

Observación psicoanalítica en una unidad de pacientes psicóticos con antecedentes delictivos

Psychoanalytic observation in a ward for restrained psychotic patients

Matías Sanfuentes¹

Resumen

El siguiente artículo analiza las vicisitudes de una unidad psiquiátrica encargada del tratamiento de un grupo de pacientes psicóticos con antecedentes delictivos. El material utilizado en este análisis fue recabado por medio de un método de observación psicoanalítica de organizaciones desarrollado por R. D. Hinshelwood y W. Skogstad (2000). A través de una observación sistemática de esta unidad psiquiátrica se analiza la compleja tarea que debe llevar a cabo el equipo tratante para poder enfrentar la contradictoria dualidad que emerge al intentar rehabilitar y recluir a un grupo de individuos. En este análisis se pone un especial énfasis en la descripción de las estrategias defensivas inconscientes utilizadas por los miembros de la organización para lidiar con la intensidad de las dinámicas presentes.

Palabras clave: Psicosis, observación, organizaciones, defensas.

Abstract

The present article analyses the hazards at a psychiatric ward that treatment of imprisoned psychotic patients entails. The method used to analyze the data was developed by R.D. Hinshelwood and W. Skogstad (2000) for observing organizations. An analysis was performed through a systematic observation of the psychiatric unit and staff that carried out this complex task in the psychiatric ward. The staff dealt with the contradictory duality implied in attempting to rehabilitate and confine a group of people simultaneously. The analysis emphasized a description of the unconscious defensive strategies employed by the members of the organization in order to deal with the intensity of the group dynamics.

Key words: Psychosis, observation, organizations, defenses.

¹ PhD, Profesor Auxiliar, Escuela de Psicología Universidad Alberto Hurtado. msanfuen@uahurtado.cl.

Introducción

Observando organizaciones

La observación atenta y rigurosa es una de las herramientas fundamentales que todo psicoterapeuta debe perfeccionar para mejorar el desempeño de su práctica clínica. Es por ello que en Inglaterra se ha desarrollado una prolífica tradición de observación de bebés en el marco de la formación de la gran mayoría de los sujetos que aspiran a transformarse en psicoterapeutas. Esta tradición fue creada a contar de la década del cincuenta por Esther Bick (1964) en la Clínica Tavistock en Londres, como un ejercicio crucial para el adiestramiento de psicoterapeutas infantiles. El objetivo central que perseguía Bick era perfeccionar la sensibilidad del practicante hacia las experiencias humanas, mejorando así su capacidad de sentir, retener y pensar frente a la interacción de una díada madre-bebé.

Como una variante del sistema antes descrito, Hinshelwood creó un método de observación de organizaciones. Al igual que el desarrollado por Bick, la técnica de Hinshelwood fue creada en sus primeras etapas como un ejercicio de entrenamiento. En su caso, él buscaba sensibilizar a psiquiatras en formación frente a la dimensión humana y cultural del servicio de salud mental del cual formaban parte, ayudándolos, de este modo, a tomar conciencia de las ansiedades y presiones existentes en su práctica cotidiana. Tal tarea debía ser realizada desde el pasivo rol de observador, liberando, de esta manera, al participante de “la carga de su rol organizacional y de las barreras metafóricas del ‘delantal blanco y el estetoscopio’” (Hinshelwood y Skogstad, 2000, p.18).

Con el correr del tiempo el método fue perfeccionándose. En la actualidad, el procedimiento se basa en la observación sistemática de una organización durante doce semanas consecutivas. El observador elige una hora y un lugar determinado para realizar su tarea, intentando mantener una estructura de trabajo estable durante todo el proceso. Su actitud debe ser abierta a la experiencia, pero procurando sostener una postura lo más neutral posible. El observador debe estar atento a tres series de fenómenos: “a los eventos objetivos que ocurren; a la atmósfera emocional del lugar; y a sus propias experiencias internas [su contratransferencia]” (Hinshelwood

y Skogstad, 2000, p.23). Durante esta labor el observador no debe tomar notas, sino mantenerse atento a lo que ocurre a su alrededor. Una vez terminada la observación debe registrar lo más acuciosamente posible sus recuerdos de la experiencia vivida. Tal como lo señala Hinshelwood, a pesar de la naturaleza pasiva de su rol, la tarea para el observador es bastante angustiosa, debido a que tiene que lidiar con la mantención de una posición que no siempre es fácil de regular. Muchas de las tensiones vividas por el observador en su rol son aquéllas que le informan y muestran aspectos sustanciales de la dinámica de la organización en cuestión.

Para procesar y analizar las vivencias recogidas por el observador, éste recibe la asistencia de un grupo de supervisión de tres o cuatro personas (que también están realizando el proceso), dirigidas por un experto, que se reúnen semanalmente. Entre otros, el objetivo central de esta actividad es escuchar y discutir las sesiones de observación, ayudando al observador a procesar y “digerir” el material recabado. A través de esta labor continua de análisis van emergiendo claves significativas que iluminan, describen y explican aspectos inconscientes que sostienen la trama interactiva de la organización. Esta trama se va haciendo manifiesta a través de la experiencia subjetiva del observador y del intercambio de experiencias que se teje entre los distintos miembros del seminario. Este intercambio ofrece una forma de validación, al confrontar intersubjetivamente la visión particular desarrollada por el observador aislado.²

A continuación se describen los resultados más importantes de la aplicación de este método de observación al contexto de una unidad de tratamiento para pacientes psiquiátricos. En primer término, se desarrolla un breve marco teórico en el que aparecen algunos de los conceptos

² Whitaker (1989) señala que para escapar de la circularidad que puede encerrar la explicación de un determinado evento, se debe recurrir a un tipo de confirmación que se base y articule en un diálogo intersubjetivo en el que participen al menos dos sujetos. Ello posibilita que el producto resultante se constituya en algo más que una “fantasía idiosincrásica” (p.248). En consecuencia, este método intenta contrarrestar, en lo posible, la naturaleza subjetiva, parcial y selectiva de la mente humana como instrumento de registro. Si bien dichas falencias no pueden ser evitadas del todo, al menos pueden ser parcialmente mitigadas a través de la validez que puede ofrecer la comunicación intersubjetiva desarrollada en el marco del seminario.

utilizados a lo largo de este trabajo. Este marco conceptual pretende ser sintético para permitir una mayor profundización en los elementos que surgieron durante el proceso de observación. Estos elementos se desprendieron de distintas situaciones que llamaron mi atención en mi calidad de observador y muestran aspectos que me parecen centrales en la dinámica de la unidad. El relato de estas situaciones fue extraído del registro que fui desarrollando a lo largo de las sesiones de observación, el que forma la base de todo el análisis.

Marco teórico

Enfrentando la psicosis

“Algunos individuos están crónicamente psicóticos, y otros deben cuidarlos crónicamente” (Donatti, 1989, p.317).

Esta incisiva afirmación de Donatti encierra una realidad de hondas implicancias desde un punto de vista social, cultural e histórico. La manera como los seres humanos han organizado las distintas formas y métodos para enfrentar la psicosis ha variado a través de la historia en conformidad con los cambios experimentados a un nivel más global. De este modo, la hospitalización de un paciente en una unidad psiquiátrica -que constituye un tipo de intervención ampliamente validado en nuestros días- se apoya en una tradición y práctica médica de larga data.

La internación del paciente psicótico se ha constituido en el medio más efectivo que nuestra sociedad ha desarrollado para lidiar con la psicosis, lo que se constituye en una forma de organización de lo mental que resulta caótica, distante y ajena. En tanto esferas diferenciadas del funcionamiento mental, un gran abismo parece separar a la “normalidad” de la locura, constituyéndose así en conjuntos que en apariencia están claramente diferenciados. Sentimientos de temor, división e inaccesibilidad han caracterizado el vínculo que el pensamiento racional ha establecido con la psicosis, empujando a esta última a espacios específicos de reclusión.

Foucault (1961) señala que a partir del siglo XVII la locura ha estado ligada a lugares de confinamiento y reclusión. Un *espacio* fue creado para tratar aquellos individuos incapaces de lidiar con sus propias

existencias. Este *espacio* ha evolucionado de un modo considerable desde los tiempos del “*Hospital General*” (Foucault, 1961) -donde el loco estaba mezclado con el pordiosero y el criminal- hasta nuestros días. Es así como durante los siglos XIX y XX, el gran hospital psiquiátrico surgió como el heredero de estos lugares de internación. Las tareas de custodia, protección y tratamiento médico han sido llevadas a cabo por años al interior de los bordes del hospital.

Sin embargo, las variadas reformas psiquiátricas implementadas en algunos países desarrollados durante la década del sesenta, provocaron importantes cambios en sus políticas de salud mental. En tal contexto, se pusieron en evidencia los efectos perniciosos asociados con la reclusión de los pacientes en estas grandes instituciones psiquiátricas. Las consecuencias que los pacientes mostraban como resultado del proceso de “institucionalización” (Martin, 1955) eran devastantes y, por consiguiente, fueron denunciadas con fuerza. Esta institucionalización provoca al individuo la pérdida de aspectos fundamentales de su personalidad, lo que es causado por la absorción del sujeto en la dinámica de este tipo de organizaciones. Dicha dinámica se constituye y organiza a través de la satisfacción rutinaria, mecánica y estereotipada de las necesidades básicas del paciente.

En consecuencia, la constatación de estos efectos perniciosos ha contribuido a implementar, con cierto éxito, importantes modificaciones al tratamiento de la psicosis durante los últimos cuarenta años. No obstante, a pesar de la constante búsqueda de nuevos esquemas de tratamiento que han intentado mejorar y perfeccionar su eficiencia, estos esfuerzos han enfrentado una realidad que ofrece un margen limitado de acción. La naturaleza crónica y reverberante de los síntomas psicóticos ha teñido estos esfuerzos con un halo de frustración y desaliento. La tarea de contener la dimensión intolerable de la experiencia psicótica golpea a aquellos que ocupan el rol de tratantes, impregnando el funcionamiento de todo el sistema con vivencias de falta de sentido y futilidad. La desmoralización, fragmentación y pérdida de interés al interior de los grupos de trabajo

promueve un círculo vicioso que socava las capacidades de contención de las instituciones psiquiátricas (Hinshelwood, 1979).

Esta socavación de las capacidades de contención incita a la alienación del equipo de trabajo, reforzando la estigmatización y aislamiento de la locura. Un enorme esfuerzo tiene que ser realizado por los miembros de la institución para generar un real espacio de contención. Hinshelwood (1996, p.178) denomina “práctica reflexiva” al intento de establecer y mantener una cultura de vinculación emocional que “prevenga y corrija las escisiones” que se despliegan producto de tal labor. Esta práctica implica que la institución (continente) sostenga al paciente para ayudarlo en su intento por contener su ansiedad. Esto requiere el establecimiento, entre ambas partes, de un tipo particular de vínculo que promueva el desarrollo de relaciones consistentes y fructíferas.

Sin embargo, esta tarea es extremadamente difícil de llevar a cabo. Una parte importantísima de dicha dificultad yace en la complejidad y destructividad de la experiencia del psicótico, quien intenta de un modo sistemático cortar todos sus vínculos con la realidad. Bion (1967) señala que el psicótico pretende deshacerse de su conciencia de la realidad dirigiendo ataques destructivos “contra todo aquello que es sentido como poseyendo la función de ligar un objeto con otro” (p.93). De este modo, el psicótico sufre un gran deterioro en su capacidad de integrar sus experiencias y de vincular distintos objetos internos. Esto conlleva un menoscabo importante en el desarrollo de su capacidad simbólica y de pensar. Como alternativa al quiebre de la función vinculante, el psicótico despliega un aparato hipertrófico para la identificación proyectiva,³ el cual sólo está disponible para expulsar cualquier intento de ligazón.

Para enfrentar las intensas ansiedades que son elicitadas como resultado del demandante trabajo con pacientes psicóticos, el sistema terapéutico en su totalidad (así como lo haría cualquier otro sistema)

³ Bion (1967) describe ampliamente el uso de la identificación proyectiva patológica en el funcionamiento psíquico del psicótico, a través de la que éste destruye su capacidad para pensar y simbolizar como único modo de enfrentar una realidad intolerable. Esto conlleva un quiebre en la función vinculante y una perturbación del impulso de curiosidad, de los que depende toda la capacidad para aprender.

desarrolla estrategias defensivas altamente estructuradas. Las defensas de cada individuo se adhieren y contribuyen a formar una cultura de defensas compartidas, las que de un modo recíproco influyen el funcionamiento del individuo dentro de la organización. De acuerdo con Menzies (1960), en toda organización se construye un “sistema social defensivo”, que emerge como resultado de la interacción colusiva inconsciente entre los miembros y la organización.

Tal sistema ayuda al individuo a evitar experiencias de ansiedad, culpa e incertidumbre al eliminar situaciones que le evocan ansiedades primitivas. A través de este sistema defensivo, las ansiedades de los individuos son contenidas. Sin embargo, en compensación, el sujeto es forzado a introyectar el sistema defensivo de la institución, sin importar la naturaleza de sus experiencias personales. Esta situación tiene consecuencias intrapsíquicas importantes, ya que la evitación del contacto con la ansiedad deja al individuo debilitado e ineficientemente vinculado con la realidad, lo que reduce su capacidad de modificar o reducir tales ansiedades de un modo realista. En consecuencia, este sistema defensivo “protege” a sus miembros frente a altos niveles de ansiedad, pero pagando simultáneamente un alto precio en términos cognitivos y emocionales.

Observación, análisis y resultados

Lugar de observación

La observación fue realizada en el Reino Unido en una unidad de rehabilitación intensiva para pacientes con antecedentes delictivos, y que además sufrían algún tipo de trastorno mental. El lugar podía acomodar a 14 individuos de ambos sexos y estaba ubicado en el segundo piso de un edificio que en el pasado formó parte de un antiguo hospital psiquiátrico.

Los objetivos que se buscaban eran facilitar que los pacientes alcanzaran un nivel de funcionamiento que les permitiera retornar a su comunidad de origen o bien continuar su proceso de rehabilitación en una unidad psiquiátrica con un trabajo menos intensivo. Para el funcionamiento de la institución y para el proceso de rehabilitación de los pacientes, era muy importante promover su capacidad de elección y el

sentido de responsabilidad. Para cumplir con dichos objetivos la unidad ofrecía un amplio espectro de actividades terapéuticas grupales, tales como grupos de discusión, talleres de artesanía, pintura, etc.

La unidad también recibía pacientes con trastornos mentales severos que no tenían antecedentes penales. Ello implicaba que en la práctica, sus usuarios eran muy diversos: desde personas con enfermedades mentales muy severas e incapacitantes, hasta sujetos con un funcionamiento mental y social más elevado. De hecho, algunos de estos últimos estaban en un avanzado proceso de rehabilitación, lo que contrastaba grandemente con los agudos síntomas psicóticos que manifestaban varios de los primeros. Muchos de ellos habían estado encerrados en unidades psiquiátricas por más de 15 años, información que obtuve de las conversaciones informales que sostuve con varios pacientes a lo largo de la observación. El enfermero jefe me contó que los pacientes permanecían en la unidad en promedio dos años.

La vida que los pacientes llevaban en la unidad se caracterizaba por conversaciones esporádicas entre ellos y a veces con alguno de los miembros del equipo tratante, mirar la televisión, liar y fumar cigarrillos, y tomar té. Cuando no se estaba realizando ninguna actividad estructurada, los pacientes iban y venían de un lugar a otro, estableciendo al pasar fugaces interacciones. En ocasiones se sentaban en grupos de dos o tres y conversaban por un rato. El vínculo más importante que los conectaba era el fumar cigarrillos. De esta manera, hacían⁴ y fumaban incesantemente un cigarrillo tras otro, en una actividad que parecía llenar momentos de vacío, transformando así, por un instante, la experiencia de estar reclusos.

Primera reunión

La primera persona con la cual me reuní fue con Felipe⁵, el enfermero a cargo de la unidad. La reunión se realizó en su oficina,

⁴ Debido al altísimo precio de los cigarrillos en el Reino Unido, es muy común que la gente lleve sus propios cigarrillos para así abaratar de un modo significativo los costos asociados a dicha actividad.

⁵ Usaré nombres para distinguir a los enfermeros(as), los que han sido modificados para mantener la confidencialidad.

que estaba ubicada justo afuera de la entrada de la unidad. Yo comencé contándole a grandes rasgos lo que deseaba hacer. Él fue muy acogedor y me explicó con muchos detalles el funcionamiento general del lugar.

A continuación ingresamos y Felipe me mostró las distintas dependencias. También me presentó a otros miembros del equipo tratante. Mientras estábamos conversando con uno de ellos, me percaté que dos enfermeros acudieron rápidamente a contener a un paciente en la sala principal. Todo ocurrió muy velozmente y no pude tener una visión clara de lo que estaba ocurriendo. Luego de esto, continuamos recorriendo el lugar. Repentinamente, mientras caminábamos por un corredor, observé a través de una puerta de una habitación a los dos enfermeros que habían contenido al paciente haciéndole algo. Pensé que quizás le estaban inyectando algún sedante. Miguel, uno de los enfermeros, se dio cuenta que lo estaba observando a través de la puerta entreabierta y como respuesta me miró atenta e inquisitivamente.

Posteriormente, fuimos a la sala de estar del equipo tratante para acordar un horario en el cual realizar mis observaciones. Allí nos encontramos nuevamente con Miguel, quien iba a estar a cargo de la unidad el día en que realizaría mi primera sesión de observación. Felipe le explicó en términos generales cuál sería mi tarea. Miguel empezó a decir que todas las cosas que ellos hacían eran parte de su trabajo; nada se dejaba al azar. Percibí que estaba muy ansioso y que además tenía muchas dificultades para establecer contacto visual conmigo. Él afirmó: "*Todo lo que hacemos aquí es legal y racional, nada está fuera de la ley*". Miguel parecía muy inquieto y preocupado con mi futura presencia como observador en la unidad. Evaluando el modo como me hablaba y el contenido de su discurso, pensé que el hecho de haber presenciado su actuar con el paciente se transformó en un motivo de fuerte tensión e inquietud para él. Afirmó que le preocupaba mi apreciación del trabajo que ellos realizaban con los pacientes. Sentí muy claramente que no podíamos comunicarnos adecuadamente. De hecho, cada vez que Miguel hablaba, Felipe tenía que

“traducir” lo que él intentaba comunicar, lo que hacía aún más patente nuestra desconexión comunicacional.

Yo pensé que los temores de Miguel provenían de mis supuestas impresiones (quizás muy severas y duras) de ser testigo de la férrea contención que él había ejercido sobre un paciente. Probablemente, él pensaba que yo no estaba en condiciones de aprehender la “racionalidad” de las acciones del equipo tratante. De cualquier modo, sentí una gran diferencia entre la actitud reticente y hosca de Miguel y el “intento racional de traducción” que Felipe hacía de sus aprehensiones y temores.

Esto me hizo pensar que dos esferas de experiencia aparecían claramente delimitadas: el interior y el exterior de la unidad. Yo era claramente un sujeto que pertenecía al “mundo externo” de la unidad, y que deseaba ingresar a ella en calidad de observador. Ello generaba ciertas dinámicas entre algunos de sus habitantes. Miguel, por su parte, pertenecía a cabalidad a este “mundo interno”, en directo contacto con las vicisitudes del lugar. Felipe estaba ubicado en el límite de ambos mundos y, por consiguiente, estaba en condiciones de interactuar fluidamente con Miguel y conmigo como representante de ambas esferas.

En su rol de administrador de la unidad, por una parte Felipe operaba como un vínculo entre ambos espacios y también como un guardián de sus límites. La ubicación de su oficina -justo antes de entrar a la unidad- representaba concretamente su posición fronteriza. Al final de la primera reunión, Felipe enfatizó la estricta confidencialidad con que tenía que manejar la información que recabase en mis observaciones. Señaló: *“Si tú divulgas cualquier cosa sobre nuestros clientes fuera de estas murallas, antes que te des cuenta estarás de vuelta en Chile... ¿Cuál es el nombre de tu país?”*. “Chile”, respondí. Esta amenazante advertencia ilustraba las sanciones que me esperaban si trasgredía las normas de confidencialidad.

También denotaba la existencia de un ambiente persecutorio en el cual operaban ciertas amenazas como mecanismos protectivos que intentaban mantener la continuidad de la vida de la unidad. Muy precozmente vivencíé la dinámica amenazante del lugar. Por otra parte, también me llamó mucho la atención el énfasis que le daba Miguel a la

racionalidad de sus acciones. Creo que a través de sus palabras expresaba un mensaje muy defensivo, lo que me llevó a pensar en cuán difícil debía ser para él (y para el resto del equipo) mantener esta postura “racional” lidiando con el nivel de locura y agresividad que se percibía en el lugar.

Mi rol como observador

Escogí realizar la hora de observación uno de los días en que se hacía la reunión de comunidad, en la cual se tenían que reunir hipotéticamente todos los pacientes y los miembros del equipo tratante. Durante esta actividad me interesaba percibir la atmósfera que existía en el encuentro entre ambos grupos. Llegaba 15 minutos antes del comienzo de la actividad para observar la dinámica previa⁶.

Asistir cada semana a la unidad y estar sentado una hora observando lo que ocurría a mi alrededor no fue una experiencia sencilla. Antes de entrar solía sentir extrañas sensaciones en mi estómago, lo que me anunciaba la necesidad de prepararme para enfrentar la demandante tarea que tenía por delante. Estando adentro, me resultaba muy difícil estar concentrado todo el tiempo. La tendencia a desconectarme se traducía en el escape a través del libre flujo de mi imaginación. El lugar me provocaba fuertes sentimientos de futilidad, sinsentido, apatía y desesperanza, los cuales me era difícil tolerar.

Mi presencia como observador generó distintas reacciones en los enfermeros y en los pacientes. Muchos de los miembros del equipo tratante no establecieron ningún tipo de relación conmigo, en cambio otros espontáneamente se acercaron, se presentaron a sí mismos y me preguntaron cuál era el propósito de mis visitas. Yo me sentí reconocido y me fue mucho más fácil identificarlos después. Con respecto a aquéllos que no se vincularon conmigo, sentí que yo representaba para ellos una mezcla entre una figura inexistente y una presencia perturbadora. Por un lado, su

⁶ La reunión nunca comenzaba puntualmente y a veces se atrasó en más de media hora. Su duración era muy variable, dentro un rango que iba desde los 20 a los 45 minutos. En dos ocasiones la reunión no fue llevada a cabo y nadie les informó a los pacientes los motivos de la suspensión. Algunos de ellos preguntaron las razones de la cancelación, pero los enfermeros tampoco lo sabían.

indiferencia me hizo sentir culpable por una labor que podía ser percibida como intrusiva y voyerística; por otra parte, sentí una desagradable sensación de ser un desconocido. Esto me hizo pensar que dentro de la unidad podía existir una fuerte inclinación a negar e ignorar la existencia de aspectos desagradables.

Lo anterior se ilustra con la forma como fui introducido a los pacientes durante la primera reunión de comunidad a la que asistí. En esta reunión la gente estaba sentada de un modo desordenado en distintos lugares de la sala principal y no era claro para mí quién la dirigía (no obstante un paciente parecía hacerlo), ni tampoco quién estaba participando en ella. Luz y Miguel estaban presentes, y la primera tenía un cuaderno en el cual anotaba algunas cosas. Durante mucho rato estuve sentado ahí sin ser presentado al grupo y en consecuencia me sentí como alguien extraño que era arrojado a un estado de anonimato. Transcurrida más de la mitad de la reunión, Luz preguntó mi nombre. Miguel se percató de la situación y debido a que era el único que me conocía previamente, les contó a los pacientes en términos generales quién era yo y qué haría en la unidad, señalando, además, que yo asistiría todos los días. Al darse cuenta de su error, lo rectificó agregando que yo iría una vez a la semana. Tanto su lapsus como la omisión de mi presentación, expresaban que mi figura desencadenaba emociones perturbantes que impulsaban a desconocer y negar mi presencia.

Finalmente, con respecto a los pacientes, la gran mayoría estableció algún tipo de contacto conmigo. La calidad y constancia de tales interacciones fue muy variada. Con algunos de ellos solamente nos saludábamos, pero con otros desarrollé una relación más profunda. Muchos eran muy atentos y activos en dirigirse hacia mí y saludarme. Mis problemas con el idioma, los extraños contenidos que ellos expresaban y la naturaleza observacional de mi tarea, hicieron difícil que estos intercambios se prolongaran por mucho tiempo. Muchas veces me sentí perdido en un mundo que no podía entender del todo. Sin embargo, este estado me ayudó a abrir al máximo mis capacidades para aprehender una realidad que a ratos me resultaba en extremo ajena.

La alarma

Uno de los primeros elementos que llamaron mi atención fue que cada vez que entraba a la unidad tenía que llevar conmigo una alarma, la que consistía en un pequeño tubo de plástico negro con una argolla metálica en uno de sus extremos. En lo que parecía un rito, la secretaria de turno, que se ubicaba en el primer piso del edificio, me la entregaba (durante los tres meses que duró la experiencia observé cuatro secretarías diferentes). Pienso que este artefacto cumplía dos propósitos fundamentales. El primero era servir de distinción simbólica entre los miembros del equipo tratante y los pacientes. Los enfermeros no usaban uniformes, lo cual hacía que a veces fuese difícil discernir si alguien desconocido era un enfermero o un paciente. Por consiguiente, la percepción de la alarma colgando de los pantalones (un típico lugar donde se la llevaba) hacía que la tarea de reconocimiento se facilitara mucho. El segundo propósito que se le adjudicaba a la alarma era de servir de protección frente al daño que los pacientes podían causar. Esta protección se erigía no sólo frente a los potenciales ataques físicos que los pacientes podían desplegar, sino también al continuo bombardeo psicológico que ellos ejercían. De este modo, la alarma tendría un importante rol como “escudo simbólico”, el que podría ser usado como defensa frente a cualquier ataque que se pudiese recibir estando en la unidad⁷.

Veo a la secretaria entrando a la sala. Ella cruza rápidamente el lugar y desaparece por uno de los corredores. Un par de minutos después, cruza en sentido opuesto la sala y sale rápidamente del lugar. En ambos recorridos no mira a nadie sino que se ve absorta en sí misma. Todo el tiempo lleva la alarma explícita y abiertamente en sus manos. Como espectador de la escena me imagino una alarma conduciendo y acarreado una mujer aterrorizada.

⁷ De hecho, la forma cilíndrica de la alarma, y el que los enfermeros la usaran colgando de los pantalones, me recordaba las espadas láser que usaban los *Jedis* en la película *La Guerra de las Galaxias*.

En esta escena se aprecia cómo la alarma ocupa un rol de escudo protector contra las “dinámicas perniciosas” del lugar. La secretaria aparecía como un personaje externo, foráneo y muy vulnerable a las vicisitudes de la unidad, situación que se potenciaba al constatar que en la práctica, cada una de las mujeres que ejerció dicho cargo mientras realicé la observación, lo hizo por períodos muy breves de tiempo. Por consiguiente, sus reacciones defensivas -expresadas abiertamente a través del lenguaje corporal y de su relación con la alarma- eran muy evidentes. Su conducta mostraba un modo de vinculación con la realidad de la unidad y con la posición de un sujeto que pertenecía al mundo exterior. Los miembros del equipo tratante, no obstante, ocupaban el otro extremo. Ellos estaban acostumbrados a lidiar con las dinámicas del lugar. Por lo tanto, compartían ansiedades similares con las secretarias, pero la diferencia radicaba en que estaban protegidos por un sistema defensivo mucho más estructurado y adaptado a esa realidad.

Mi primer día observación:

Entro a la sala junto con Miguel. Nos topamos con una enfermera y Miguel nos presenta. Luego elijo un lugar para sentarme. Frente a mí, un par de pacientes están sentados en un silencio imperturbable. Un paciente (M)⁸ se aproxima hacia mí y me pregunta si tengo fuego. Inmediatamente Roberto, quien estaba dando vueltas por ahí, se para a mi costado y me pregunta muy calladamente si tengo conmigo la alarma ⁹, y yo respondo afirmativamente. Luego me pregunta si sé cómo se usa. Yo le respondo haciendo la mímica del movimiento necesario para activarla. Con esto se queda tranquilo y se retira a la oficina del equipo tratante.

Yo pienso que desde la perspectiva de Roberto el hecho de tener la alarma me hacía mucho más capaz de lidiar con los “peligros” del lugar. La alarma surgió como una preocupación luego del primer contacto que un

⁸ De aquí en adelante utilizaré letras para nombrar y mantener el anonimato de los pacientes.

⁹ Durante las doce sesiones de observación siempre tuve la alarma oculta dentro del bolsillo de mi pantalón.

paciente estableció conmigo. En este sentido, los pacientes representarían enemigos potencialmente peligrosos frente a los cuales se debían tomar medidas protectoras. Por lo tanto, Roberto estaba tratando de protegerme de estos ataques potenciales. Una vez que verifiqué que yo sabía cómo activar la alarma, se sintió más tranquilo. Tener la alarma me hacía parte de algo. Con ella compartía una estrategia defensiva que mágicamente me defendería frente a un hábitat belicoso.

Ataques sobre el espacio de contención

La atmósfera emocional de la unidad era bastante apacible, sin embargo, este clima podía cambiar rápidamente, transformándose así en un espacio agresivo y violento. Estos cambios en el clima emocional operaban a través de ataques en contra de la capacidad de generar un real espacio de contención¹⁰, tarea a la que contribuían tanto los pacientes como el equipo tratante. La siguiente viñeta, extraída de una de las reuniones de comunidad, ilustra cómo esta actividad perdía sus cualidades de contención.

Luz comienza la reunión preguntando si alguien quiere decir algo.

E eructa fuertemente. Su eructo representa una respuesta visceral y disruptiva frente a la pregunta de Luz. Ella no dice nada. X se sienta al lado izquierdo de Luz. Ella vuelve a preguntar si alguien desea decir algo. Un largo silencio es la respuesta. En ese momento pienso que la reunión es muy aburrida y plana. X comienza a reírse sonoramente. E hace ruido con su silla. Luz permanece impávida e imperturbable. Desde la oficina del equipo tratante se oye mucho ruido. Siento que en el grupo hay una falta de interés que bloquea cualquier progreso. Luego, Luz comienza a hablar de la leche que los pacientes reciben a distintas horas del día. Siento que la reunión es muy difícil de conducir y que no existen suficientes límites que ayuden a contener la experiencia.

¹⁰ En este contexto, un espacio de contención es definido como la función terapéutica que recae principalmente en el equipo tratante, cuyo objetivo central es ayudar y sostener a los pacientes en todo el proceso de rehabilitación. A la gestación de dicho espacio de contención contribuyen los recursos humanos, técnicos y materiales con los que cuenta el equipo tratante.

Luz pregunta luego, con una voz muy inocente, si están todos contentos. **G** responde amargamente que no.

Roberto se sienta junto a Luz y pregunta de qué están hablando. Patricia también se sienta cerca de Luz. Roberto retoma el tema de la leche. Discuten en torno a su forma de distribución cada mañana. **Q** y **L** llegan a la reunión y se sientan en el grupo. Roberto empieza a dirigir la discusión y adquiere así un rol muy importante. **X** se pone a reír nuevamente sin una causa aparente. Su risa es muy intensa y tiene un efecto contagioso para algunos pacientes, aunque de corta duración. **X** se ríe de este modo por al menos un minuto. Para mí es una experiencia bastante perturbadora, pero al parecer nadie se ve afectado. **F**, que está sentada junto a mí, repentinamente me mira y se sonríe. Luego retorna a su mundo personal, oyendo voces y hablando sola en voz alta.

Roberto pregunta repetidas veces si alguien quiere decir algo. Luego pregunta si están contentos. **Q** responde "no realmente". Él agrega que no está contento en este lugar, en el cual es identificado como una persona mentalmente enferma. Reclama duramente que ha permanecido demasiado tiempo en el lugar; un lugar que supuestamente tiene como objetivo la rehabilitación. **G** hace sarcásticamente con sus dedos el signo de las comillas, indicando así la supuesta naturaleza rehabilitadora del lugar, y luego se ríe. Patricia agrega que este tipo de asuntos deben ser tratados en otras instancias. Ella agrega que esta reunión tiene como objetivo discutir cómo puede ser mejorada la vida en la unidad. **Q** reclama que supuestamente los enfermeros están en el lugar para conversar, pero ellos nunca están disponibles para hacerlo. Continúa afirmando que las posibilidades de rehabilitación que ofrece el lugar son muy deficientes. Roberto le responde que él nunca solicita hablar con los enfermeros. El tono de la discusión es muy violento. Un duro intercambio verbal enfrenta a **Q** con Cristián y Patricia. Ambos lados en discordia se dicen

cosas muy duras. M respalda a Q y entre ambos enfrentan a los enfermeros.

Al final de la reunión alguien del equipo tratante pregunta si están contentos con el nuevo color del piso. Me parece terriblemente irónica esta pregunta después del nivel de violencia que se vivió en la reunión.

Este relato ilustra la desconexión reinante en los distintos intercambios suscitados durante la reunión, así como la progresiva agresividad que fueron adquiriendo dichos intercambios. Un desagradable eructo, risas perturbadoras, ruidos provenientes de la oficina del equipo tratante, formaban parte de los ataques que se dirigían contra la posibilidad de crear un espacio de contención y un sentido de comunidad. En un comienzo, Luz, que enfrenta esta atmósfera disruptiva en forma solitaria, aparece “impasiblemente anestesiada”, sin la capacidad de reaccionar activa y eficientemente. Mantiene una postura errante, desconectada de lo que está realmente ocurriendo. En esta situación, Luz recurre a mecanismos defensivos maníacos (Klein, 1935) como medida de protección frente a las experiencias angustiantes que tiene que enfrentar. La desconexión, que se manifiesta a través de preguntarle a los pacientes si “están felices”, muestra su deseo de escindir sentimientos desagradables; un amargo “no”, es la respuesta que pone en evidencia su desconexión emocional.

Posteriormente, con la inclusión de más miembros del equipo tratante a la reunión, se genera una mejor capacidad para enfrentar las ansiedades reinantes. Más pacientes también se integran, con lo cual se pasa desde una atmósfera empobrecida y debilitada -en la que nada parecía ser importante, a un estado en el cual los pacientes estaban en mejores condiciones para realizar demandas concretas. Aunque este cambio se ejecuta a través de un violento intercambio entre algunos pacientes y enfermeros, sus demandas también muestran la capacidad de los primeros para deshacerse de un estado que previamente los tenía anulados y atontados. A su vez, la respuesta de los enfermeros mostraba cuán difícil era para ellos poder contener las demandas de los pacientes, las que progresivamente fueron adquiriendo un tono más violento. En vez de recibir y procesar dichos

ataques, se inició un intercambio de quejas y culpabilizaciones mutuas que permeó el funcionamiento de todo el sistema.

Este violento intercambio se puede entender como la irrupción de una dinámica que ponía en entredicho y cuestionaba el *statu quo* existente. Este intercambio, que podría haber sido beneficioso para todos, se traduce finalmente en una violencia destructiva que deteriora aún más la capacidad de contención. Aquello que emerge es la respuesta frente a la amenaza que ambos bandos experimentan cuando la naturaleza colusiva inconsciente de sus roles es cuestionada. Tal como señala Hinshelwood (1999), en este tipo de unidades que tratan a pacientes psicóticos, la distribución de roles tiende a ser rígida y colusivamente asignada: por un lado el equipo tratante aparece como poderoso, informado y activo, mientras que los pacientes como enfermos, sufrientes, ignorantes y pasivos. En este episodio, Q y G cuestionaron el rótulo de personas “enfermas”, y además el supuesto carácter “rehabilitador” del lugar. Esto se tradujo en que, por un lado, el equipo tratante sintió que su rol profesional de dar ayuda a personas más necesitadas fue puesto en entredicho. Pero a su vez los pacientes intentaron abandonar su rol de individuos desvalidos y demandantes al que se sentían arrojados. Sin embargo, su intento fue abortado tempranamente, y el resultado fue el quiebre de la función comunicativa. El sistema social defensivo (Menzies, 1960) -que sostiene y articula esta rígida asignación de roles- fue de este modo puesto en cuestionamiento por los ataques mutuos. Una mentalidad grupal de ataque y fuga (Bion, 1961) emergió con intensidad¹¹. Esto trajo el predominio de un proceso comunicativo fuertemente proyectivo, en el cual el grupo utilizaba el intercambio verbal como un “modo de acción” (p. 186) más que como un método de comunicación.

¹¹ Bion (1961) define el *ataque y fuga* como uno de los tres *supuestos básicos* que operan en el funcionamiento de todo grupo, y que tienen la particularidad de obstruir y diversificar la actividad del *grupo de trabajo*. En este tipo de supuesto básico el grupo utiliza como técnica de autodefensa tanto el ataque como la fuga, y está llano a aceptar cualquier líder que los ayude a agredir o escapar.

El uso de mecanismos de defensa de tipo maníaco por parte del equipo tratante para evadir el contacto con la realidad fue recurrente durante toda la reunión. La rabia y la frustración que se expresaban en las quejas de Q fue la respuesta contra la negación masiva de los enfermeros. En tres ocasiones, algunos de estos últimos intentaron preguntar si los pacientes estaban felices y siempre la respuesta fue un amargo rechazo. Así también, la risa de X surgía como una expresión bizarra y grotesca del sinsentido de todo lo que se estaba viviendo. La gran intensidad e hilaridad de su risa denotaba la existencia de sentimientos tremendamente genuinos que se aglutinaban en torno a un profundo vacío.

Este episodio muestra la forma en que se degradaban las capacidades y recursos contenedores presentes en la unidad. Esto conlleva una fragmentación de la capacidad del equipo tratante para discriminar las necesidades de los pacientes. La experiencia psicótica de disolución de los límites yoicos permeaba el funcionamiento de toda la organización con gran intensidad, lo que se traducía en la acentuación de fuertes sentimientos de futilidad y vacuidad.

Burocratización en la toma de decisiones

La necesidad del equipo tratante de operar dentro de un rígido marco normativo y jerárquico, aparecía como respuesta frente a la disolución de los límites contenedores de la organización. La falta de una real capacidad de contención significaba que las normas y los procedimientos emergían como sustitutos naturales. Por motivos legales (vinculados al tipo de pacientes que eran admitidos), la unidad necesitaba operar con una normativa clara que regulara su funcionamiento. Sin embargo, la adhesión rígida a dicho marco implicaba muchas veces el deterioro de los objetivos de rehabilitación basados en la búsqueda y promoción de la espontaneidad de los pacientes.

Durante mi segunda sesión de observación:

N comienza a caminar de un lado a otro de la sala. En un momento pregunta si es posible salir a caminar. Martín mira a Tomás como preguntando qué hacemos. Tomás le responde que le tienen que preguntar a Miguel (que estaba a cargo de la

unidad). N va a la sala del equipo tratante y después va a su pieza. Luego aparece abotonándose su impermeable. Varias veces se dirige a la sala del equipo tratante y posteriormente hacia Martín y Tomás (...) Al final nunca salió y se mantuvo con su impermeable puesto todo el tiempo.

Este ejemplo describe la rigidez y verticalidad en la toma de decisiones, y la incapacidad del equipo tratante para reaccionar y dar curso a la demanda de un paciente¹², cuestión que en teoría es central para el proceso de rehabilitación buscado en la unidad. Los dos enfermeros no supieron cómo resolver la situación. En consecuencia, necesitaron recurrir a la persona a cargo de la unidad para que zanjara el asunto. Sin embargo, el resultado fue que ninguna decisión fue tomada y que, por lo tanto, los deseos y necesidades de **N** permanecieron no reconocidos. Cualquier viso de espontaneidad fue negada¹³.

Simultáneamente a este incidente, yo estuve tratando de ser autorizado por Miguel para iniciar la observación. Tuve que hacer esto a solicitud de Tomás y Martín, que no me conocían previamente. Me dirigí en dos ocasiones a la sala del equipo tratante para ser identificado por Miguel, pero él estaba hablando con **M**. No me “vio” (a pesar de que mi presencia en la sala acompañado de Martín era evidente). Miguel parecía absorto en su conversación con **M** y completamente desinteresado en lo que estaba ocurriendo a su alrededor. Por consiguiente, nunca fue reconocida mi identidad como “observador”, sino que tuve que encontrar otra una forma de iniciar mi trabajo. Decidí sentarme en el mismo lugar que la semana anterior, y tanto Martín como Tomás nunca más se mostraron inquietos por mi calidad de “extraño”. Su despreocupación parecía surgir de que habían seguido las reglas, y que si bien nadie me había autorizado a realizar mi tarea, ellos ya habían cumplido con su deber. Yo, por mi

¹² El paciente era normalmente autorizado a realizar este tipo de salidas.

¹³ Si bien existían aspectos legales que debían ser cuidados y que por lo tanto complicaban todo el proceso, el procedimiento que se siguió fue una muestra de la burocratización en la toma de decisiones.

parte, me sentí profundamente angustiado y no contenido, sin saber a qué atenerme. Mi ansiedad, incomodidad, y la sensación de estar en calidad de “ilegal” en la sala, expresaban la dificultad para lidiar con los frágiles y poco contenedores límites de lugar.

Me imaginé que N, en sus múltiples intentos de ir a la sala del equipo tratante, se sintió, al igual que yo, “no visto” por Miguel. La presencia de N, con su impermeable firmemente abotonado, permaneció flotando sobre el flujo de las dinámicas de la sala como un mudo testigo de su deseo diluido y de la rigidez del sistema.

El rígido aferramiento a la toma jerárquica de decisiones fue también patente durante una de las reuniones de comunidad. En sólo una ocasión Felipe -el enfermero a cargo de la unidad- estuvo presente en estas reuniones. La falta de una figura de “autoridad” significaba que cada cuestión que alguien proponía tenía que ser discutida con Felipe posteriormente. El sistema era tremendamente burocrático y lento, y por lo tanto la posibilidad de tener un diálogo productivo se reducía mucho. La diferencia entre la reunión en que Felipe estuvo presente y las restantes fue impresionante. Él estaba en condiciones de responder las demandas y dudas de los pacientes en forma inmediata. Por lo tanto, la toma de decisiones burocrática, lenta y lejana, implicaba que los pacientes perdieran interés en participar activamente en esta actividad, que justamente buscaba potenciar en ellos una actitud propositiva y activa.

Desconexión emocional

La severidad de la sintomatología y de los problemas mentales de los pacientes implicaba enfrentar una dura realidad en la que predominaban manifestaciones bizarras, estados de profundo ensimismamiento y expresiones de sufrimiento. Todo esto formaba parte de una atmósfera demandante y a ratos incontenible, de la que era muy difícil permanecer impávido y desconectado. No obstante, estar en permanente contacto con este mundo podía resultar una experiencia muy disruptiva y desagradable. En consecuencia, el intento de “congelar” las emociones y de desconectarse de lo que ocurría alrededor, emergía como un importante mecanismo

defensivo usado por cada individuo para lidiar con el clima emocional reinante.

Tomás aparece en la sala y pasa frente a mí sin saludar. Jaime se sienta frente a una mesa y comienza a escribir en un cuaderno. X, V, y M están sentados cerca de una mesa justo detrás de Jaime. X está tomando té. Repentinamente comienza a llorar. Luego se para y se dirige hacia la cocina. Trae algunos pañuelos desechables y con ellos se seca sus lágrimas. Todo el desplazamiento desde y hacia la cocina lo realiza con muchas dificultades debido a los problemas físicos que tiene en el lado izquierdo de su cuerpo y que entorpecen de un modo importante la funcionalidad de sus extremidades. Se sienta en su silla y nuevamente se pone a llorar, pero esta vez lo hace con una intensidad muchísimo mayor. Al verlo llorar de ese modo me imagino un lobo aullando. Me siento profundamente afectado por la escena. Jaime se gira y le dice fríamente que tenga cuidado con el té; luego se da vuelta y continúa escribiendo. No parece afectado o preocupado en lo más mínimo por lo que le está ocurriendo a X. M se pone de pie y se va del lugar; se muestra demasiado nervioso con lo que está pasando a su alrededor. V continúa fumando al lado de X. Jaime se pone de pie y se va del lugar dirigiéndose a la sala de estar del equipo. N toca los hombros de X y le dice algo en voz baja. Es el primer acto de empatía y contención que observo en relación a este individuo sufriente.

Tal como lo señalé anteriormente, esta escena produjo un fuerte impacto en mí y en los pacientes que estaban sentados cerca de X. El llanto de este último me pareció la genuina expresión de una vivencia desgarradora y sufriente que al parecer no pudo ser reconocida por todos los que estábamos ahí. Desde esta perspectiva, la frialdad emocional y la desconexión afectiva que Jaime expresó a través de su comportamiento durante toda la escena fueron muy impactantes. Él parecía no estar afectado para nada por lo que estaba ocurriendo a su alrededor. Me dio la impresión de que su actitud denotaba un desapegado acostumbramiento a una realidad que tenía un

escaso poder para impactarlo y movilizarlo. Este tipo de desconexión emocional se constituye así en un tipo de estrategia defensiva apta para lidiar con un ambiente cargado de experiencias disruptivas. El costo de tal estrategia pasa a ser, tal como en otras situaciones revisadas, un refuerzo de la cultura de desconocimiento que socava y ahonda aún más el aislamiento y ensimismamiento de aquéllos que supuestamente habitan este lugar para ser ayudados en su proceso de rehabilitación.

Conclusiones

El tratamiento de pacientes psicóticos puede transformarse en una tarea muy dura y demandante. Si además portan el estigma de ser “peligrosos”, la tarea se puede tornar aún más compleja. Algunas de las vicisitudes presentes en esta tarea son ilustradas en el presente artículo. El trabajo en esta unidad aparecía bien organizado, con un sistema de turnos para el personal clínico y de servicio que trabajaba en ella, y con actividades de supervisión y contención para sostener y mejorar el trabajo que realizaba el equipo tratante. Sin embargo, la experiencia brutal y alienante de la psicosis y el encierro, teñía todo el funcionamiento del sistema. Dinámicas incontenibles e inevitables golpeaban fuertemente a aquéllos que trabajaban en este lugar, debilitando así su capacidad de operar como continentes flexibles y consistentes de los altos niveles de ansiedad y destructividad presentes en la tarea.

Los pacientes de la unidad conformaban un grupo muy heterogéneo. Tal vez lo que más caracterizaba a los miembros de este grupo era su carácter marginal y poco ajustado, tanto desde un punto de vista social como psicopatológico. Este carácter disruptivo surgía como resultado de su incapacidad de lidiar con sus propias existencias en el marco de una estructura social determinada. En consecuencia, una vida de confinamiento y encierro marcaba la existencia de estos sujetos, amarrándolos en un destino común de postergación y alienación.

En este contexto, una pesada carga recaía tanto sobre los pacientes como sobre el equipo tratante: enfrentar el contradictorio rol de la unidad, que se definía como un lugar de encierro, pero que al mismo tiempo se

constituía en un espacio dirigido hacia la rehabilitación de sus miembros. El frágil equilibrio existente entre ambos objetivos podía ser rápidamente quebrado, con la consiguiente aparición de vivencias de frustración, descontento y sinsentido, que denotaban una fuerte enajenación y desconexión de la realidad inmediata. Estas vivencias no sólo afectaban a aquéllos que tenían que ser “rehabilitados”, sino también al equipo tratante que se veía inmerso en una dinámica de disociación de la tarea. La respuesta intensamente ambivalente del sistema consistía en el despliegue de estados mentales que fluctuaban entre el repudio y la aceptación de este rol, esencialmente contradictorio y confuso. Esto se materializaba a través de fuertes ataques dirigidos hacia la institución como totalidad y hacia los distintos grupos que conformaban el sistema, o bien a través de estados de pasividad y futilidad que denotaban una atmósfera de estancamiento y paralización.

Por consiguiente, una cultura de desconexión emocional y de desconocimiento de las necesidades y sentimientos de sus miembros permeaba el funcionamiento de toda la unidad. El aislamiento y retraimiento de los pacientes era su respuesta frente a la dura y prolongada experiencia de haber extraviado el vínculo con importantes aspectos de sí mismo en el curso de la enfermedad y del proceso de “institucionalización” (Martin, 1955). Por otro lado, de parte del equipo tratante emergían una serie de estrategias defensivas tendientes a bloquear y ahogar la pesada atmósfera emocional reinante en el lugar. Entre ellas destacaban: respuestas y acciones mecánicas y estereotipadas, un apego rígido a las normas y a la toma jerárquica de decisiones, una disposición permanente a estar desconectado de lo que ocurría alrededor, y la negación de los aspectos más intolerables y sombríos de la experiencia. Esta dificultad para integrar ciertos aspectos de la realidad provocaba la pérdida de las cualidades y los límites contenedores del sistema.

Los supuestos elementos amenazantes presentes en la unidad aparecieron esporádicamente. Sólo en un par de ocasiones fui testigo de episodios de agresividad verbal, principalmente durante las reuniones de comunidad. En un primer momento pensé que las características

intimidantes que son asociadas a este tipo de unidades de tratamiento se manifestarían de un modo mucho más evidente de lo que realmente fue mi experiencia¹⁴. Tal vez el signo más concreto de los presuntos peligros que encerraba el ingresar a este lugar era la alarma que debía portar cada individuo. La mayor parte del tiempo el ambiente del lugar era extremadamente pacífico, aburrido y monótono.

Sin embargo, creo que aquello que dotaba al lugar con un carácter amenazante y perturbador, era la naturaleza alienante, crónica e ilimitada de la locura. Esta naturaleza ominosa e inquietante operaba a través de los temores de sentirse succionado por una realidad ajena y altamente disruptiva. La cultura de desconexión y de indiferenciación era la consecuencia natural de estar en contacto con una experiencia no deseada ni reconocida. Para mí fue muy significativo darme cuenta que cuando escribí el reporte de mis observaciones después de cada sesión, utilicé letras para identificar a los pacientes y nombres para designar a los miembros del equipo tratante. Este sistema emergió sin darme cuenta, como un acto totalmente espontáneo, que manifestaba una parte de mis reacciones inconscientes frente a los pacientes. Una letra puede designar una cosa o una persona, pero no es capaz de distinguir cualidades tan esenciales como el sexo de alguien. Creo que este tipo de designación ilustra un acto de “despersonalización” por medio del cual confirmaba mi participación en esta cultura que tendía a diluir y borrar aspectos fundamentales de la experiencia. Aparentemente, a través de este acto de designación, los pacientes sólo podían ser nombrados a través de una deshumanizada letra. Quizás las intimidantes exigencias de confidencialidad que me impuso Felipe al comienzo del proceso habrían producido el deseado efecto de borrar de mi mente estas “peligrosas” identidades. De cualquier modo, pienso que mi acto revelaría mi propia incapacidad, tal como la de los miembros del equipo tratante, para mantener una “práctica reflexiva” (Hinshelwood, 1996) al enfrentarnos con la psicosis.

¹⁴ Al menos esas fueron las fantasías que me hice cuando se me habló por primera vez de las características de la unidad, tanto por sus usuarios como por las medidas de seguridad.

Bibliografía

- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- BION, W. R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock Publications.
- BION, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London: Maresfield.
- DONATI, F. (1989). A Psychodynamic observer in chronic psychiatric Ward. *Brit. J. Psychotherapy*, 5, 317-329.
- FOUCAULT, M. (1961). *Historia de la Locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- HINSELWOOD, R. D. (1979). Demoralisation and the hospital community. *Group Analysis*, 12, 84-93.
- HINSELWOOD, R. D. (1996). Communities and their health. *Therapeutic Communities*, 17, 173-182.
- HINSELWOOD, R. D. (1999). Creatures of each other: some historical considerations of responsibility and care and some present undercurrents. En: A. FOSTER y V. ROBERTS, (Eds). *Managing Mental Health in the Community: Chaos and Containment in Community Care* (15-26). London: Routledge.
- HINSELWOOD, R. D. y SKOGSTAD, W. (2000). *Observing Organisations, Anxiety, Defence and Culture in Health Care*. London: Routledge.
- KLEIN, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En: M. KLEIN, *Amor, Culpa y Reparación* (1921-1945). Buenos Aires: Paidós.
- MARTIN, D. (1955). Institutionalisation. *Lancet*, 2, 1188-90.
- MENZIES, I. (1960). A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. En: I. MENZIES, *Containing Anxiety in Institutions, Selected Essays, Vol. 1* (26-44). London: Free Associations Books.
- WHITAKER, D. (1989). Group focal conflict theory: description, illustration and evaluation. *Group* 13(3&4), 225-251.

Fecha de Recepción de artículo: 24 de Octubre 2007.

Fecha de Aceptación de artículo: 15 de Enero 2008.