

Entrecruzamientos. Una mirada desde el Psicoanálisis de los Procesos Colectivos.

Por:

Cartesio, G., Castiglione, V., Fierro, L., González Regadas, E. (coordinador) y
Pampillón, S.

• Introducción

Partiendo de un incidente acaecido en el curso de la psicoterapia de una paciente psiquiátrica, examinaremos los múltiples entrecruzamientos que van dándose entre la dimensión social, la institucional y la familiar, en el complejo y violento mundo de la década de los setenta, durante el pasado siglo. Veremos –aquí, en Uruguay- el lugar conferido a los pacientes y las instituciones de asistencia psiquiátrica y cómo esto impacta de modos diferentes a los sujetos involucrados (ya sean pacientes, técnicos o familiares de pacientes psiquiátricos).

• Un mundo violento, momentos violentos

Los años setenta estuvieron plagados de contradicciones: Fue un mundo dicotómico que hizo ingentes esfuerzos por mantener a raya la posibilidad de una tercera guerra mundial. No hubo una conflagración entre los dos grandes bloques del momento (la Unión Soviética y los Estados Unidos), pero surgieron en distintos lugares del planeta, guerras y guerrillas locales, dictaduras sangrientas y la aparición explosiva del terrorismo a escala mundial. Aparecen, además, los fundamentalismos, con su corte macabra de muertes y terror. Un mundo violento apenas contenido por el temor de una hecatombe atómica...

Si el planeta en vías de globalización se tornó un lugar inseguro, las instituciones sociales también vieron conmovidos sus cimientos (por ejemplo la familia tradicional) y dejaron de ser un refugio en un mundo donde la única certeza era la incertidumbre.

Las violencias de diferentes tipos pasaron a estar en lugares antaño considerados confiables, como la familia. También el mundo interno pierde su condición de último baluarte de la intimidad y pasa a ser, cada vez más, de dominio público. Ciertas instituciones tradicionalmente mantenidas en la oscuridad, como los manicomios, comenzaron a adquirir visibilidad y generar reacciones sociales muy contradictorias que fueron desde el acercamiento y la búsqueda de integración de los enfermos mentales en la vida cotidiana, hasta un rechazo y exclusión exacerbados.

Por ésa época, en Uruguay, todo este acontecer mundial parecía tener muy escasa resonancia y siempre en diferido. La única cara visible de las violencias, parecía ser la dictadura. Sin embargo, la fragmentación de nuestra sociedad también era notoria en hechos aparentemente “menores”, como el debate acerca del lugar de los pacientes psiquiátricos a propósito del posible cierre del hospital Vilardebó y su traslado hacia un nuevo hospital en las afueras de la ciudad (el Musto, en Colón). Este debate se hace

intenso, sobre todo, en los años que van del 75 al 82. En 1980, en ocasión del centenario del hospital Vilardebó el Prof. Murguía escribe una poética evocación del mismo que encubre una defensa del lugar: “el problema no es el manicomio”, dice, es “la locura, que por ser de todos y concretarse en ellos [los pacientes psiquiátricos] evoca tamañas repercusiones dramáticas en nosotros”.¹ El traslado de los pacientes se consuma en 1983 y el mismo Murguía escribe un alegato contrario al cierre del hospital Vilardebó.²

- **La penosa historia de una adolescente en una época difícil**

Claudina, de diez y seis años, fue internada en el Hospital Vilardebó derivada por el Consejo del Niño (hoy INAU), luego de un fallido intento de autoeliminación con valium y talio. Desde los quince años estuvo a cargo del Consejo del Niño porque no quería convivir con su madre; una mujer que ejercía el meretricio y quiso prostituir a la paciente.

Durante su internación psiquiátrica colaboró con las tareas de la sala y concurrió al Taller de Recuperación del hospital, demostrando interés en diversas actividades grupales y participando en tareas recreativas. El psiquiatra tratante a cargo de la sala donde ella estaba internada la derivó al Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP) “para trabajar su reinserción social”.

En la entrevista de ingreso con el psiquiatra del CNRP, Claudina hizo alarde de una actitud desafiante que, por momentos, canalizó alternativamente hacia su interlocutor y hacia sí misma. Relató estar angustiada, muy deprimida y lloró mucho. De su futuro dijo: “No lo veo para nada. Me gustaría dormir y dormir”. Se sentía sola, “muy sola y desamparada, incluso en medio de mucha gente”. Anteriormente había hecho varios intentos de suicidio (usando hipo-glucemiantes, cortándose las venas, ingiriendo arsénico). Cuando se ponía nerviosa gritaba, lloraba, se hamacaba y caminaba agitadamente sin rumbo ni propósito definido.

Claudina convivió hasta los doce años con su madre, abuelos maternos y once hermanos: “ninguno de nosotros conocimos a nuestro padre”. Eran todos hijos de padres distintos. A los doce años, y para eludir el meretricio al que su madre la inducía, se empleó como doméstica. Los fines de semana visitaba a su familia: “Mi madre no se ocupa ni se ha ocupado. Si me ve me abraza y llora, pero no es como las otras madres... Cuando me dijo *tenés que trabajar como yo*, el mundo se me vino abajo, ya no sabía donde estaba parada; sentía mucho miedo”.

¹ Murguía, D.: *La imagen del hospital Vilardebó. Influencia de lo subjetivo en ella*, Montevideo, Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 276, noviembre/diciembre de 1981, p. 262.

² Ver Murguía, D.: *El cierre del hospital Vilardebó*, en Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 287, setiembre/octubre de 1983, pp. 217-218.

- **Un camino incierto en una institución con un futuro incierto.**

El CNRP³ al que llegó Claudina era, por entonces, una institución “paraestatal” que funcionaba bajo un régimen jurídico mixto: tenía autonomía como sujeto de derecho privado, pero contaba con funcionarios públicos provenientes del Ministerio de Salud Pública y tenía asignado un rubro presupuestal en el presupuesto general de gastos del MSP. Era, por lo tanto, un lugar *dividido* entre “lo público” y “lo privado”.

El CNRP fue creación del Dr. Alberto Martínez Visca que, a pesar de su formación psiquiátrica clásica, descubrió en Alemania las bondades de la Psiquiatría Social y buscó, con el CNRP, impulsar un trabajo de características similares pero “a la uruguaya”. Como dijo Brito del Pino en su necrológica⁴: “Plasmaba su saber en acción inmediata, en realizaciones prácticas... Alberto Martínez Visca era un ejemplo de que *antes del Verbo, era la Acción*”.

En el momento que Claudina llegó al CNRP concurrían pacientes en su mayoría jóvenes (una edad media de veinticinco años). Tenían diversas actividades grupales durante ocho horas diarias. El tiempo de estadía promedio era de seis meses. Excepcionalmente los pacientes trabajaban en una psicoterapia individual; la que tenía objetivos y tiempo limitados. Era realizada por un psicoterapeuta⁵ de la institución y dentro del horario de funcionamiento de las actividades de rehabilitación (9 a 17).

El CNRP era acusado de ser “elitista”⁶ en la selección de pacientes en función de situaciones consideradas como excluyentes para participar en los grupos y en el trabajo institucional: por ejemplo, las descompensaciones psiquiátricas agudas y la tendencia a actuar violentamente los impulsos eran motivo de “baja” –al menos temporaria- del programa.

- **Trabajando grupalmente.**

Claudina permaneció tres meses concurriendo al CNRP y participando en distintas actividades grupales desde su ingreso (terapia ocupacional, expresión corporal, musical y plástica, expresión imaginativa y dramática y actividades recreativo-culturales). Luego siguió solamente con una psicoterapia psicoanalítica individual de objetivos y tiempo limitado a dos meses más. Durante su concurrencia al CNRP estuvo internada en el hospital Vilardebó por su intento de suicidio. Luego de su alta hospitalaria no volvió al Consejo del Niño, sino que fue a vivir a un hogar de religiosas católicas.

Las actividades de rehabilitación las efectuó integrando un grupo de ocho adolescentes, en su mayoría mujeres. Durante este período su conducta sufre oscilaciones múltiples.

³ Ver *Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica* en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, Montevideo, enero/febrero de 1978, No. 253, pp. 36-47 y *Cuadernos de Rehabilitación*, Montevideo, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, No. 1, 1990, 32pp.

⁴ En Revista de Psiquiatría del Uruguay: *Dr. Alberto Martínez Visca. Su fallecimiento*, Montevideo, septiembre/octubre de 1982, No. 281, pp. 183-84.

⁵ De formación psicoanalítica en esa época.

⁶ Esto no era así. Ver *Cuadernos de Rehabilitación*, No. 1, Cuadro 3 y Gráficas 2 y 4 muestran una variedad de diagnósticos psiquiátricos y una neta derivación de personas con carné de asistencia del MSP.

Asume el liderazgo del grupo y, simultáneamente, dice no querer concurrir más al CNRP que, según ella, quería retenerla “en contra de mi voluntad”.

En las actividades del taller de terapia ocupacional “menospreciaba sus producciones que realizaba con prolijidad y buena destreza manual”. Entre tanto, buscó apoyarse en otra paciente a la que conocía del hospital psiquiátrico y que se caracterizaba por ser revoltosa, “criticona” y promotora de conflictos. Llega a efectuar un disfrazado intento de suicidio cortándose las venas con un vidrio y simulando que “fue accidental”.

Al cabo de tres meses de estar en el CNRP le dieron el alta del hospital Vilardebó. Obtuvo un trabajo de limpieza en un edificio de oficinas. El equipo terapéutico del CNRP consideró que tuvo un cambio importante y favorable en su estilo de vida y en su comportamiento manifiesto. De acuerdo a esta evolución se le ofreció una psicoterapia individual para “ver si consigue mantener estos logros en su reinserción social y para trabajar su egreso” del CNRP.

- **Un cierto/incierto trabajo psicoterapéutico individual.**

Un psicoterapeuta⁷ trabajó con ella durante dos meses con una frecuencia de tres veces a la semana. Durante ese período Claudina no estuvo tomando medicación psiquiátrica. El psicoterapeuta relató que durante el tratamiento hubo un abundante intercambio emocional de ambas partes. Ocurrieron momentos difíciles en que sintió puesto a prueba su equilibrio y capacidad de tolerancia ante situaciones con un elevado monto de agresividad.

A continuación transcribimos algunos comentarios registrados por su psicoterapeuta que ilustran el transcurrir de las sesiones. Por ejemplo, “durante la cuarta sesión sacó su cédula de identidad de un bolso que traía consigo e intentó romperla; lo que se le interpretó como un deseo de destruir lo falso que había en ella para encontrarse con una nueva Claudina”.

- **Un incidente significativo.**

En las sesiones 13^a y 14^a pide al psicoterapeuta que le conceda “el papel”⁸ para no concurrir más a la institución.

Durante la sesión 16^a se tornó muy hostil increpando al terapeuta de ser “muy joven, inexperto y poco confiable. Como soy una retardada, nada va a cambiar...No sé por qué vengo, quisiera terminar de una vez por todas”.

En la penúltima sesión, haciendo un balance de lo transcurrido durante el tratamiento Claudina le muestra al terapeuta un *certificado* de su médico del hospital en que consta que “tiene el alta: Está en condiciones de trabajar -dice allí. No es necesario que concurra más a la institución” -refiriéndose al CNRP. Reitera su deseo que el terapeuta hable con el psiquiatra tratante del Vilardebó, porque puede haberle otorgado el certificado basado en datos aportados por ella “que pueden ser falsos, engañosos”. El día anterior al último encuentro con su psicoterapeuta, tiene una entrevista con el

⁷ Uno de los autores de éste trabajo.

⁸ Un certificado que la exonerara de seguir concurriendo al CNRP.

psiquiatra del CNRP para decirle, entre otras cosas, que se sentía “culpable por el certificado” que le habían extendido sin haberlo consultado previamente con su terapeuta institucional. Estaba arrepentida porque “capaz que ahora me están dando una oportunidad y yo la estoy desperdiciando”.

- **Algunos datos sobre su evolución.**

A dos años ⁹ de finalizado su trabajo de reinserción social, en dos entrevistas de seguimiento registran en su historia clínica que “su humor es estable, han desaparecido sus raptos suicidas y conductas impulsivas. Está más segura de sí misma. Es capaz de dar: le está enseñando a cocinar a una monja del residencial donde pernocta sin sentirse estafada por ella. [Lo que ocurría antes corrientemente]. Se ha vuelto coqueta, cuida de su cuerpo y trabaja como doméstica con una mujer sola, estando a cargo de su cuidado y de la cocina de la casa. Tiene numerosos amigos y comenta: *algún día me voy a casar*”.

- **El desafío de un Psicoanálisis de los Procesos Colectivos.**

¿Por qué un Psicoanálisis de los Procesos Colectivos? ¿Qué significa? ¿Qué aporta? ¿Es un nuevo nombre para algo ya conocido?

Intentaremos dar –o aproximarnos, mejor-, a dar alguna respuesta lo más sumaria posible para éstas interrogantes.

Por lo pronto el tema del **contexto**: del medio familiar y social en la génesis o promoción de la psicopatología de un paciente, es algo que ha estado en diferentes momentos sobre el tapete y generado muchos debates en el Psicoanálisis. Debates, como lo señala Green¹⁰ en un libro muy reciente, que aún continúan vigentes. En general, hoy día, todos aceptamos que el contexto social, histórico-político, cultural, institucional y familiar... incide (para bien o para mal) sobre la vida de los actores sociales o de los sujetos individualmente considerados. ¿Cómo hacer una lectura **desde el psicoanálisis** de éstos fenómenos que pertenecen a otro orden de discursos (científico-humanísticos, de las ciencias sociales, o de la historia)?

En principio, lo que nosotros proponemos es identificar *lo no dicho* o *no registrado con palabras* y que, desde el lugar de un inconciente conceptualizado como transubjetivo, incidió directamente sobre los sujetos más vulnerables y/o más aptos para hacerse cargo de sus efectos. Eso que en su momento no fue expresado con palabras, o que pasó más o menos desapercibido, es un **circulante**. Algo que atraviesa los diferentes discursos y espacios y tiene **resonancias**. Estas resonancias producen efectos sobre los actores sociales, familiares y/o ciertos sujetos individuales que, como decíamos, son los más aptos para registrarlos. Consideramos a estos fenómenos como **colectivos** por su naturaleza transubjetiva; por más que sean más visibles en un sujeto singular. El desafío es entonces, sin salirse del Psicoanálisis cuyo objeto de estudio es el inconciente, poder integrar en una lectura específica, significantes sintomáticos provenientes de campos diferentes y que nos impactan adversa o favorablemente.

⁹ 1978.

¹⁰ Green, A. (editor): *Resonance of suffering. Countertransference in non-neurotic structures*, Londres, IPA, 2007.

- **Reflexionando a partir del “incidente” del certificado.**

Centrémonos en el *certificado* pedido insistentemente por Claudina y su significación sintomática como un significante que circula, anuda y resuena en espacios diferentes al de la psicoterapia individual, con implicancias diversas.

Partamos de la situación de Claudina: una adolescente rebelde, impulsiva, suicida, violentada, que quiere encontrar su lugar en un mundo hostil y amenazante. El *certificado* le confería a ella un *poder*: el poder de inclinar la balanza entre la hétero y auto-destrucción, la vida y la muerte. Se trataba de encontrar en su existir, miserable hasta el momento, plagado de abandonos afectivos, desamor, rechazos y exclusiones, una alternativa diferente. En suma, “el certificado”: un poder al servicio de lo trófico o una reafirmación de su muerte psíquica. Una posibilidad de reapropiación de aspectos suyos, de su identidad, de su autovaloración narcisista, que pueda o no usar al servicio del crecimiento personal, más allá de cómo fuera el mundo en esa época. He aquí un hilo conductor, un “significante sintomático” que, desde lo individual, podemos ir anudando con otros registros sintomáticos que le irán dando cada vez más visibilidad a éste circulante transindividual.

¿Qué pasaba con éste tema del **poder** jugado entre la institución psiquiátrica, “el poder psiquiátrico”, como lo llama Foucault¹¹, y las incipientes modalidades alternativas al tratamiento psiquiátrico tradicional?

El CNRP tuvo un carácter pionero en la cultura psiquiátrica uruguaya en lo que hace a la creación de un espacio donde el énfasis estaba puesto en los aspectos “saludables” del enfermo mental y no en sus problemas psiquiátricos. De todos modos no era un lugar *revolucionario* en materia de asistencia psiquiátrica (tampoco podría serlo cuando el país estaba gobernado autoritariamente). El psiquiatra seguía siendo “la autoridad”, el que mandaba, coordinaba, derivaba, era informado, etc. Al CNRP solo se ingresaba “con un pase médico psiquiátrico” y, en la época, había quienes consideraban que no deberían haber diferencias entre psiquiatría y psicoanálisis tal como lo testimonia éste texto: “su actividad [la de los psicoanalistas] es naturalmente médica (aún cuando su método pueda aplicarse fuera de la enfermedad mental) y la evolución histórica de la psiquiatría es integrarse con el psicoanálisis, tanto para lograr una verdadera psiquiatría como para evitar la autodestrucción del psicoanálisis... Además de su formación específica, los psicoanalistas deben capacitarse clínicamente, hasta el momento que esté naturalmente integrado a la psiquiatría”.¹² Esta no fue una postura personal (aunque también lo sea), sino un ejemplo más del poder médico-psiquiátrico dominante en aquel momento.

El *certificado*, “el papel”, como lo llamó Claudina, en su dimensión interinstitucional, era el reflejo del poder médico-psiquiátrico sobre el CNRP que se posicionaba como una institución “no médica” o “menos médica”. Lo interesante es que el certificado de “alta” le fue conferido por un psiquiatra-psicoanalista que, en lo personal, se entendía muy bien con el psicólogo-psicoanalista del CNRP. Circulante sintomático entonces, del

¹¹ Foucault, M.: *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, FCE, 2005.

¹² Casarotti, H.: *Formación del trabajador en Salud Mental*, Montevideo, Revista Uruguaya de Psiquiatría, No. 252, noviembre/diciembre de 1977, pp. 215-228. La cita corresponde a la p. 225.

poder médico-psiquiátrico en detrimento de una alternativa de trabajo diferente al realizado por la psiquiatría tradicional del momento.

El hospital psiquiátrico replicaba la falta de libertad, el sometimiento, que tenían los ciudadanos uruguayos en esa época histórica. El poder psiquiátrico hegemónico corría paralelo con la estructura autoritaria del gobierno nacional y contrastaba con el modelo democrático de funcionamiento del CNRP. Por otro lado, éste era innovador: desde su forma de trabajo con un equipo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, maestros, profesores de educación física, terapeutas ocupacionales); hasta la concepción del tratamiento de la locura con el objetivo de reinsertar a los pacientes a la sociedad de un modo más autónomo, libre y respetuoso por las diferencias y trabajando con él en forma cooperativa.

Hay varios elementos que atravesaban inconcientemente a las instituciones de los años setenta y guardaban relación con un poder ejercido trófica o tanáticamente. Vemos que la sensación de incertidumbre vinculada a los vaivenes del poder que sufría la sociedad en su conjunto se repetía en las instituciones de asistencia psiquiátrica. En tanto el CNRP dependía fundamentalmente de fondos públicos, las opiniones del Ministro de Salud Pública sobre su eficacia, generaban incertidumbre respecto a la viabilidad de su propuesta terapéutica. La incertidumbre circulaba sin ser identificada claramente, pero no dejaba de afectar al equipo de técnicos; sobre todo los que pertenecían al MSP que tenían ver cancelados sus pases en comisión y así terminada su situación considerada “privilegiada”. Pero, ¿eran realmente *privilegiados*?

Claudina era denunciada en el CNRP como teniendo el “privilegio” de una psicoterapia individual respecto a los demás pacientes que no la tenían. Podemos decir también que el CNRP, como institución de salud mental durante el período dictatorial, gozaba del “privilegio” de funcionar sin controles y con total libertad técnica y administrativa. ¿Era un privilegio? ¿O correspondía que fuera así? En esa coyuntura histórica fue un privilegio. Podríamos preguntarnos si estas excepciones y privilegios corrieron a favor o en contra del tratamiento de Claudina. Nosotros pensamos que fue a favor de un proceso que habilitó un espacio de vida psíquica, alternativo a los impulsos de muerte que la paciente ponía en marcha con sus intentos de autoeliminación.

En este caso, la institución fue trasgresora en el sentido de un acto de creación; ejercicio trófico del poder de instituirse como tal, de crear un espacio al servicio de la preservación y enriquecimiento de la vida psíquica de la paciente y de todo un proyecto institucional alternativo a la psiquiatría tradicional. Estas trasgresiones fueron positivas en tanto dieron lugar al desarrollo de nuevas técnicas psicoterapéuticas (por ejemplo, **la expresión imaginativa y dramática en grupos**)¹³ surgidas de un cuestionarse y replantearse los dispositivos terapéuticos y el modo de entender lo que estaba pasando sin quedar atados al modelo hegemónico del psicoanálisis y la psiquiatría de la época.

En definitiva, Claudina fue “una privilegiada” por tener una psicoterapia individual o, simplemente, se benefició con lo que hoy, aquí, nos planteamos como **un derecho universal**.

¹³ González Regadas, E.: *Activación del paciente psiquiátrico en rehabilitación mediante expresión imaginativa y dramática en grupos*, Montevideo, Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 246, noviembre/diciembre de 1976, pp. 22-37 y *Lo colectivo y lo individual en un grupo de expresión imaginativa*, Montevideo, Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 249, mayo/junio de 1977, pp.88-109.

- **Para cerrar.**

El **Psicoanálisis de los Procesos Colectivos** nos permitió, a partir de un incidente con un alto valor sintomático, develar el significante circulante en forma transindividual en el momento histórico que se efectuó la psicoterapia de Claudina. Nos permitió ver cómo se puede integrar y enriquecer la comprensión de ésta situación desde una perspectiva atenta a los propósitos del Psicoanálisis: el funcionamiento del inconciente, sus formaciones y efectos sobre los sujetos y los contextos cotidianos.

Bibliografía de la época -no citada en el texto, pero tenida en cuenta:

1. Bleger, José: *Psicohigiene y Psicología Institucional*; en particular los Capítulos II, IV y V, Buenos Aires, Paidós, 1976.
2. Bleger, José: *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*; especialmente *El grupo como institución y el grupo en las instituciones*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1985, pp. 87-104 y *Administración de las técnicas y de los conocimientos grupales*, pp. 105-117.
3. González Regadas, Eliseo M.: *L'expression imaginative en groupe, en milieu psychiatrique* en *Études Psychothérapiques*, No. 20, París, junio de 1975, pp. 115-118.
4. González Regadas, E.: *Psychose, famille et institution* en *Cahiers de l'institut du RED*, No. 1, París, junio de 1977, pp. 23-31.
5. González Regadas, Eliseo M.: *Estudios Psicodiagnósticos*, Montevideo, Imago, 1979, *El caso de Claudina*, pp. 149-155.