, De León, 2013 p.184)

La discriminación y estigmatización que citan los autores, no solo trae problemáticas de desocupación, sino que además trae aparejado obstáculos para el relacionamiento social, permaneciendo en un lugar de exclusión. Por eso es que los mediadores

anteriormente mencionados ayudan a construir e intensificar redes sociales de integración entre los participantes además de potenciar aptitudes y contribuir a producir subjetividad estimulando la identificación grupal, la emancipación de los derechos y el compromiso con la tarea.

Esos diferentes espacios en instituciones colaboran para la rehabilitación con técnicas enfocadas a la expresión, una de ellas es el taller de lectura que se convoca en el centro Diurno del Hospital Vilardebó que se llama Sueños de Libertad, entorno a esta actividad el grupo pretende construir “espacios de encuentro” (Andrada, en De León, 2013, p.186), los autores nos plantean que en cada encuentro se producen acontecimientos, en cuanto a que el momento y el desarrollo del proceso es “único e irrepetible” (Andrada, en De León, 2013, p.186).

El acercamiento a las diferentes lecturas genera un espacio en donde los participantes con sus singularidades van construyendo encuentros ya sea con los textos como con la comunicación con otros; en la relación que se da entre los integrantes con el apoyo del mediador se permite problematizar sobre la vida cotidiana e ir desarrollando significado y sentido en los sujetos. (Andrada, en De León, 2013).

Desde la lectura e interpretación de determinado texto se incentiva la creatividad, buscando que los participantes escriban su propia producción colectiva generando la transformación de la práctica de la lectura de manuales ajenos, a la elaboración escrita particular; construcción que va a estar transversalizada por la historia personal, por como se vive y se piensa la salud y la enfermedad, la hospitalización, la amistad, el amor, la discriminación y el estigma. “Cada texto que leemos es un saber que nos desordena para cambiar el sesgo de la mirada, para co-pensar con el otro, para remover la estantería de lo instituido” (Andrada, en De León, 2013, p.191).

Es fundamental el entrecruzamiento de la verticalidad del sujeto, con la horizontalidad del grupo, siendo estos dos vectores esenciales, la articulación de estas dos unidades de trabajo, logran el desarrollo de la operatividad grupal y del sujeto.

Lo importante es pensar que cuando los procesos grupales apuntan a ser modificadores de cambios constructivos en el sujeto, transforman al grupo y al sujeto en sí mismo, logrando una mirada crítica y un pensamiento con libertad, estas características son las que le van a dar la herramientas para ser productor crítico y creativo de sí mismo y del entorno.

El desarrollo de este objetivo se encuentra transversalizado por una mirada crítica de las oportunidades de inserción social que se le da al sujeto con padecimiento psíquico, y al hablar de inserción lo que interesa es la palabra de ese sujeto, no la adaptación sumisa y dócil a normas institucionales y a saberes hegemónicos; el cuestionamiento al encierro, el manicomio como dispositivo represivo y de ocultamiento de lo que no funciona como lo esperable.

Como señala Percia (2004):

Denunciar la malignidad del encierro, la ferocidad de una comunidad de obediencia, miedo, humillación, castigo, el pesar de un cotidiano insensible ante el dolor, no basta para oponerse a la institucionalización psiquiátrica. Las psicosis no encuentran refugio en los manicomios. Ya se dijo: el furor que delira se considera descompensación. El ideal de la hospitalización es la docilidad. (p.33)

Ciertos y grupos y colectivos, intentan construir lógicas de lucha en contra de estigmas instaurados y saberes omnipotentes, en busca de una construcción de salud conjunta con el sujeto, potenciando y produciendo subjetividad.

La rehabilitación tradicionalmente era concebida como la adaptación a la norma en donde el sujeto queda establecido desde el ideal de la normalidad; en relación con la actualidad se busca que el sujeto restituya la autonomía de las funciones que ejecuta en la sociedad. Apud, Borges y Techera (en De León, 2013) Afirman al mismo tiempo que la construcción de la autonomía depende de nuevas prácticas que apuesten a este cambio institucional donde se cuestione el relacionamiento medico-paciente, en el sentido de que el usuario en vulnerabilidad de condiciones pasa de ser un “sujeto de derecho a un objeto de manipulación y control medico” (p.205) en donde la persona pierde el derecho a ser ejecutor y participante de su procesos de salud-enfermedad.

Se busca como consecuencia la reelaboración del modelo médico hegemónico con el fin de un vinculo horizontal y no autoritario, construyendo nuevas practicas de salud, con el fin de una participación activa y transformadora por parte del sujeto.

De acuerdo a esta idea del relacionamiento horizontal entre el técnico-paciente y las practicas y acciones institucionales es que se desarrollara en el próximo capítulo las noción de lo instituido hacia una construcción de lo instituyente.

5. Lógicas Instituidas y lo que puja Instituyente.

De Brasi (1990), señala que los procesos grupales en las instituciones están insertos en el entrecruce de tres elementos fundamentales; estas nociones tienen que ver con la verticalidad, horizontalidad y la transversalidad, habiendo sido mencionadas en el capítulo anterior; provienen de diferentes experiencias y contextos históricos; “La primera correspondería a la historia personal de los sujetos, la segunda a la organización temporal de cada estructura grupal y la tercera a las influencias institucionales que aparecen no sólo en lo manifiesto sino también en el latente de los procesos terapéuticos (encuadre, poder, dinero, sexualidad)” (p.37).

De Brasi (1990) en su artículo enuncia que el término instituyente viene del análisis institucional de R. Lourau y este concepto tiene que ver con características latentes (no manifiestas) de la institución, en donde la comunicación es más informal y se jerarquizan los vínculos afectivos y los procesos que se desarrollan entre los miembros. Por otra parte el inverso se llama instituido el cual tiene que ver con lo manifiesto, con aspectos más formales y estables, con el sector burocrático, jerárquico y normativo que conforma a la institución.

Según esta versión en cuanto a lo institucional que nos presenta la autora “Lo instituido trata siempre de frenar y controlar el movimiento instituyente. Por lo tanto, los análisis institucionales tenderían a producir un flujo constante entre ambos polos.” De Brasi (1990 p.42).

Este movimiento del instituido y el instituyente que se desarrolla es una de las versiones que se da en el acontecer institucional, también se plantea otra versión la cual es interesante también poder plasmarla para poder ampliar el análisis institucional. Entendiéndose a la institución desde un “conjunto de relaciones intergrupales. Es decir que se piensan como un intergrupo. Grupo de profesionales, de administradores, de usuarios, de personal de maestranza, etc.” (De Brasi, p.42). Según este modo de pensar a las instituciones, se aspira a la flexibilidad de sectores rígidos que están bloqueados por relacionamientos conflictivos que se han desarrollado. Se busca que se construya un libre desplazamiento de la información, potenciando de esta manera los procesos de subjetividad que tienen que ver con aspectos ideológicos, afectivos y políticos que están

transversalizados en las instituciones, y a partir de aquí se podría expresar los conflictos institucionales que se producen en las instituciones manicomiales.

Al analizar la situación del sujeto que vive o transita el espacio de encierro desde el lugar de interno, se hace necesario reflexionar en cuanto a ese lugar en que se deposita a la persona tomando un rol pasivo en donde acata y absorbe reglas institucionales, adaptándose y aceptando jerarquías junto a un sistema burocrático de estancamiento para el sujeto que lo padece. En donde la institución se adueña de su cuerpo y mente, etiquetando al sujeto y otorgándole la identidad de “enfermo mental”, exigiendo un determinado disciplinamiento y modo de comportamiento.

Como lo señala Piazza (2015):

(...) Los muros del hospital se transforman muchas veces en muros que aíslan de la sociedad e implican, de alguna forma, no poder hacer uso de los servicios, no acceder a las mismas oportunidades, estar desempleado y no recibir capacitación para el mercado laboral, perder vínculos, redes de sostén; y en términos generales un “no poder” como potencia y acción. (s.p.)

De acuerdo a esta idea se puede reflexionar en cuanto a las características instituidas que se desarrollan, en donde se observa una persona sumergida dentro de los parámetros de la estructura manicomial y sin perspectivas de cambios, sin accionar en su salud, establecido en un rol de sumisión frente las autoridades.

Si se analiza la idea, el orden instituido subordina al sujeto al lugar de incapaz e imposibilitado, sin conocimientos de su derecho y sin empoderamiento de los mismos.

Como señala Nelson De León (2005), “Quien juega ser el enfermo mental recibe justificaciones, observaciones y reconocimientos, que terminan produciendo la categorización, la depositación y marginación, el encierro y el olvido” (p.120). Según el autor el sujeto queda estancado en los tiempos institucionales, y encerrado en los muros y normas, desarrollando aislamiento con el exterior, adjudicado el estatus de enfermo mental y limitado en su capacidad de deseo y de ser. El individuo queda ubicado en el lugar de enfermo, loco e interno, se deja de lado su capacidad de productor de sentido.

De acuerdo a lo que puja a lo instituyente, como una estructura crítica que cuestiona la normativa dominante, y genera reflexión y construcción activa por parte de los integrantes del hospital, en busca de-construir su propio proceso de salud-enfermedad. Es interesante

preguntarse que sucede con los grupos o colectivos que intentan trascender estas normativas cerradas y disciplinarias y apuntan a la formación de un sujeto constructor y crítico de sus derechos, en donde cuestione las metodologías de tratamiento y las barreras instituidas, el estigma del loco y la locura y de como sobreviven a las barreras de la lógica manicomial. Como se desarrolló en capítulos anteriores, genera tensiones entre la norma y los grupos que producen y ejecutan acciones instituyentes. Como enuncia Giordano e Itza (en Baroni, 2015):

(...) Intentando analizar uno de los aspectos que instituye y produce a Vilardevoz como proyecto alternativo en Salud Mental y Comunicación, como colectivo que produce practicas instituyentes, podríamos destacar la alteración que ha producido y produce a partir de la posibilidad de sostener una “Causa” construida colectivamente entre coordinador y participantes (técnicos-usuarios, psicólogos-pacientes fueron algunas de las nociones que daban cuenta de algunos de los obstáculos epistemológicos a vencer), alterando el orden establecido así como las relaciones de poder. (s.p.)

Estas practicas instituyentes democratizan el relacionamiento técnico-paciente haciéndolo mas horizontal , en donde el técnico de-construye el imaginario del depositario del “saber” y el paciente del lugar “pasivo” y del desconocimiento.

La finalidad consiste en que el sujeto logre ser activo y desarrollarse y a partir de allí pueda producir y potenciar su creatividad; buscando como efecto la valorización de la persona, desde el aspecto de lo que desea comunicar y lo que logra construir como sujeto productor de sentidos, no como el “loco” carente de sentido, en donde está estigmatizado y “encerrado” en las verdades que tienen los otros sobre él.

Lo interesante es poder ver al sujeto desde un lugar de complementariedad con el otro, sin verdades establecidas, en donde el encuentro y la tolerancia a las diferencias sean el objetivo común en el acontecer institucional; jerarquizando sus potencialidades buscando que el sujeto logre desarrollarse, no desde un aspecto adaptativo siguiendo una perspectiva medicalizada, ni desde un objetivo dogmático y normativo, en donde deba complacer a su entorno inmediato y a la clase dominante. Sino desde un aspecto de crecimiento propio y de producción de su propio proceso de salud-enfermedad.

Lo que si se debe tener en cuenta que no todos los grupos que conforman las instituciones manicomiales habilitan que el sujeto sea transformador de cambio, que suceda este hecho depende de los objetivos grupales, de las características instituyentes que

presenta, entendiendo por esto a un grupo transformador de cambio, crítico de las leyes institucionales y constructor de sus propias leyes.

6.Consideraciones Finales

A partir de la construcción teórica que se desarrolló en el presente trabajo desde una visión histórica de como fue vista y padecida a la locura dentro de la institución manicomial como espacio de disciplinamiento y lugar de encierro es que se demostró el lugar que ocupa el sujeto en el encierro, como un ser que padece no solo la enfermedad sino que además convive con métodos de opresión y castigo, siendo la institución un espacio físico de control en que se deposita y se limita el cuerpo y el pensamiento desde las barreras institucionales hasta la utilización de fármacos.

Los métodos de confinamiento que se han utilizado como herramientas de encarcelamiento y encierro, han generado mitos, miedos y supuestos sobre la locura. Y no solo hacia los “normales” sino también incapacidad en el interno que padece el encierro y los prejuicios institucionales y sociales.

Tanto el maltrato institucional hasta el aislamiento del sujeto del mundo exterior genera estancamiento en su forma de verse como alguien capaz de accionar sobre si mismo y el medio. La institución ayuda a la marginación, silenciando aquello que tenga que decir la locura, el sujeto queda sometido a los tiempos de la institución a las reglas de la misma, en donde las singularidades no existen; se trata de un conjunto de seres que ocupan un espacio físico, transitan sin sentido, sin nada para aportar, no solo están abandonados por la institución sino que además por el mundo exterior que los juzga y los deposita en el encierro.

Los efectos institucionales desarrollan en el sujeto no sólo el padecimiento patológico, el ser “alienado”, sino además generan un sentido de discapacidad y cronicidad, esto provoca la falta de estímulo creativo, de incapacidad de pensamiento y de construcción subjetiva. La persona se desestima en todos los sentidos, sometiéndose a las lógicas institucionales; además la sumisión se encuentra acompañada de temores de abusos tanto físicos, químicos y psicológicos, por tanto en acatar las normas imperantes se esconde el miedo.

La institución manicomial la única evolución que fomenta es la de la propia patología, la marginación y la enfermedad crónica, asimismo revoca y limita los lazos con los vínculos exteriores. Sin duda estos vínculos muchas veces ya están rotos, producto del miedo y la molestia que causa el loco en la sociedad.

El hecho de indagar en los mecanismos manicomiales y en la historia de los mismos, estimuló a reflexionar sobre lo que ocurre con los grupos y/o colectivos que conviven dentro de la institución, los cuales buscan deconstruir en conjunto con el sujeto, dispositivos que ayuden a potenciar el aprendizaje con los otros.

Es así que estos abordajes ayudan a la transformación, incentivando el desarrollo reflexivo, y creativo; estimulando al sujeto de deseo y dejando de lado el lugar de “objeto patológico”.

La experiencia de la radio como dispositivo comunicacional, demuestra como el lugar de “objeto patológico” instituido se transforma en sujeto instituyente. Del silencio pasa a la comunicación, a formar parte de una radio en donde se escucha y lo escuchan.

El encuadre de la radio de grupo abierto permite el intercambio con los otros, es un colectivo en donde se interactúa, y se comparte. Entendiendo que los vínculos al ser horizontales, hacen que el sujeto no quede sometido al técnico. Esto contribuye a la libertad de expresión y de pensamiento, generando transformaciones.

El sujeto etiquetado dentro del rol de “enfermo mental” bajo las normas imperantes y sometido a los técnicos y sus estrategias de control. Logra un pasaje en cuanto a ser productor de sentido y deseo, el grupo con características instituyentes, promueve el sentido crítico.

Las barreras de tensión del orden instituido pesan y luchan contra lo instituyente que caracteriza al grupo, es interesante preguntarse cómo el colectivo Radio Vilardevoz logra permanecer dentro de la institución con estas contradicciones y tensiones, dada las características que mantiene como instituyente y como grupo-sujeto.

Más allá de este cuestionamiento se demuestra que ciertos grupos que se desarrollan en la institución manicomial luchan en contra de esas lógicas disciplinantes de opresión y estigmatización. Fomentando y construyendo en conjunto una política de empoderamiento por parte de los sujetos que la transitan.

Referencias bibliográficas

- Andrada, D. et al. (2013). Colectivo La Grieta: Salud mental y DDHH. En N. De León (Coord.), *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.180-195). Montevideo: Levy.
- Apud, I. et al. (2013). Proyecto de Arte y Rehabilitación: sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas del Uruguay. En N. De León (Coord.), *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.203-211). Montevideo: Levy.
- Baroni, C. et. al. (2015). *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Comp. (pp. 1-276). Inédito
- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nuevas Visión
- Campuzano, M. y Bello, M. (2004). *La psicoterapia de grupo en las instituciones*. Psicoanálisis y psicodrama: alternativas complementarias. México, D.F.: Editores Plaza y Valdés, S.A.
- Cano,A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En N. de León (Coord.), *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.107-123). Montevideo: Levy
- De Brasi, M. y Bauleo, A. (1990). *Clínica Grupal, Clínica Institucional*. Madrid: Atuel S.A.
- De León, N. (2005). ¿Por qué no hablar de la locura? En M. Folle y A. Protesoni (Comps.) *Tránsitos de una Psicología Social*. (pp.117-126) Montevideo: Psicolibros.
- De León, N. (2013). Crónicas y resonancias desde las implicaciones en el trabajo con el encierro, el arte y la locura. En N. de León (Coord.), *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 212-224). Montevideo: Levy.
- De León, N. y Kakuk, M (2013). Una disyunción política necesaria: Derechos humanos y salud mental. En N. de León (Coord.). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 65-77). Montevideo: Levy.
- Del Cueto, A. y Fernández, A. (s.f.). *El dispositivo grupal*. (pp.1-9) Recuperado de <http://www.biblioises.com.ar/Contenido/300/370/3%20El-dispositivo-grupal.pdf>
- Fernández, A. M. (1999). *El campo Grupal*.Bs. As.: Amorrortu.

- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1974-1975). *Los Anormales*. Curso en el Collège de France. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1924 [1923]). *Neurosis y Psicosis*. En Obras completas XIX, (pp. 151-159). Buenos Aires: Amorrortu.
- Giordano, M. e Itza, B. (2015). Los dispositivos grupales, radio Vilardevoz y su taller de producción radiofónica. En C. Baroni *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Enviado por la compiladora por mail.
- Giordano, M. (2015). Integración social de personas con problemáticas en salud mental y efectos terapéuticos en Radios Comunitarias: el caso de Espika FM. En C. Baroni *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Enviado por la compiladora por mail.
- Goffman, E. (1988.) *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu.
- Kaminsky, G. y Varela, C. (2001) *Grupo objeto, grupo sujeto*. Recuperado de https://scholar.google.com.uy/scholar?q=KAMINSKY+Y+VARELA.+2001&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Laplanche, J. Pontalis, J.B. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor
- Pavlovsky, E. (1980). *Clínica grupal I*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda
- Pavlovsky, E., Kesselman, H. y Frydlewsky, L. (1980). *Clínica grupal II*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda
- Percia, M. (2004). *Deliberar la Psicosis*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Piazza, F. (2015). Recorriendo el camino del dispositivo terapéutico de Radio Vilardevoz. En C. Baroni (Comp.). *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Enviado por la compiladora por mail.
- Pichon Rivière, E. (2006) *El Proceso grupal*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Zito Lema, V. (1992). *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière*. Sobre el arte y la locura. Buenos Aires: Ediciones Cinco.