



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

***La escritura como espacio potenciador de la subjetividad
femenina en la locura***

Articulación teórico-clínica a través de una experiencia de taller de escritura desde el
practicantado de ASSE

Estudiante: ROMINA BORBA

C.I: 4.742.866-3

Tutora: PROF. ADJ. LIC. MERCEDES COUSO

Revisora: PROF. ADJ. DRA. CECILIA BARONI

Montevideo, setiembre de 2021

Índice

ÍNDICE	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
LA EXPERIENCIA	5
ARTICULACIÓN TEÓRICO-CLÍNICA	9
ANTECEDENTES	9
LA LOCURA EN LA INSTITUCIÓN TOTAL	17
LA SUBJETIVIDAD FEMENINA EN LA LOCURA	22
LA GRUPALIDAD Y LA TAREA DEL CLÍNICO	28
LA ESCRITURA COMO ESPACIO POTENCIADOR	30
A MODO DE SÍNTESIS	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

Resumen

El propósito del presente trabajo es articular teóricamente la intervención realizada en un grupo de escritura con usuarias del sector de mujeres del Hospital Vilardebó, en el 2020, la cual se enmarcó en el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud de ASSE en convenio con la Facultad de Psicología. El objetivo es analizar cómo este encuentro fue un lugar potenciador de la subjetividad femenina en la locura. Para ello, se hará un recorrido que comienza con la experiencia; sigue con los antecedentes, abarcando por qué surge la necesidad de trabajar con esta población y qué otras instancias dieron pie a la construcción de este taller; la institución total y lo femenino en la locura, a partir de los conceptos de subjetividad femenina, de Basaglia (1987), y de interseccionalidad, de Hernández Artigas (2017), repensando, a su vez, el encierro a partir de la emergencia sanitaria. Continúa con la grupalidad y la tarea del clínico, y, por último, la escritura y su condición potenciadora; en este punto, los conceptos de Winnicott (1971) explican el vector transicional en los vínculos y aportan una visión para pensar el taller como organizador. De esta manera, se pretende discutir los sustentos teóricos pertinentes con el fin de reconocer la importancia de un dispositivo, como lo es el encuentro de escritura o de narrativa, en el trabajo de rehabilitación de las mujeres que atraviesan una situación de crisis o una internación en instituciones donde se trabaja con la locura.

Palabras clave: espacio potenciador, subjetividad femenina, escritura, locura.

Introducción

El propósito de este Trabajo Final de Grado es repensar la intervención clínica, desde un grupo de escritura realizado con las usuarias del sector de mujeres del Hospital Vilardebó, mediante una articulación teórico-clínica.

Esta propuesta fue desarrollada en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud de ASSE,¹ junto a Sofía Porcires, Lucas Sierra e Isabel Sáez, quienes elegimos el Hospital Vilardebó para realizar nuestra práctica preprofesional desde febrero del 2020 a enero del 2021. Contábamos, además, con Leonela Avondet, residente del Programa, con quien pudimos trabajar hasta julio del 2020, y con referentes del hospital como los psicólogos/as Paula Gutiérrez, Alfredo Perdomo, Mónica Rossi y Alejandro Varela.

Con relación al taller que voy a abordar en la siguiente articulación, este fue propuesto y coordinado en dupla, junto a Isabel Sáez. Aunque tuvo un tiempo de intervención corto, surgieron muchos emergentes relevantes y reveladores. Por lo que, el objetivo de este trabajo es analizar la escritura como espacio potenciador desde el encuentro de la subjetividad femenina en la locura y reconocer cómo contribuye al proceso de recuperación en la institución hospitalaria.

Una de las experiencias más valiosas dentro de este período fue la elaboración de un relato que se presentó como una propuesta a una convocatoria para la edición de un libro de diferentes colectivos de las zonas en la que se encuentra el hospital, Villa García y Reducto.

La propuesta es traer esta intervención, acotada y cercana en el tiempo, pero que me ha permitido reflexionar mucho desde entonces. Para abordarla, en primer lugar, se presentan los antecedentes, inicios, metodología y resultados; para luego desglosarlo en temáticas que tocan diversos autores, lo que permite adentrarnos en el proceso y que la producción cobre sentido.

¹ Administración de los Servicios de Salud del Estado.

La experiencia

Por los corredores se ven mujeres, cabellos largos y cortos, miradas fijas, curiosas o alarmadas, ropas viejas y nuevas, sonrisas y llantos. [...] Algunas podemos entablar conversación entre nosotras y otras se ven más atravesadas por sus propias vivencias. Pero aun así es grato «el sentirse acompañadas», generar un encuentro con quienes han pasado por las mismas experiencias o experiencias parecidas. (Fragmento de producción colectiva, p. 4).

Así comienza el relato realizado como cierre del taller de escritura con mujeres en el Hospital Vilardebó, en el año 2020.

La producción fue presentada a una convocatoria para la edición de un libro, cuya finalidad era aunar cuentos, poemas, reflexiones o historias acerca de las vivencias de ser mujer y/o disidencia en experiencias colectivas. Es llevado adelante por el Colectivo Bibliobarrio, la Biblioteca Popular Villa García y el Colectivo Liberta. La propuesta parte del trabajo que viene realizando el equipo docente de la Udelar con colectivos y bibliotecas populares de las zonas de Villa García y Reducto.

Las mujeres denominaron al grupo *Luchadoras anónimas*, *luchadoras* por lo que habían tenido que enfrentar en sus vidas y *anónimas* por la necesidad de presentarse a través de alias elegidos por ellas mismas, esta elección también implica nombrarse de otra forma de la que va signada por la locura.

Con el objetivo de problematizar esta última idea, me parece de suma relevancia traer el concepto de *estigma*; Goffman (2006) lo entiende como signos que dejan ver el estatus moral del individuo y, en este caso, queda «inhabilitado para una plena aceptación social» (p. 7). El medio social es el que establece la categoría de personas, siendo las apariencias las que se convierten en indicador de su «identidad social». Este se conforma en «una clase social de relación entre atributo y estereotipo» (p. 14). Entre las clases de estigma se encuentran «los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad» (p. 14), entre ellos se tiene en cuenta a las personas con sufrimiento psíquico.

Para aportar a la discusión, en el texto *Internados*, Goffman (1961) explica que al llegar un usuario/a, a la institución total, con concepciones personales determinadas por algunas disposiciones sociales de su entorno, se lo despoja de esas concepciones y del apoyo que le brindan. De esta forma, se degrada, humilla y profana el yo. Así es como empieza a verse a sí mismo/a bajo otro tipo de etiquetas, por ejemplo: «soy F20», «soy bipolar», como nos

expresaban algunas participantes; a su vez, son discursos atravesados por la institucionalización psiquiátrica.

El autor desarrolla las nociones de identidad personal y social que representan las definiciones y expectativas del resto de las personas con respecto a la identidad del individuo. Según Goffman (2006):

En el caso de la identidad personal, estas expectativas y definiciones pueden surgir aun antes de que el individuo nazca, y continuar después de su muerte, es decir, que existen, entonces, en momentos en que el individuo carece totalmente de sensaciones y, por supuesto, de sensaciones de identidad. Por otra parte, la identidad del yo es, en primer lugar, una cuestión subjetiva, reflexiva, que necesariamente debe ser experimentada por el individuo cuya identidad se discute. (p.126).

En este sentido, para ilustrar estos conceptos el autor trae el caso del criminal que, para separarse de su identidad personal, utiliza un alias. Esta situación se dio con las participantes del taller, el objetivo era que se presentaran de forma tal que les permitiera circular entre otras y decir lo que piensan, no como usuarias de la institución —pensadas desde un diagnóstico categorial establecido por el equipo técnico, el que a su vez genera en el resto de los actores sociales, dentro y fuera del hospital, falta de credibilidad por las mismas producciones subjetivas que hacen al estigma—, sino como sujetos con el derecho de acceder a otros lugares y espacios de discusión.

Si bien se entiende que, en términos de derechos humanos, ellas también deberían poder portar su nombre en producciones colectivas y que se les otorgue crédito por eso, no debemos dejar de lado el hecho de que la intervención está enmarcada en una institución que dificulta los procesos para la circulación de determinada información, como lo es la identidad de las personas internadas.

Por otro lado, en cuanto a los miedos o conflictos, ellas manifestaron preocupación ante la posibilidad de que en el relato salieran emergentes que no sean aprobados por el hospital y, por ello, pensaron presentarse desde otra identidad. También podríamos tomar en cuenta que asumen un rol de representación de otras mujeres que no pudieron acceder al taller, enfatizando que la historia de ellas es también su historia. Se presentan como «mujeres luchadoras, que traen al relato un grupo más grande que el que escribe aquí y eligen representar su libertad a partir de estos nuevos nombres» (Fragmento de producción colectiva, p. 1).

En la experiencia que voy a plasmar en este trabajo, el taller de escritura tiene como objetivo generar un espacio de encuentro dentro del hospital, que nos ayude a pensar a

todas las implicadas, atravesadas por la grupalidad y por lo femenino en la internación. Temática que es muy referenciada en los grupos de sala.

Más allá de los emergentes que surgieron a partir del tiempo en que nos propusimos desarrollar ese relato, pudimos utilizar ideas o frases de las propias usuarias del encuentro de escritura en otros espacios, como los grupos dinámicos espontáneos, grupos de escucha o del taller de escritura en sus inicios, cuando no teníamos planificada aún la realización de un texto grupal.

Con respecto al encuadre, la actividad siempre contaba con el aforo de seis mujeres, y solo dos coordinadoras por día. A pesar del intento de que fuera un grupo fijo a lo largo del taller, la condicionante de los egresos fue un obstáculo. Por lo que, el relato cuenta con la perspectiva de nueve participantes en total, teniendo en cuenta que algunas se fueron sumando cuando el proceso ya había comenzado, mientras que otras no pudieron compartir la producción final con el resto de las compañeras.

La metodología del taller constaba de un encuentro dos veces por semana, de cuarenta minutos aproximadamente, tanto en el salón Mariposa Azul, donde se realizan las actividades de rehabilitación de mujeres, como en espacios verdes y huerta, cuando los protocolos por covid-19 lo exigieron. Se dio comienzo a mediados de diciembre y finalizó la primera semana de febrero.

En los primeros cinco encuentros, la consigna giró en torno a que cada una escribiera sus vivencias y experiencias en la internación haciendo énfasis en la grupalidad y la convivencia en sala; cómo se sentían con respecto al grupo de escritura o en otros talleres, describirlos con la finalidad de pensar qué las une y para qué estaban escribiendo; reflexionar sobre qué es la locura para ellas, y, por último, seleccionar de todos los textos anteriores lo más importante para que quedara en el relato final.

Sin embargo, luego de que escribieran acerca de todas esas temáticas, se hizo difícil unir en el taller esos emergentes en un relato. Además, se notaba en ellas una necesidad de hablar y compartir verbalmente sus perspectivas sobre el hospital. A tal efecto, la segunda parte del proceso constó en escuchar qué tenían para decir, grabamos sus voces con el propósito de encontrar en sus discursos algo que ayudara a conectar las ideas para conformar el relato y que todas las participantes se vieran reflejadas.

Con respecto a lo anterior, Ong (2001), en Duero y Limón (2007), distingue el relato oral de la narración escrita estanca y rígida, y lo denomina «deformación artificial». El relato «es

indisociable de quien lo narra, así como también de ciertos aspectos comunicativos que hacen al cómo, al dónde, el cuándo, el porqué y el para quién es contado» (p. 271). Se da importancia al contexto en el que tiene lugar, ya sea desde los oyentes de esa narración, del lugar del narrador o de la situación en que están en ese momento con relación a los contenidos.

En este caso, la espontaneidad del encuentro y el lazo que se conformó dentro del grupo tuvo como consecuencia la necesidad de compartir tanto sus puntos en común como sus desacuerdos. La versatilidad de contar la historia y de recontarla de diversas formas hacen del relato una «creación viva» (Duero y Limón, 2007). Se trata de algo que las relaciona con su vida más allá del diagnóstico con el que fueron clasificadas en la sala del hospital.

Para contribuir a este proceso, cada día las coordinadoras llevábamos al taller un borrador, del texto, con la articulación de la diversidad de voces y ellas le daban forma en el encuentro, para así poder algún día, mediante esa narrativa, hacer circular en el lenguaje cotidiano su locura, su internación, sus dolencias y sus alegrías.

El texto despliega diferentes aristas a explorar que interpelan a las usuarias y sus vivencias. Lo más común es lo familiar, el rol de madre, el compañerismo, el tiempo en el hospital, la exclusión, el olvido y el malestar del encierro. Al mismo tiempo, aparece la preocupación por las compañeras que no pudieron acceder al espacio.

En los siguientes capítulos, se articula, desde diferentes autores, esta experiencia. El orden en el que me propongo trabajarlos son: antecedentes, la institución total y lo femenino en la locura, la grupalidad y el lugar del clínico, la escritura y la narrativa.

Se trata de volver a pensar en la importancia del encuentro, en los procesos de recuperación y socialización del padecimiento psíquico, porque permite vivenciar, sentir, así como tejer un vínculo entre las usuarias. El poder de la escritura como mediadora entre la internación, ellas, sus historias familiares y una sociedad representada por la institución que trata de forma diferenciada a quienes la habitan.

Articulación teórico-clínica

Antecedentes

Como ya se ha expresado, esta experiencia es resultado de una intervención realizada desde el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (Udelar) en convenio con ASSE. Este Programa, desde el 2010, brinda la posibilidad de que 36 estudiantes avanzados de psicología (practicantes) y 18 psicólogos, con hasta tres años desde su egreso (residentes), puedan insertarse en servicios de salud distribuidos en trece departamentos en los tres niveles de atención.

Mientras que los residentes tienen tres años en el servicio, rotando a la mitad del período, los practicantes cuentan con un año para el desarrollo de actividades. En ambos casos, la selección se da por llamado público que se realiza una vez al año.

Esta beca de estudio significa para los practicantes un acercamiento inigualable a la práctica profesional, ya que implica aproximadamente 1300 horas en el servicio y 780 de trabajo académico. Las intervenciones se llevan a cabo en un servicio de salud en compañía del o la referente, quien sirve como guía en los primeros pasos de la inserción en el centro de salud.

Está enmarcado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que, mediante la Ley n.º 18.211 (13/12/2007), establece en el Capítulo I, artículo 4.º:

E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse. F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

El convenio interinstitucional supone un avance histórico para la disciplina y la facultad, ya que en él se reconocen las posibilidades de aportar conocimientos a la comunidad (Giménez, López, Perea y Tabó, 2015).

En lo personal, la elección del Hospital Vilardebó involucra un desafío. Si bien he trabajado con personas en contexto de encierro, que tienen vulnerados sus derechos, nunca había abordado la locura.

A la hora de elegir el centro de salud, lo que reafirmó mi elección de esta institución fue la posibilidad de conformar un equipo de cuatro estudiantes para llevar a cabo la práctica, lo

cual, a lo largo de la experiencia, ofició de sostén entre nosotras, dadas las situaciones que tuvimos que vivir en la institución, sumado a la pandemia que se desata en el 2020 por el covid-19.

El Hospital Vilardebó pertenece a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE, y es un hospital psiquiátrico de referencia histórica para nuestro país: «manteniendo hasta hoy el mayor número de plazas de hospitalización por causa psiquiátrica en Montevideo. Se inauguró en 1880 como Manicomio Nacional y es donde se inicia la psiquiatría nacional como especialidad en el año 1908» (Romano *et al.*, 2018, p. 33).

Aloja cerca de trescientas personas² con trastornos mentales severos y persistentes, siendo el diagnóstico de esquizofrenia el que más prevalece dentro de esta población.

El trabajo en este centro de salud nos hace replantear cómo nos paramos frente al sufrimiento psíquico, así como, reconocer la falta de respuesta que hay por parte de la sociedad para este tipo de población excluida. Goffman (1961) determina que 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).

Ahora, luego de varios meses de terminada la práctica, tengo la posibilidad de volver a pensar lo recorrido en el hospital, desde otra mirada y otras lecturas, desde un posicionamiento crítico y reflexivo, aplicando lo aprendido desde los plenarios del Programa y otros cursos de la Facultad.

Uno de los antecedentes que destaco para abordar el espacio de escritura en el sector femenino es la falta de predisposición al encuentro, al abordaje psicológico, a la rehabilitación con las mujeres. Una situación que es postergada desde la institución, y que se refleja, principalmente, en el trato por parte de los técnicos, pero que se percibe también en la disposición de recursos.

Es uno de los elementos que más nos interpela, por ello, fuimos tratando de unir todas las variables que dieran una explicación de la desigualdad de esta población hospitalaria, con quienes, al parecer, nadie quiere trabajar, y de la cual nosotras no estábamos exentas por los atravesamientos institucionales.

² Según datos tomados al 31/12/2019 son 294 personas internadas.

Esto se vio reflejado al comienzo de los talleres de rehabilitación en el sector de mujeres, en el cual nos percibíamos con un mayor agotamiento, cansancio que, una vez detectado, nos hizo observar y pensar cuáles eran las variables que producían este efecto en las coordinadoras. Así, visualizamos que la accesibilidad hacia el sector de mujeres es compleja. Muchas de ellas no pueden ir al espacio porque requiere bajar una larga escalera que da al patio, entonces, quienes tienen problemas de movilidad no se pueden integrar. A ello se suma que, por condiciones climáticas, se complejiza el acceso al lugar de encuentro y el taller debía suspenderse por la imposibilidad de llegar o para evitar un accidente. Otra variable es el caso de aquellas usuarias que tienen sospecha de fuga, a ellas no se les permite desplazarse hasta el taller porque está en un espacio abierto, donde la seguridad no es tan estricta. En definitiva, la situación en el sector de mujeres era sustantivamente distinta al resto de la población del hospital.

Otro ejemplo de ausencias es el que se da en el taller de huerta, en él era casi nula la participación de mujeres. Se las dejaba asistir una vez a la semana, realizar actividades menores como preparar y tamizar la tierra, plantar almácigos o regar; pero no podían utilizar herramientas que sí disponían los usuarios masculinos, como tijeras, podadoras, palas, rastrillos. Me pregunto, ¿es porque las mujeres son más violentas?

Es significativo que, en una asamblea de usuarios con autoridades del hospital, en la cual se discutirían planteos de cambios en las condiciones de convivencia, la invitación nunca llegó al sector de mujeres, haciéndose presentes solo delegados del sector de hombres de cada sala.

Cuando llevamos lo observado y pensado a los referentes de nuestra disciplina y parte del equipo de salud de algunas salas, nuestro asombro fue enorme ante las respuestas dadas: «El por qué es histórico», en un pasado reciente ni siquiera había espacios de rehabilitación en ese sector. Algunos plantean la dificultad de sostener el tiempo de taller por las participantes. Otros decían que en el sector de hombres la permanencia de pacientes, compensados por el cumplimiento de orden judicial, facilitaba sostener talleres por ser un lugar de encuentro y de actividades a realizar.

Es así que, en nosotras, empieza a tomar forma la necesidad de un espacio de mujeres en el que ellas pudieran expresar los sentimientos y vivencias que hacen a la internación y las posibles vías de tratamiento de su padecimiento.

Antecedentes clave de estos talleres y grupos que contribuyeron a generar el interés por la escritura, lugar de socialización y rehabilitación en la locura, son los que tienen sus comienzos hace más de treinta años.

El Centro de Investigación en Psicoterapia de Rehabilitación Social (Cipres) surgió desde la Universidad de la República y trabaja con personas con padecimiento mental grave y sus familiares, «la concepción que propone el centro (y muchas otras instituciones e individuos) es que las problemáticas psíquicas severas involucran, no solo al individuo, sino al contexto familiar y social más próximo, como en una trama» (Palleiro, 2015, pp. 18-19). Se alienta a la intervención en conjunto desde un abordaje de «Psicoanálisis multifamiliar», concepto traído por García Badaracco,³ en el que «la voz del usuario y su familia tiene un peso casi paritario con el técnico. [...] Son distintos saberes: uno sabe porque la está sufriendo, el otro sabe porque estudió para poder ayudar» (Palleiro, 2015, p. 20).

«El primer taller que se abrió, en 1995, fue el de Escritura. Funcionaba en el Hospital de Clínicas, a continuación del Grupo de Escucha» (Poch, 2011, p. 1). Luego se sumaron los espacios de música, arte plástica y el cine foro.

Los coordinadores expresan que el taller de escritura «ha llevado a jerarquizar un acceso a la palabra que pasa por el hecho de ser escuchados, escucharse entre ellos, buscar las palabras para comunicarse verbalmente o por escrito y jugar con las palabras» (Schkolnik, Svarcas, Poch y Palleiro, 1996, p. 1). Asimismo, constituye un espacio lúdico que estimula tanto el juego como la creatividad y en el que se pueden desplegar aspectos más sanos comparados con los emergentes del grupo de escucha. En esos talleres, «pueden hablar mucho más de sus vivencias, han logrado un acercamiento a la palabra mucho mayor que les permite comunicar “lo loco” de otra manera y al mismo tiempo contactar con ese mundo interno que les era inaccesible» (Schkolnik *et al.*, 1996, p. 20).

A través de la promoción del pensamiento crítico y la reflexión es que se forma un nuevo sistema de comunicación que transforma representaciones generadas a su vez por una «actividad simbólica potenciada». Por esa razón, es necesario, según Mirza (2009), «un arte crítico que cuestiona la rigidez de las instituciones, los automatismos de la costumbre y la repetición, para explorar las oscuridades de lo ambiguo y lo polisémico, las opacidades del sentido y la emergencia de lo nuevo» (en Sosa, 2012, p. 5).

³ Psiquiatra psicoanalista argentino, creador de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar.

La Radio Vilardevoz también tiene su taller de escritura, desde el cual sus participantes enfatizan que se pone «una antena a la locura», pretende instalar «formas de hacer y de pensar lógicas de cuidado y de contención afectiva, alternativas a las existentes, ante tanto desamparo» (Baroni, 2015, p. 5).

En su historia, de más de veinte años, han ido desarrollando diversos dispositivos que impulsan una intervención alternativa, conjugando y articulando la comunicación, la salud mental, en clave de derechos humanos, y la participación como sus principales campos disciplinares. Se presentan como antecedentes en su trabajo las influencias de la psicología crítica alternativa en Uruguay y la psicología social crítica argentina, «estas corrientes propusieron y promovieron la existencia de otras formas de producir conocimiento, a partir de la práctica, de las acciones, que dieron lugar a nuevas teorías que emergieron de las mismas» (Itza y Giordano en Baroni, 2015, p. 29). También se hace referencia a la noción de dispositivo desde Foucault,⁴ de instituido-instituyente y de grupo sujeto grupo objeto, desde Loureau,⁵ y de subjetividad, teorizado por Guattari.⁶

Desde el año 2009, el taller cuenta con dos coordinadores y tiene como objetivo la lectura y el intercambio (Correa, *et al.*, en Baroni, 2015). En él «se escribe tanto para el boletín, la página web o para producciones radiales planificadas y donde además se escribe por el gusto de escribir» (Radio Vilardevoz, 2021, párr. 16).

De esta manera, «Vilardevoz apuesta a una habilitación partiendo de habilidades que posibiliten la emergencia de lo creativo, lo productivo y, por sobre todas las cosas, trabaja para la recuperación de una identidad de sujeto deseante, capaz de producir transformaciones» (Itza y Giordano en Baroni, 2015, p. 35). Desde el taller de escritura se apunta a incentivar en cada participante su creatividad y habilidades, «expresión que exige dejarse habitar por un recuerdo, por una emoción, por un acontecimiento. Escritura como forma de elaboración de aquel recuerdo, de aquella emoción, como herramienta que permite transformar y transformarse en el acto de escribir» (Itza y Giordano en Baroni, 2015, p. 50).

Si bien la mayoría de las personas que asisten ya no cuentan con internación hospitalaria, parecen estar aún internados en su diagnóstico. Percia (2004) destaca «una clínica de las

⁴ Filósofo, historiador y psicólogo francés. A lo largo de su obra trata el tema del poder atravesado por el poder disciplinario, el biopoder y los dispositivos de la locura y la sexualidad.

⁵ Sociólogo y psicoanalista francés, es uno de los principales teóricos de análisis institucional y el concepto de implicación.

⁶ Psicoanalista, filósofo y semiólogo francés. Fundador del esquizoanálisis.

psicosis basada en la invención de discontinuidades» (p. 56), por otro lado, Moffatt (2007, en Baroni, 2015) establece que el tiempo en las psicosis es vivido como tiempo detenido e infinito. Vilardevoz produce un corte, sacando al sujeto de su tiempo subjetivo y llevándolo a la tarea grupal, a la escritura, la producción y la comunicación que creía perdidas.

De León (2005) expresa que en el taller «las reuniones resultaban muy participativas y los temas de interés eran abordados desde las condiciones vividas: las dificultades de inserción laboral, las condiciones de tratamiento y de internación-externación, la segregación» (p. 124). Se rescata la singularidad de cada participante, la capacidad de compartir narrativas vinculadas con su ingreso al sistema de atención de salud mental y con su historia, a pesar de estar identificados con el discurso del paciente psiquiátrico atravesado por la institucionalización.

Con respecto a esto último, considero importante problematizar cómo Guattari (2004, en Baroni, 2015) expresa que las producciones de subjetividad capitalistas, dentro del capitalismo mundial integrado, configuran a todos los individuos dentro de las mismas concepciones de normalidad, valores y jerarquías; estableciendo un único modo de sentir, pensar, actuar y desear. Es por esto que el autor plantea otros procesos de singularización que son una forma de «rechazar todos esos modos de codificación preestablecidos, todos esos modos de manipulación y de control a distancia, rechazarlos para construir modos de sensibilidad, modos de relación con el otro, modos de producción, modos de creatividad que produzcan una subjetividad singular» (p. 58). Es de interés cuestionar que, si bien se busca que las/os participantes de los talleres presenten producciones que puedan habitar y ser entendidos por otros espacios y personas por fuera de la institución, no hay que dejar de lado los discursos que dan cuenta de su realidad como usuarios/as de salud mental.

La Comunidad Terapéutica Castalia, cuyos inicios datan de 1985, se formó a partir de lo que originalmente era un «grupo de estudios e investigación en trastornos psicopatológicos, severos y persistentes, y en su abordaje psicoterapéutico» (González Regadas, 2015, p. 1). La institución nuclea una asociación científica de psicoterapeutas, que ejerce una rehabilitación con enfoque psicosocial, y un centro de formación para técnicos y profesionales. Se presenta «abierta, participativa, activa, crítica, con un equipo asistencial plural que se hace cargo, en forma muy horizontal, de realizar diversas tareas» (González Regadas, 2015, p. 2). Instaló dispositivos de rehabilitación desde lo grupal en Uruguay, tomando ejemplos de otras comunidades terapéuticas situadas en países como Argentina. Uno de estos dispositivos implicaba la asamblea de pacientes que hasta hoy en día es una

de las intervenciones más importantes a la hora de trabajar en términos de recuperación. En este sentido, González Regadas (1986) establece que «el objetivo de las Asambleas Comunitarias en el Hospital Psiquiátrico consiste en descentrar la acción terapéutica de los técnicos y poner el eje en los pacientes y los recursos auto-terapéuticos de estos, funcionando en forma colectiva» (p. 1). A mediados de los noventa la forma en que la comunidad trabajó tuvo las siguientes características: «ser, en su mayoría, de concurrencia diurna. [...] Desarrollar sus actividades en el campo amplio de la rehabilitación psicosocial y no estar circunscriptas solamente a las adicciones. [...] Incluir al entorno familiar y próximo de los clientes» (González Regadas, 2001, p. 7). Así se planteaba la búsqueda de alternativas que no fueran los tratamientos hegemónicos del momento, como lo es el médico-psiquiátrico.

Aparte de estas experiencias, en el Hospital Vilardebó hubo otros espacios dedicados a la escritura, sus producciones son compartidas al público en diferentes formatos. Un ejemplo de esto es el libro *Privilegio de volar* que compila los textos realizados en un taller de escritura en el Centro Diurno de la institución desde el 2002 hasta el 2009, a excepción de los años 2005 y 2007. Este proyecto se encontraba dentro del programa Atención a Colectivos Vulnerables del Área Ciudadanía Cultural, de la Dirección Nacional de Cultura del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). El espacio contaba con un docente y compilador del libro, Pablo Trochón, y dos psicólogos coordinadores (Malcuori, 2010).

La Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (Audepp), en mayo del 2019, destaca un trabajo realizado en el Hospital Vilardebó y que presenta en el texto «De talleres literarios: construyendo subjetividad en contextos de exclusión». Se habla de los efectos de la estigmatización y la iatrogenia causados por la institución manicomial y asilar, lo cual produce un corte en la historia de los sujetos y su existencia se reduce al diagnóstico del padecimiento psíquico y a su correspondiente tratamiento. Es por esto que, en el taller, la escritura permite a sus participantes profundizar en su mundo interno mediante la elaboración de relatos y expresión de palabras, generando así una identidad distinta a la hospitalaria (Di Bono y Varela, 2019). El dispositivo grupal planteaba la rotación de sus participantes semana a semana, por lo que se enfatiza la cualidad de «rasgo itinerante» y que cuenta con una «grupalidad lo suficientemente estable como para la construcción de una cultura que es reforzada con la reiteración, taller a taller, del encuadre de trabajo» (Di Bono y Varela, 2019, p. 7). Los coordinadores explican que, en el espacio, en general, había de seis a quince usuarios participando. En lo que refiere a su metodología, hablan de tres momentos: el primero es donde los concurrentes se presentan, tanto el equipo coordinador

como los participantes, se explicita el encuadre de trabajo y la importancia del respeto por las producciones del grupo; el segundo momento consta de la presentación de un disparador, como un cuento, poema, imágenes, etc.; y en el tercer momento se plantea una consigna, como escribir, leer o analizar un texto, para que en el momento de cierre se pueda compartir con el grupo esa creación si así se desea.

Los espacios como taller de lectura del Centro Diurno, taller de comunicación en el sector de mujeres y el diario *Tras el Estigma*, que reúne la publicación de ambos sectores, fueron un pilar fundamental en los cuales nos apoyamos para empezar a diagramar esta propuesta de taller de escritura con las mujeres.

Las dinámicas empleadas en estos encuentros se nutren en el diálogo con la bibliotecóloga que trabaja en el Centro Diurno; por ejemplo, en el uso de algunos disparadores como: cuentos cortos, poemas desde los cuales se podía intercambiar moralejas, acertijos, refranes, así como preguntas que dejaban los usuarios.

Otro aporte es el taller de comunicación del MEC que integra el Programa Aprender Siempre. Las coordinadoras eran una profesora de Literatura y una licenciada en Comunicación. Del intercambio con ellas recortamos disparadores como textos, imágenes, canciones, sonidos y el uso de una radio.

También tomamos insumos para nuestros talleres de la experiencia del diario *Tras el Estigma*, cuyo objetivo era exponer la producción de los usuarios, sus escritos o dibujos y compartir, a través de una entrevista, particularidades de su proceso creativo, así como de su vida.

Sin embargo, cuando se acercó esta propuesta a las mujeres, nos dimos cuenta que pretendían otra cosa del diario. Querían tener un rol más activo y propositivo. No de queja de las condiciones hospitalarias, sino más como una forma de agradecimiento hacia el equipo de enfermería, por lo que la institución les daba. Se evidenciaba, así, su manera de vivir la internación, siendo esto lo que se convirtió en uno de los objetivos de comunicación.

En este espacio ya se podía ver el interés de las participantes de hablar del egreso y los miedos que esa situación les generaba. ¿Qué particularidades presenta este encuentro de escritura con mujeres internadas? ¿Era el hospital una variable tan importante para tener en cuenta al momento de analizar los emergentes de este taller?

La locura en la institución total

La locura y la institución en el Uruguay de hoy en día, atravesadas por una pandemia mundial por la enfermedad covid-19, establecen determinadas circunstancias y condiciones de vida que son imprescindibles para analizar este trabajo.

Por un lado, la locura es definida como una necesidad de soledad: «como prescindencia del lazo al Otro, que aísla al sujeto sumergiéndolo en estados de gran desorganización, pero no por decisión o gusto, sino por la imposibilidad de hablar de un dolor inasible, imposible de poner en palabras» (Maleval, en Muñoz, 2009, p. 128). De León (2005) habla de la diversidad de sentidos en los que se produjo desde un punto de vista histórico. Frente al miedo y la molestia que genera, el encierro la ha acompañado desde hace varios siglos. Sin embargo, es con la constitución de los Estados modernos, donde se explica al encierro como un tratamiento y a la locura se la clasifica como enfermedad mental. A la vez, el sistema jurídico y sanitario toma el lugar de la religión que hasta entonces la administraba y le daba un porqué. Es por esto que:

La enfermedad mental se produce en la intersección y como resultado de una tensión particular entre fuerzas que provienen de dimensiones institucionales sanitarias (el manicomio y los niveles de atención), jurídicos (legislación sobre condiciones de tratamiento, juicio de incapacidad, etc.), familiares y barriales, a través de mecanismos de depositación y exclusión. (p.119).

Hoy en día, en Uruguay existen tres modelos de atención en salud mental que conviven, dos de ellos se manifiestan claramente en el Hospital Vilardebó.

Uno de esos modelos es el *asilar*, el cual tuvo su auge en el siglo XIX hasta que empieza a ser cuestionado en el siglo XX. Propone internaciones de larga estadía en instituciones totales, en las que se ofrecen los recursos para las necesidades básicas, e implica poca participación por parte de los usuarios/as, con casi nulo contacto con el afuera. Uno de los ejemplos de este modelo se encuentra en las «plazas de larga estadía» del hospital. También se nota la presencia del *modelo hospitalocéntrico*, que tiene en común con el anterior la falta de toma de decisión por parte de los pacientes sobre sus tratamientos y es llevado adelante por la organización del equipo de salud. La atención está centralizada en la institución y principalmente asiste a las personas durante el período de agudeza o descompensación, acompañado de un seguimiento posterior al egreso. En ambos, se nuclea un 70 % de los recursos humanos de ASSE, mientras que el tercer modelo, el de *salud mental comunitaria*, cuenta con un 30 % (Romano, et al., 2018).

Para pensar la forma que se desenvuelven las locuras en el hospital, es importante tomar en cuenta cómo las diferencias que hacen a los individuos se borran y se forma un estatus único, el de «enfermo mental». El cual es rechazado por nuestra sociedad fijándose en «una especie de anonimato hecho de resignación» (Mannoni, 1981, p. 19). Al respecto, se puede ver cómo la internación los atraviesa y los moldea mediante una «enfermedad institucional», sumada al padecimiento inicial con el que ingresan, debido a la dinámica del centro de salud (Mannoni, 1981).

Luego de un tiempo internados, podemos ver cómo los usuarios presentan patrones de conducta similares o un lenguaje parecido al de sus compañeros, a consecuencia de convivir con las mismas personas un largo período de sus vidas. En este sentido se presenta una «identificación proyectiva». La transferencia no solo se da en la relación médico-enfermo, sino que también existe entre la institución y el usuario. Así es como queda atravesado por el lenguaje institucional,

... habla desde un lugar en el cual se desarrollan en grados diversos, conflictos persecutorios propios de la vida en un medio cerrado (conflictos entre los terapeutas, conflictos entre los terapeutas y los pacientes, conflictos de los enfermos entre ellos). (Mannoni, 1981, p. 20).

Por otro lado, Basaglia (1976, en Percia, 2004) habla del psiquiátrico como un constructor de identidades. El individuo encerrado termina adoptando en su cuerpo la imagen que le es propuesta.

Un ejemplo bastante visual de la identificación entre pacientes es el constante cambio de «posesiones», como ropa o elementos personales. Así como la reivindicación por parte de un usuario cuando algún funcionario u otro paciente trata de forma violenta a uno de sus compañeros. La locura y el hospital los despersonaliza, haciendo que generen una identidad en común. Según Moffatt (1973, en Percia, 2004) «el paciente no posee nada sentido como propio, ni siquiera su propia ropa, es un mundo uni-sexual, las salas con las camas en largas hileras no permiten la reconstrucción de grupos primarios» (p. 199).

En todas las ideas traídas a los espacios de rehabilitación se colaban discursos de la institución. Usuarías que luego de cada actividad preguntaban si se habían portado bien, lo cual dejaba entrever el vínculo con los funcionarios y el miedo hacia las autoridades, estos practicaban un sistema de premios y castigos para el control u organización de las internadas. De esta forma, se produce «un personaje sin autonomía para decidir o expresar lo que piensa. Una forma identitaria dependiente de un poder caprichoso, devota de un ser superior» (Percia, 2004, p. 53). Era común que las mujeres llegaran a los talleres a

denunciar que algún funcionario le había dicho que habría consecuencias si no se comportaba, como: «Mirá que no te van a venir a visitar». Incluso en los espacios de escritura algunas comentaban que las trataban «como locas o perros».

Esta falta de autonomía es causada por las formas que la institución total tiene de relacionarse con las personas que aloja, «los chalecos (físicos y químicos), adormecimientos y acompañamientos de represión-control, así como la psicologización de las intervenciones, contribuyen con los procesos de cronificación y con la construcción del estatus del *no puedo* y la dependencia» (De León, 2005, p. 121).

Además, la ausencia de privacidad en la que las usuarias se veían forzadas a vivir era uno de los emergentes recurrentes en el espacio de escritura, «algo tan simple como una puerta en el baño no existe, coartando la intimidad, al no tener espejos ni relojes algunas no han notado siquiera el paso del tiempo en sus propios cuerpos» (Fragmento de producción colectiva, pp. 5-6). Percia (2004) también expresa que «asistimos a una vigilancia sin intimidad. No hay lugar para que alguien esté a solas consigo mismo: a veces, con la excusa del control necesario, se anulan puertas en los baños» (p.199).

Con respecto a los egresos del hospital, muchas manifiestan miedo, ya sea porque «El país es demasiado grande y afuera hay cosas peores que acá adentro» o «Al estar internada en este hospital tengo todo, en mi casa no tengo nada».

Es que aparte del sufrimiento psíquico que padecen, también hay que tener en cuenta la vulneración de derechos a la que son sometidas, «la relación entre razón y locura “segregada” es esencialmente la relación entre poder y miseria» (Basaglia, 1987, p. 70).

Esto se reflejaba en las dificultades que afrontaba el equipo de salud al hacer trámites para el egreso de usuarios, o incluso cuando reingresaban al hospital por no tener un hogar al cual volver. Así se genera un fenómeno de «puerta giratoria» (Pezzani, 2017), como consecuencia del reingreso frecuente de algunos pacientes y obstáculos a la hora de brindar un tratamiento adecuado a las personas.

De esta forma, manifiestan que la institución, el Hospital Vilardebó en este caso, es su hogar, conformado por individuos que son considerados como familia. Y es por eso que a veces aparece el deseo de permanecer allí.

Sin embargo, la mayoría sienten que están cumpliendo una pena. Se deja ver en sus discursos: «Me voy en libertad», lo cual puede estar relacionado con la calidad de judicializados/as de gran parte de los usuarios/as del hospital. Es un estatus que les impide

irse sin la autorización de un juez a pesar de haber llegado a una compensación en cuanto a su padecimiento. Mannoni (1981) asegura que al «acto psiquiátrico se lo experimenta dolorosamente, a menudo como una forma de coerción educativa, que recuerda las sanciones de la infancia. [...] las demandas del enfermo en el asilo se formulan en términos que recuerdan extrañamente los de las prisiones» (p. 20).

Zito Lema (1974, en Percia, 2004) le otorga la categoría de muertos civiles a los usuarios por estar en privación de libertad y de derechos, tales como disponer de sus bienes, cuidar de sus hijos/as, participar en la política o en otro tipo de espacios. De esta forma, compara el manicomio con la cárcel. Hace énfasis no solo en comportamientos de los funcionarios, sino en las condiciones edilicias observadas en los Hospitales Melchor Romero, Borda y Moyano, que tienen muchas similitudes, por no decir todas, con las sensaciones que nos deja el Vilardebó para los/as que tenemos la posibilidad de pasar por ahí:

... malos tratos y torturas, médicos que no van nunca o aparecen sólo para medicar, pocos enfermeros y sin formación, comida mala, moscas que invaden todo, olores nauseabundos, cabezas afeitadas, personas semidesnudas, bocas desdentadas, duchas sin agua caliente, edificios con techos que se caen, paredes agrietadas, puertas clausuradas, ventanas sin vidrios, y todas las formas de abandono imaginables. (p. 197).

Las condiciones del hospital muchas veces impresionan. Las plagas que habitan entre los pacientes, así como diferentes olores percibidos, o ver comida tirada, hacen que el espacio no sea un lugar digno, donde algunas mujeres pasan gran parte de su vida. Por ejemplo, dentro de las asociaciones que las usuarias hacían en los talleres de comunicación, al escuchar estímulos de sonidos como el de papel crepé, lo relacionaban con el ruido del aleteo de una paloma, con las cuales conviven en sala.

Esto deja a la vista la importancia que se le da a este tipo de instituciones, no solamente en nuestro país, sino en casi todo el mundo. Los horrores del encierro dan cuenta de un Estado que abandona a los locos, controlándolos, ignorándolos, reprimiéndolos, pero a su vez desprotegiéndolos (Percia, 2004).

Para finalizar este capítulo, me gustaría hacer énfasis en la situación pandémica que nos tocó vivenciar en la institución durante la práctica, ya que se puede repensar el encierro como analizador del padecimiento de las mujeres en posición de vulnerabilidad.

El 30 de enero de 2020 tras la expansión mundial del covid-19, la OMS declara riesgo de salud pública a nivel internacional. La enfermedad llega a Uruguay a mediados de marzo y el hospital se convierte en el segundo lugar de brote en el país.

Debido a esto, el servicio tuvo que extremar sus medidas de contención del virus para hacer frente a la situación. Estas medidas implicaron implementar equipos de protección para los/as funcionarios/as, mientras circulaban por las salas y el centro de salud en general, la emergencia cerró los ingresos por dos semanas, las altas hospitalarias fueron suspendidas por un mes y se prohibieron las visitas a los pacientes, algunas áreas de la institución fueron designadas para aislar a personas con covid-19 y en otra a las que tenían posibles síntomas, los talleres y encuentros grupales fueron suspendidos, así como las sesiones de electroconvulsoterapia, los usuarios ambulatorios continuaron con atención mediante la telemedicina (Klenner, *et al.*, 2020).

Esto nos permitió visualizar cómo se intensificaban las injusticias hacia las usuarias dentro de la institución, separándolas mucho más del exterior. Como ejemplo, los paseos mensuales que se hacían a espacios públicos de la ciudad se suspendieron hasta el día de hoy. Sobre todo, en el primer momento de la pandemia, donde el servicio fue uno de los focos principales, era casi de lo único que se hablaba en los medios, estigmatizando a la población contagiada.

El lugar de encuentro del comedor ya no se podía utilizar para hacer talleres mixtos o para almorzar y cenar, «las características habituales (previas a la pandemia) de las instalaciones del Hospital Vilardebó y su dinámica de funcionamiento (salas compartidas, patios y comedores comunes), así como las actividades grupales que promueven la interacción entre pacientes, incrementaban el riesgo» (Klenner, *et al.*, 2020, p. 107).

La suspensión de la comunicación entre familiares y pacientes intensificó el aislamiento de estos últimos que ya de por sí tenían poco vínculo con sus afectos, «todos los pacientes hospitalizados sufrieron la repentina interrupción del contacto con el exterior, con dificultades para comunicarse incluso telefónicamente con sus seres queridos. Se les impuso una realidad nueva, inesperada y difícil de comprender» (Klenner, *et al.*, 2020, p. 104). Así es como se va «obstaculizando la creación de sentidos y sostén a la identidad desde un afuera, lo no encerrado y tratado» (De León, 2005, p. 121).

Por otro lado, una vez que los espacios grupales fueron aprobados, la dificultad del equipo de salud de explicar los riesgos de no cumplir con los protocolos de distanciamiento, uso de tapabocas e higienización, se intensificó debido a la falta de comprensión del peligro. Algunas usuarias manifestaban estar cuidadas en una burbuja dentro de la institución, en el sector de hombres los pacientes decían que como ya habían afrontado la enfermedad no les volvería a suceder.

... las características de algunos cuadros clínicos determinaban en los pacientes una mayor dificultad a la hora de comprender la enfermedad y sus formas de contagio, así como para llevar a la práctica las medidas de control sanitario, lo cual representaba un desafío para el manejo intrahospitalario del virus. Los cuadros de excitación psicomotriz y la dificultad para mantener el distanciamiento físico son un ejemplo de esto. (Klenner, *et al.*, 2020, pp. 107-108).

Es de destacar, en este contexto, el nivel de flexibilidad y de readaptación que tuvo que tener el equipo de salud, muchas veces dejando de lado sus propias angustias, miedos y estrés para brindarle atención a los usuarios. Aparte de esto se hizo necesario «reaprender a vincularnos con nuestros pacientes, usando equipos de protección personal que nos cubrían el rostro y el cuerpo por completo, que nos limitaban la capacidad de expresión en momentos en que la sentíamos más necesaria que de costumbre» (Klenner, *et al.*, 2020, p. 104).

Finalmente, para poder tener en cuenta la particularidad del trabajo con mujeres en una institución como lo es el Hospital Vilardebó hay que visibilizar las complejidades que ellas enfrentan. Si bien todos los internados/as son atravesados por el aislamiento y la exclusión, ¿existen diferencias dentro de la internación en el sector de mujeres comparándolo con el sector de hombres?, y, si las hay, ¿cuáles son sus causas?

La subjetividad femenina en la locura

La falta de escucha por varios actores del hospital hace que las mujeres queden posicionadas en la no palabra, la incógnita, el vacío de propuestas, así como en la imposibilidad de expresarse frente a determinadas injusticias sufridas.

Al respecto, Franca Basaglia (1987) trae la noción de subjetividad femenina, algo que nos puede ayudar a arrojar un poco de luz sobre las diferencias percibidas en el hospital y las temáticas en las que las usuarias hacen hincapié en los grupos.

Esta noción establece a la mujer como históricamente débil, percepción que es explicada por hechos naturales. Este concepto ha llevado a que no se la considere un «sujeto» y hace que se perpetúen todo tipo de abusos. Sus necesidades y deseos siempre tienen que estar con relación al hombre, el único reconocido como sujeto. Es por esto que en primer lugar «la mujer ha sido considerada “naturaleza”, pero una naturaleza fabricada por una cultura que ha logrado así delimitar el espacio en que ella debería expresarse» (Basaglia, 1987, p. 39).

A su vez, la autora habla de la mujer como un «cuerpo-para-otros» y, mediante la subjetividad, su sexualidad es limitada a la reproducción, por lo que, una anomalía femenina pone en duda lo que es ser mujer. Esta falta de autonomía con respecto a su sexualidad también se demuestra en el ámbito en el que es recluida, el doméstico, el único en el que puede expresarse. Por otra parte, la subjetividad de la mujer comprende un constante dar, sustentando los deseos y las necesidades de otros, pero anulando los propios al mismo tiempo. El cosificar y objetivar su cuerpo la transforma en la poseedora de la obligación de realizar acciones de sostén, protección, nutrición y comprensión (Basaglia, 1987).

En tercer lugar, tiene la condición de ser «madre-sin-madre», en el entendido de que a las hijas se las educa con las limitaciones correspondientes, que no debe sobrepasar, ya que, si lo hace, puede sufrir exclusión o no ser considerada mujer. Mientras que al varón se lo alienta a superarse y desarrollarse, a ellas se les enseña a reprimir todos los intereses y acciones que la aparten de sus tareas desde lo sexual y familiar. También se puede pensar una propensión mayor a la soledad con respecto al hombre, por el hecho de que no hay una madre a la cual recurrir en un intento de regresión al seno materno. Al casarse, la mujer pasa de la tutela de su padre a la tutela de su esposo (Basaglia, 1987).

Es por esto que para pensar la locura en lo femenino es importante articular estos tres componentes, con el objetivo de contextualizarla:

La mujer como naturaleza, la mujer como cuerpo-para-otros y la mujer madre-sin-madre son las tres situaciones características de la condición femenina; las tres indican claramente la ausencia de una alternativa dialéctica: la mujer es naturaleza prefabricada o no es mujer; es cuerpo-para-otros o no es cuerpo; acepta su condición de ser madre sin madre o deja de existir. (Basaglia, 1987, p. 47).

Esto genera la perpetuación de la sumisión, «la limitación dialéctica, que se traduce en carencias de alternativas reales, es lo que ha sumido a las mujeres en un estado lamentable de impotencia, que aflora en diversos modos de expresión, todos ellos históricamente determinados» (Basaglia, 1987, pp. 53-54).

En la etapa de familiarización de nuestra práctica, nos acercamos al Museo del Hospital Vilardebó, situado al lado de la emergencia, con el objetivo de conocer más sobre la historia de la institución. Recuerdo nuestro asombro cuando nos mostraron antiguos libros de los años 1920, los cuales contenían los ingresos y egresos de cada usuaria. En ellos se daba cuenta de los diagnósticos con los cuales fueron admitidas, su tratamiento, evolución y hasta dos fotos, una que mostraba el momento en que entraba a la internación y otra a la salida. Uno de los diagnósticos que me interpeló fue el de una mujer que había sido

clasificada en la ficha como meretriz e histérica, en sus antecedentes se explicaba una pelea que tuvo con uno de sus clientes.

Creo que en este ejemplo podemos visualizar cómo la locura, según lo plantea Foucault en su obra, se debe tomar como producto de lo histórico-social, debido a todos los obstáculos que sortearon las mujeres, las condiciones que le eran impuestas, la opresión sufrida y los medios que tuvieron que usar para liberarse. La carencia de poder y obligaciones desde el plano social hacen que se pueda tener una idea más esclarecedora de lo que significa la «enfermedad mental» como sufrimiento (Basaglia, 1987). Y, además, se visualiza cómo su sexualidad siempre tiene que existir en función de un hombre, lo que a su vez la puede llegar a condenar si esta no es la expresión de una sexualidad abocada a la vida familiar.

Y ello, resuena hoy día, por ejemplo, la maternidad es una identidad que las atraviesa, por eso era uno de los emergentes principales en los grupos. Surgen temáticas de hijos robados, fallecidos y sobrinos que son como hijos. «Quiero estar bien para recibir a mi familia», decían. Algunas incluso confunden a los/as practicantes con sus hijos/as.

Casi siempre su discurso se relacionaba con las problemáticas que tienen con su familia y los proyectos que comentan al momento del egreso en general la involucraba. Entre ellas se reconocen mediante vínculos de parentesco. Una usuaria cuenta que se lleva bien solo con las abuelas de la sala, con el resto no tanto, «no hay amistades en el hospital». Pero aun así saben que solo confían en ellas mismas para defenderse del maltrato. Otra participante expresa cómo intercedió ante el atropello hacia una compañera: «no podía ver con la injusticia que la estaban tratando». ¿Será esta la única herramienta que les queda ante el aislamiento de la sociedad y el maltrato de la institución?

Cuando tenían la posibilidad de hablar de la internación en el encuentro de escritura siempre traían como sostén la solidaridad que se genera entre ellas. Una de las participantes expresa: «Quieras o no quieras tiene que haber compañerismo, tiene que haber coraje, pero sin compañerismo no se puede».

Otro de los emergentes que notamos al realizar las entrevistas en sala es que gran parte de las mujeres, que nos tocó escuchar en ese espacio, tenía en su historia de vida varios abusos sexuales o de violencia de género perpetrados por exparejas o familiares cercanos. Una gran cantidad de ellas estaba en situación de vulnerabilidad, vivían en asentamientos o ejercían el trabajo sexual como única opción.

Basaglia (1987) habla del cuerpo femenino como un objeto de esclavitud, donde se concentra la mayoría de las reivindicaciones de las luchas feministas:

Considerar cuáles son los temas a través de los cuales pasa la lucha de liberación de la mujer nos da la medida del peso y de la presión naturales y culturales que el cuerpo representa a sus ojos: maternidad, contracepción, aborto, sexualidad, lesbianismo, violación y estupro, son los temas de fondo, prescindiendo de los cuales la mujer no es libre de enfrentar lo que concierne a la paridad de los derechos en el trabajo, el status social, la pertenencia a una clase. Y hablan de los problemas de un cuerpo que no puede prescindir de sus caracteres naturales, pero sabiendo que sobre ellos ha sido fabricada su esclavitud. (pp.14-15).

Con todos estos elementos a considerar, concluimos que nos enfrentamos a un nivel mayor de desigualdad que en el sector de hombres. Ya de por sí, el «enfermo mental» sufre una doble opresión como menciona Zito Lema (1974, en Percia, 2004), por un lado, la de clase, ya que la mayoría de los usuarios vienen de los sectores más postergados de la clase trabajadora y, por otro, la que se padece dentro del encierro en el hospital. En el caso del sector de mujeres, se suma una opresión más, la de género.

Es por esto que para el abordaje con esta población debemos pensar en la idea de interseccionalidad, la identidad femenina se suma a las identidades de la locura y la vulnerabilidad social, lo que provoca, según Basaglia (1987), una triple exclusión: mujer, pobre, loca.

Hernández Artigas (2017) trae el concepto de opresión que junto al de dominación son generadores de injusticia, por ser mecanismos de restricción que implican obstáculos a la hora de distribuir equitativamente la cultura, la división del trabajo e incluso las elecciones de vida. Si bien siempre pensamos que la opresión se da de forma tiránica, de un grupo sobre otro, la mayoría de las veces se da de modos más *discretos*, se encuentran en las normas, prácticas, costumbres, simbologías de determinadas individualidades que ejercen esa opresión, intencionadamente o no, sobre algunos grupos sociales.

La interseccionalidad se presenta como un analizador de este conjunto de opresiones a las que un individuo se puede enfrentar, visibilizando y evaluando cada una. Se da el ejemplo principal de las mujeres, las cuales pueden sufrir una discriminación múltiple por ser racializadas, pertenecientes al colectivo LGTBIQ, por presentar discapacidades o trastornos de diferente tipo, por obesidad, por ser obreras o adultas mayores. La interseccionalidad no solo ayuda a «comprender y contribuir a solucionar diversidad de opresiones, sino también para permitir que varias perspectivas y feminismos salgan a la luz, ampliando el

conocimiento de nuevas mujeres que, a su vez, participarán en el desarrollo de redes de apoyo» (Hernández Artigas, 2017, p. 281).

Asimismo, Hernández Artigas (2017) sostiene que los «individuos que por razones de sexo, raza, etnia, clase o religión pertenecen a unos grupos sociales que, generalmente, son mal vistos. [...] son oprimidos desde cinco perspectivas distintas: explotación, marginación, des-empoderamiento o carencia de poder, imperialismo cultural y violencia» (p. 278).

La explotación se puede visualizar en las mujeres que dedican una importante carga horaria en un ámbito doméstico, haciendo tareas que no son remuneradas ni económica ni emocionalmente. A su vez, trabajan en un ámbito laboral que les paga menos que a sus pares hombres, por la misma cantidad horaria, o inclusive mayor (Hernández Artigas, 2017). En el sector de mujeres del hospital se tenía arraigado un compromiso de ayuda hacia sus compañeras y enfermeras. Sostenían que el cambiar pañales en la sala o ayudar a limpiar sábanas era parte de su cotidianidad en las tareas de cuidado hacia sus familiares, por lo cual no era una carga para ellas.

Asimismo, la marginación que sufren por llevar la locura como identidad las segrega y excluye. Conlleva la no aceptación de determinados individuos cuyo accionar, pensamiento, vestimenta o forma de vivir no se adaptan a los modelos estereotipados que la sociedad capitalista exige (Hernández Artigas, 2017).

La opresión también se deja ver cuando se les otorga pensión por incapacidad, anulándolas de ejercer su trabajo, no dejándolas utilizar su dinero o, incluso, prohibiéndoles cuidar de sus hijos/as. Es consecuencia de un des-empoderamiento que inhibe la posibilidad del incremento de capacidades que puede llegar a tener el sujeto. Así se inhabilita su adquisición de conocimientos que deja en falta su poder de toma de decisiones (Hernández Artigas, 2017). La marginación y este des-empoderamiento es inherente al imperialismo cultural, «(si tenemos en cuenta que por ser reconocidos como grupos sociales no aceptables y no valorados, ciertos individuos no pueden acceder a cierta toma de decisiones en la sociedad)» (Hernández Artigas, 2017, p. 280).

Y, por último, dentro de estas perspectivas de opresión se encuentra la violencia, muchas veces no entendida como injusticia social, sin embargo, es de las más crueles. «Algunos ejemplos de ello serían: violencia de género/sexo, de raza, por homofobia o violaciones» (Hernández Artigas, 2017, p. 280). De las cuales, la mayoría es sufrida por la población del sector femenino del Hospital Vilardebó.

En lo que refiere a la falta de talleres o espacios de rehabilitación con este sector femenino, muchas de ellas enfatizan: «No se olviden de mí, a mí me gusta venir acá, no se olviden de mí, gracias por invitarme». Ellas valoran estos encuentros como algo diferente a la rutina que el hospital acostumbra plantearles: «Pasamos de la sala al patio y después al comedor, esto es algo diferente».

Uno de los elementos de discriminación observados en el servicio era que, incluso antes de la pandemia cuando el aforo a los talleres se redujo a seis personas por espacio, se percibía la exclusión en el sector de mujeres a estos encuentros.

... donde solo algunas podíamos obtener permisos para acceder a los espacios de construcción grupal, mientras que otras quedamos en el lugar de la no posibilidad, cerrándonos las puertas, aislándonos, recreando esa exclusión que ha estado presente muchas veces fuera de la internación. (Fragmento de producción colectiva, p. 6).

El tema del olvido era algo muy recurrente en los talleres y espacios en el hospital, en parte se debe a que están posicionadas entre una familia que poco le interesa seguir en contacto con ellas y un equipo técnico que en la mayoría de los casos toma sus demandas como una molestia.

Moffatt (2003, en Percia, 2004) afirma que la locura implica la sensación de estar muerta, incluso al salir del hospital se siente como volver de su funeral. También hace referencia a la experiencia de trabajo de Pichon Rivière⁷ con los locos y sus familias. Contaba que algunos borraban la existencia del usuario al ser este internado, vendiendo su cama y alquilando su pieza. A veces, uno de los miembros mantenía el contacto con la persona para liberarse de la culpa. Es por esto que afirma «que la desposesión más extrema era quedar fuera de nuestra historia» (p. 201).

Gran cantidad de estas reivindicaciones, el rechazo al maltrato y la violencia, así como la expresión de sus deseos, volver a ver a su familia, por ejemplo, se manifestaron cuando en el taller realizamos el «cadáver exquisito», una dinámica lúdica de abordaje temático:

Mis amigas son únicas, quiero un millón de amigos/ y que no nos maltraten, y ser bien recibidos/ faltan más porque somos un millón/ luchamos contra la violencia y la trata de blanca en todo el mundo y las injusticias/ que se respeten los tiempos de convalecencia/ que podamos salir adelante, que podamos trabajar en algo/ ver a la familia, respetarla, amarla, cuidarla/ La violencia genera violencia, hay que aprender a jugar de una manera sana/ Deseamos ser libres y jugar en la plaza con nuestros hijos y los animales. (Fragmento. Edición para muestra de fin de año).

⁷ Médico psiquiatra argentino y pionero de la psicología social en América Latina.

El hecho de que en el taller nos encontráramos solamente mujeres hacía que circularan discursos diferentes a los que son escuchados en otros espacios mixtos o en los abordajes individuales. Por ello, me pregunto, ¿cómo influían la particularidad de las subjetividades femeninas en el trabajo grupal? El dispositivo permite que aflore lo mejor y lo peor de la internación en el encuentro con la locura.

La grupalidad y la tarea del clínico

En el grupo de mujeres se exhibe la necesidad de socialización del espacio, allí se establece una identidad en común, debido a la internación, pero a su vez cada una se presenta a través de una singularidad única, que puede llegar a crear y generar un lazo entre las participantes.

Un ejemplo de lo anterior es que, con respecto a su internación, una de las usuarias decía «siento que en mi caso es una etapa, no como ellas que están hace años, no es la misma experiencia». Y ello se debía a que en el espacio de escritura confluyen perspectivas de mujeres que hace décadas están en el hospital con las que están hace solo unos meses. Pero, de todas formas, las unía esa matriz única generada a partir de las vivencias por las que todas las usuarias del encuentro son atravesadas en el paso por el Vilardebó. Esto fue lo que hizo posible transmitir el texto a un tercero fuera del taller.

En el grupo, se percibían las dificultades para sostener el espacio que tenían algunas, debido a problemáticas generadas a partir de la convivencia en sala con sus compañeras, a «rivalidades», como expresaban algunas, lo cual se presentaba como un obstáculo a la hora de armar los subgrupos de trabajo.

Sin embargo, había participantes que traían otro discurso, como el de la tolerancia: «Estamos en un constante cambio de todo punto de vista, tenemos que amarnos más sin pensar tanto. Este es un lugar de encuentros y desencuentros debemos lograr el equilibrio» (Texto extraído de la dinámica de caligramas). A su vez, otras decían que «el compañerismo debe existir en todo grupo sí o sí. Hay que compartir las cosas entre nosotros».

Siguiendo esta línea, el grupo es definido por De Brasi (1987) como «un proceso desencadenado por los cruces y anudamientos deseantes entre miembros singulares» (p. 8). Percia (2004) lo entiende como un espacio testimonial, donde actores de la institución se hacen voz de existencias que se intentan acallar. En este caso, como colectivo, se reúnen para pensar las prácticas mediante la crítica, la denuncia, proposición de alternativas, generando un estado de deliberación. El grupo testimonial tiene como fin que: «las

declaraciones provocadas alcancen la forma de *palabras para otros*» (p. 52). Asimismo, Rodríguez Nebot (2004) hace referencia a la internalización de la institución en el grupo, teniendo en cuenta que, aparte de ser un ente abstracto, está sostenida por personas, «el Otro significativo que funciona como convocante es el lugar de la institución y el dispositivo que la sostiene. Esto parte de que todo grupo en su proceso de comunicación va generando efectos de socialización» (p. 120). Así se establece una novela discursiva, una historia y anécdotas propias desde lo grupal, de las que, en nuestra experiencia, tuvieron como producto final un relato.

Muchas de las participantes hacían hincapié en lo que significaba ese momento del día en que se generaba el taller, era estar «más en la naturaleza, más en grupo, acompañadas, salir un poco de la rutina del Vilardebó, de la medicación, de la micro, la comida a tal hora, de estar aquí encerradas». Se vislumbra con qué capacidad el espacio las rescata de ser personas sentadas en la cama de su sala esperando el egreso. Como dice Percia (2004), el trabajo, en este caso el encuentro de escritura, no importa solamente como pasatiempo, sino también como lazo social a partir del encuentro con otra persona, «trabajo como experiencia de palabra. Espacio de transformaciones que hablan. La inactividad es abstinencia de la palabra. Trabajo tejido de proximidad, de distancias» (pp. 62-63).

Pousa, Pereda y Paniagua (2020) traen desde la teoría del grupoanálisis, el fenómeno de grupo como una sala de espejos, de esta manera el individuo se conoce mediante un otro, se refleja y es reflejado. En la producción escrita eso se multiplica, al representar una imagen que, a su vez, puede volver a analizarse después de un tiempo. «Esta experiencia parece permitir un “espacio de ilusión”, espacio lúdico, donde es posible perderse, alienarse en el deseo o pedido del otro y rescatarse en la escucha grupal» (Labraga de Mirza, 1997, p. 8).

Para finalizar este capítulo, es importante resaltar la figura del clínico como factor habilitante de encuentro con la escritura, el texto y el sentido. El que busca la unión en el grupo para acompañar y, por añadidura, sanar. Proponiendo un enlace para que las usuarias no queden sueltas en la fragmentación propia del padecimiento que están sufriendo. Puede ser desplegado ante el funcionamiento psicótico, por lo que el encuadre de trabajo en los encuentros suele operar como estructurante (Di Bono y Varela, 2019).

En el caso del encuentro de escritura, fue importante para el dispositivo que las coordinadoras dejemos algo de nuestra propia creatividad, ellas nos decían: «el libro también es de ustedes» (Fragmento de producción colectiva, p. 3). Para esto fue necesario

descentrarse de un rol que implica un vínculo vertical, como lo es el de doctor, maestro, profesor, donde solamente una de las partes se presenta como poseedora del conocimiento (Di Bono y Varela, 2019). Además, este rol es influenciado por el contexto, «ello obliga también a que los profesionales presentes en el taller cambiemos nuestros roles habituales y nos posicionemos de otra manera en el grupo, se nos exige flexibilidad. Este cambio amplía también nuestra perspectiva, transforma nuestra mirada» (Pousa, Pereda y Paniagua, 2020, p. 62).

De León (2005) habla de las dificultades históricas del loco que tuvieron como consecuencia la falta de comunicación y un diálogo que no produce aproximación, sino miedo y carencia de entendimiento. Al respecto, abrir un espacio de escucha diferente se hace necesario en este tipo de instituciones, tratando de humanizar los encuentros y comprender al otro más allá de su padecimiento, pero a su vez sosteniéndolo. Es por esto que «para poder sostener y escuchar deberíamos plantearnos el desafío de tolerar diferencias, abandonar la verdad sobre el otro, trabajar con la incertidumbre y la complejidad lo cual implica apelar a la creatividad y al encuentro» (p. 126). Percia (2004) expresa que «no se trata de rehabilitar, resocializar, reeducar; sino de imaginar espacios para la restitución de potencias sustraídas. [...] Esas potencias habitan, quizás, en las producciones que durante años de internación se trata de suprimir: en los delirios, en las alucinaciones» (p. 85).

Una de las herramientas más necesarias dentro del trabajo con este tipo de población es prestar psiquismo, tratando de que el grupo funcione a través de nuestra devolución de lo que presenciamos mediante el discurso (Herrera y Paredes, 2016).

El objetivo de analizar la experiencia en su completitud resulta necesario para evaluar las particularidades de lo que genera la escritura en este grupo de mujeres como lugar de resistencia y potencia para habilitar la socialización de los espacios. Lugar que permite la pertenencia y posibilita un texto por fuera del estigma.

La escritura como espacio potenciador

La escritura es una herramienta generadora de la autonomía de las participantes, puede contribuir en el proceso de historización y posibilitar narrativas diferentes que ayuden a la recuperación de sus vidas dentro de la internación en el hospital. Implica una profundización en la perspectiva de la rehabilitación psicosocial y tiene en cuenta las particularidades del proceso de padecimiento de cada usuario o usuaria: su singularidad a la hora de afrontar síntomas, sus deseos, intereses y su historia (Guinea Roca, 2017). Farkas (2007, en

Guinea Roca, 2017) establece que una intervención enfocada en la recuperación de individuos con trastornos severos se debe centrar en una «orientación a la persona (no al paciente), involucrar a la persona (alianza terapéutica), esperanza, y autodeterminación» (p. 213).

La grupalidad las hacía compartir entre ellas una situación de internación similar, pero con una singularidad que las hacía únicas. Por esto, aparte de haber puntos en común en el relato final, también pudimos visualizar sus desacuerdos.

Para analizar este recorrido transitado entre las historias de vida de cada una, su realidad psíquica y los elementos en común que emergen, considero necesario recurrir a los conceptos que maneja Winnicott (1971) de fenómenos y espacios transicionales. De esta forma, los autores con los cuales se teoriza la experiencia también colaboran para tejerla y conectarla, con el fin de repensarla. Esto se puede comparar con las articulaciones que se hacen desde la clínica con el texto que presentan las usuarias. En el caso del relato generado al final del encuentro de escritura, como coordinadoras tuvimos la tarea de tomar sus discursos y unificarlos en dicha producción.

En este sentido, resulta esencial analizar la escritura y la creatividad, como un espacio potencial donde surge la superposición de diferentes zonas intermedias con el objetivo de crear un texto en conjunto. Es por esto que Cuéllar (2018) concluye en «la relevancia de que el espacio clínico se constituya como un espacio de transicionalidad, creador de sentido entre los procesos subjetivos y el medio social» (p. 48).

En el encuentro se cueban particularidades de las subjetividades femeninas y la locura, así como la representación de una sociedad que las aísla y excluye, que las atraviesa y permite que se genere un vínculo único. Una de ellas afirma que «la creatividad, brota de la unión de cada ser con la creación, para lograr la continuación de la vida».

Pero para entender qué queremos decir cuando hablamos de zonas intermedias, es necesario definir algunas ideas desde las cuales Winnicott (1971) parte en *Realidad y juego*, como lo son el objeto y el fenómeno transicional.

El autor habla de la capacidad del bebé de usar partes de su cuerpo como los pulgares y el puño para estimular y satisfacer instintos de la zona erógena oral. Después de unos meses, el placer se encuentra en el juego con muñecas en el momento en que su madre le ofrece objetos especiales, exteriores al cuerpo del niño. Estos dos fenómenos están separados por un intervalo de tiempo. Así es como el objeto y el fenómeno nos ayudan a definir una zona

intermedia «entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado» (p. 18). Asimismo, esta zona se presenta como necesaria para el inicio del relacionamiento del individuo con el mundo, en el que se vuelven esenciales los objetos transicionales y un ambiente emocional del mundo exterior, que van a generar en la primera fase crítica, una buena crianza (Winnicott, 1971). Resulta importante articular estas ideas con la experiencia que analizamos, ya que pueden explicar cómo se desenvuelve el individuo en la adultez y las proyecciones que va realizando en sus vínculos.

Para ejemplificar el concepto de los objetos transicionales, me gustaría traer el caso de una de las participantes de los talleres que estaba internada por una depresión desencadenada por el duelo de la muerte de su madre. Ese primer vínculo que la hizo aprender y entender el mundo, ahora representaba una ausencia para ella debido a su fallecimiento. Trajo de esta forma sus dolencias y angustias con respecto a esta situación: «me pongo sus bombachas, es como que la tengo conmigo». La usuaria podía dar una significación a esas prendas únicas, como si su madre estuviera presente en su piel. Cuando se traen esos objetos al hospital, se demuestra cómo se necesita la proximidad de ese vínculo y ese tiempo de encuentro. Esta es una forma regresiva de volver al espacio mediante ese objeto transicional que cumple la función de traer la presencia de su madre, que la calma y la habilita a elaborar el duelo.

En el caso de la escritura, esta permite salir de su mundo autoerótico y de una producción fragmentada que se estructura en la locura, ayudando a las participantes a que su discurso circule en otro plano, relacionándose y mancomunándose con la existencia de otras mujeres; unificándose, de esta forma, en un texto que cumple el rol de depositario o donde ellas proyectan una parte de su interioridad en algo concreto. Les permite verse a través del personaje del cuento o historia que se lleva al encuentro.

Los coordinadores ordenan, sostienen, contienen y dan sentido. Lo transicional tiene que ver con el vínculo con ese otro, que lo habilita a que se organice, uniendo vivencias disociadas o escindidas. El taller muestra ese lado que permite la circulación más libre de la locura, la posibilidad de otros crecimientos, el acceso al mundo de la cultura, así como pensarse en otros lugares por fuera de la pasividad y la falta de autonomía, «características que se adjudican a las mujeres internadas».

Al igual que en el niño la repetición de un repertorio de canciones para dormir se convierte en fenómeno transicional, ubicándose en la zona intermedia (Winnicott, 1971), muchas

veces en los espacios se hizo hincapié en la importancia de la música para ellas: «sin música la vida no tendría sentido» (Fragmento de texto en la dinámica de cadáver exquisito). Siguiendo en esta línea, se ve la importancia de generar otro taller coordinado por otros compañeros practicantes, con la propuesta de crear música, canciones y sonidos, potenciando la expresión de sus estados de ánimo, la colectivización, el disfrute del encuentro, la armonía y el placer de la creación.

Volviendo a la escritura, se ve cómo se vuelcan los sentimientos en ella, siendo el papel en blanco un espacio transicional, donde empezar a proyectar con las palabras aquello que las atraviesa: «Yo escribo y me caliento» decía una de las mujeres, la calentura no actuada, sino que, a través de lo que se escribe y se lee, se repiensa lo que se siente, pudiendo expresar o decir en el grupo algunos acontecimientos de lo recorrido por ellas. Esto permite la socialización, entender el afecto que se pone en juego y compartir la vida propia con la de las otras.

Este aspecto socializador del encuentro y el lenguaje que representa una estructura social es contemplado por Rodríguez Nebot (2004), quien dice que «todo discurso es una socialización [...] lo que sí queda como resto es algo de lo singular-individual, esta alteración particular de la articulación de los significantes en juego, es lo que hace que el lenguaje y el habla sufran modificaciones» (p. 111). El autor expresa que estas metamorfosis se dan de manera constante y están condicionadas por el contexto y por las circunstancias en las que se genera el discurso, es decir, histórico-sociales, dinámicas, políticas, entre otras.

Esta cita viene a propósito del atravesamiento de situaciones puntuales por el covid-19 que tiñeron el encuentro, como fueron las políticas del país y el abordaje de la salud mental.

En el Taller de comunicación se compartió con varias usuarias el corto realizado en el espacio por otras compañeras llamado *Sal al bosque*, basado en el cuento «La pestaña del lobo» del libro *Mujeres que corren con los Lobos*, de Clarissa Pinkola Estés. Representa la necesidad de salir al mundo y los miedos que ello conlleva. Varias lo relacionaron con su egreso del hospital y proyectaron en la protagonista del audiovisual su propia historia. Una de ellas decía: «se fue al bosque y yo me voy a ir al bosque también. Es bueno el bosque». Y otra afirmaba: «Interpreto el bosque como la noche, como las trabajadoras sexuales [...] cada vez que salís no sabés si volvés».

Cuando ellas proyectan en los personajes parte de su vida, podemos afirmar la existencia de una realidad interna. A su vez, se confirma la presencia de una membrana que limita

entre el interior y el exterior. De esta forma, se establece un espacio intermedio, a la cual ambas realidades constituyen.

Se trata de una zona que no es objeto de desafío alguno, porque no se le presentan exigencias, salvo la de que exista como lugar de descanso para un individuo dedicado a la perpetua tarea humana de mantener separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la exterior. (Winnicott, 1971, p. 19).

Esta «tercera zona» es variable de una persona a otra, ya que es producida a partir de las experiencias del ambiente en que se encuentra y depende de la suma de ellas, su extensión puede ser mínima o máxima. Es por esto que lo personal permea en lo grupal, como el caso de las usuarias que conectaron su vida con ese corto. Por lo que, Winnicott (1971) también identifica una superposición entre las zonas intermedias de diversos sujetos, conformando así experiencias en común con grupos de filosofía, arte o religión. Se presenta como neutral, «en ese estado no integrado de la personalidad, puede aparecer lo que describimos como creativo» (p. 91).

A tal efecto, los sonidos también las llevaban a escenarios anteriores de su vida. En el taller de comunicación, cuando se realizan dinámicas y se escucha el crepitar de la madera en una hoguera, una de ellas lo asocia con las películas viejas, «de África». En otro caso, en un taller de percusión impartido por un docente invitado para el taller de música, el ritmo hizo que una usuaria lo relacione con una canción que pide cantar, luego la remite a contar parte de sus vivencias. Podemos resaltar mediante este ejemplo, cómo la particularidad de las experiencias de cada una queda evidenciada en el espacio, ya que su interpretación sobre ese sonido o ritmo era única con respecto a la de las demás participantes.

Winnicott (1971) parte de la idea de que la cultura es una tradición del acervo común de la humanidad, en la que todos podemos contribuir y utilizar. La experiencia cultural está ubicada en el llamado espacio potencial entre el ambiente y el individuo y la primera vez que se manifiesta es a través del juego:

... cuando hay fe y confiabilidad existe un espacio potencial, que puede convertirse en una zona infinita de separación, que el bebé, el niño, el adolescente, el adulto pueden llenar de juego en forma creadora. Con el tiempo, ese juego se convierte en el disfrute de la herencia cultural. (p.144).

En el grupo se teje un vínculo entre personas que intentan darle una significación a la internación a través de la creación de poemas o relatos. De este modo, cuando una de ellas manifiesta que estaba internada hacía 28 años, otra se asombra y dice: «Tiene que ser mentira, es casi toda una vida», desde ahí se comparte lo que es invisibilizado en sala. El

hospital metaforizado como bosque es un lugar temido, deseado; la salida o egreso implica una variedad de emociones ante la incertidumbre que se puede compartir a partir de la creación de un cuento.

Las actividades permiten a las usuarias resurgir aliviadas del trato de «enfermas» debido al espacio intermedio que intercede entre su interioridad enloquecedora y la exterioridad amenazante. Se abre la posibilidad de juego, ilusión, creación, baile, escritura, sonido, entre otros (Labraga de Mirza,1997). Los aportes de la interpretación de los tiempos en los discursos llevaban a las mujeres a la necesidad de armar un collage, colorear, plasmando lo propio. Aunque a algunas les cuesta sacar este lado más lúdico y se amparan bajo la excusa de que dibujan o escriben «como niños», otras toman la modalidad de las cartas, de escribirle a alguien que hace tiempo se encuentra ausente, como seres queridos, familiares, amigos. Ese otro toma cuerpo porque se materializa a través de una carta, así era como a través de la escritura seguían manteniendo un vínculo con ese que estaba por fuera de ellas, el relato les permite traspasar los muros de la institución, acercarse, habitar el lugar de otros. Así, se les devuelve en el texto un producto que es de ellas.

Se posibilita en el trabajo del taller encontrar esos otros referentes, como las coordinadoras, que las miren, lean, escuchen, que las dejen habitar un espacio alternativo de locura, que se expresen en el orden de resignificar el daño de su historia. Exteriorizarla ayuda a aplacar la angustia, evitando que quede guardada debido a lo persecutorio.

Con relación al juego, este es tomado como un universal, facilita las relaciones grupales, la comunicación y por lo tanto es una forma de incrementar la salud de la persona. Se muestra esencial cuando el paciente se percibe creador. Se ubica en una zona intermedia, ya que no es de la realidad exterior ni de la interior. Según Cuéllar (2018), «la realidad no es constituida por el sujeto, pues este es constituido continuamente en relación a lo otro y en situación, lo que provoca la indefinición» (p. 47).

En el niño es una necesidad, en el adulto también lo es, ya que aporta para la creación en conjunto. En la producción colectiva de la dinámica cadáver exquisito, ellas mismas hacían énfasis en la necesidad de generar un encuentro a través del juego, sobre todo con sus hijos/as, esto se manifiesta como una utopía presente en casi todas las participantes, ya que la mayoría de ellas son alejadas de sus hijos cuando inician su proceso de internación en hospitales y centros de rehabilitación. «Deseamos ser libres y jugar en la plaza con nuestros hijos y los animales». También hablaban de la violencia y cómo dificulta la unión:

«la violencia genera violencia, hay que aprender a jugar de una manera sana». Se hacía referencia a situaciones vividas tanto con compañeras de sala como con sus familiares.

Otro autor que teoriza sobre espacios transicionales es Cuéllar (2018), este expresa cómo la violencia externa e interna obstaculiza lo transicional que garantiza lo creativo, lo simbolizante. A través de la creación puede aparecer también el dolor, las angustias y lo que enferma. De esta forma, las participantes dejan entrever aspectos que se fracturaron, que fallaron en la historia de cada una y que posibilitan la aparición de experiencias violentas, llenas de abuso; muestran la soledad, el desamparo, la orfandad de las mujeres, en definitiva, afloran experiencias que denotan dolencias. Cuando se traía al grupo situaciones de intentos de autoeliminación de algunas compañeras de sala, una de ellas recuerda y lo relaciona con el suicidio de su tío que le marcó su infancia, demostrando cómo lo percibido subjetivamente irrumpe en lo que se socializa a nivel grupal.

Lo transicional se presenta como puente, como conexión del adulto con el mundo. La imaginación tiene lugar mediante la producción de un mundo de ilusión. Se relaciona con la capacidad de expresarse artísticamente, de crear en la escritura, de disfrutar y jugar con la música. Es un concepto ligado a la «matriz grupal, de la cual el individuo emerge a través de un proceso de transformación personal» (Pousa, Pereda y Paniagua, 2020, p. 62).

Ellas mismas entendían que los encuentros eran «espacios para conversar y compartir cosas [...] como si fuéramos familia». Esto demuestra la necesidad de que el grupo genere sostén, que se establezca una fuerte conexión con las primeras experiencias de vida, situaciones en las cuales hubo ausencias.

Como dije anteriormente, las mujeres recrean los vínculos familiares entre sus propias compañeras de internación, tratándolas a algunas como madres o abuelas, a otras como hijas, hermanas, o amigas, exhibiendo esa necesidad de maternar y ser maternadas. Además, ellas plantean que aprenden muchas cosas, «estando acá es como si estuviera en mi casa»; es por eso que el encuentro en el espacio de escritura representa una «presencia» ante la «ausencia» de significaciones de los objetos que vivieron en tiempos más tempranos.

Las dinámicas del taller fueron pensadas para que, a partir de diferentes estímulos como imágenes, sonidos y dibujos, fueran escribiendo sus sentires y que finalmente se compartieran en el espacio los resultados obtenidos. Al decir de Rodríguez Nebot (2004):

... consideramos a la palabra *puente* como la señal de entrada a un territorio de máxima transversalización; en donde el sujeto o los agentes ingresan a una mutación de su

subjetividad y sus procesos de gestión y producción; inaugurando un camino de devenires posibles que se marcan en la impronta de sus deseos explicitados. (p. 122).

Ejemplo de esto es una dinámica que utilizamos en el taller, como modo de presentación, con una madeja de lana, van tejiendo las formas a medida que se va pasando, entrelazando un discurso cuando cada una tenía que aportar una frase; así se va conectando la historia de una con otra para ordenar el grupo. Cuando siguen con la mirada a las que tienen la palabra, sirve como un objeto que actúa como *punte* de un decir a otro, respetando los tiempos personales. Esto genera un entretejido del discurso que va delineando una historia común entre ellas.

La construcción de un texto a través de trabajar la lengua literariamente hace que se vuelvan nombrables algunas emociones y afectos que hasta ese momento no lo eran. Esto deja como resultado un nivel mayor de recuperación y socialización del grupo implicado. A su vez, tiene como consecuencia un decir compartible, que incrementa un sentido de pertenencia y sorteja de forma parcial la marginación hacia esta población (Labraga de Mirza, 1997). Una de las usuarias en el encuentro escribía: «vivimos una continua de emociones, todas estamos involucradas entre sí», haciendo referencia a la convivencia en sala y la importancia de generar un compañerismo que las hiciera enfrentar la opresión sufrida.

La creación de la escritura en el taller permite recolocarse en un nuevo espacio y tiempo, contribuyendo a que las mujeres se conviertan en dueñas de su vida y sus proyectos, optimizando sus posibilidades, haciendo hincapié en sus potencias y fortalezas para continuar desarrollándose (Gisbert, 2003 en Rossi, 2016). Cuando se establece lo transicional «se produce una ampliación gradual de la gama de intereses» (Winnicott, 1971 en Cuéllar, 2018, p. 48), principio que nos hizo llevar adelante la actividad, dando lugar para compartir lo que sienten.

A tal efecto, las consignas que se llevaban a cabo en cada encuentro se presentan como herramientas de simbolización, desde una situación de «ausencia» que vuelve «presentes» al grupo y a sus coordinadoras (Labraga de Mirza, 1997).

De esta forma, el espacio de escritura generaba otro tipo de encuadre que convocaba a las mujeres desde otro lugar. Implicó un trabajo de subjetivación que conjugaba un tiempo presente y pasado, contribuyendo a que ellas puedan resituarse a partir de cosas que acontecieron y así poder proyectarse hacia un futuro que en verdad les pertenezca,

impulsando su autonomía, incluyendo nuevas trayectorias con las cuales identificarse (Grunin, 2008).

Aulagnier (1984, en Grunin, 2008) asegura que el trabajo historizante del yo «es una necesidad de su funcionamiento, situarse y anclar en una historia que sustituye un tiempo vivido-perdido por la versión que el sujeto se procura, merced a su reconstrucción de las causas que lo hicieron ser» (p. 2), que le dan una razón a su presente y eventualmente a un futuro.

La condición para que se produzca la historización es que haya una distancia entre tiempo pasado y presente estructurante, a través de relatos, reescrituras o trabajos de subjetivación de la experiencia que suplanten a la trama que se armó a partir de presentaciones pasadas. Además, se enfatiza el rol de la subjetividad reflexiva que incrementa la autonomía, cuando se tiene la posibilidad de poner en juego la imaginación y sublimación de la psique singular, con relación a uno mismo y a otros. Así se arma un proyecto propio (Grunin, 2008). De ahí, la importancia de que las mujeres pudieran construir nuevas narrativas, una de ellas al terminar la presentación de un taller cuya dinámica tenía que ver con el compartir diferentes personajes y relatos, expresa vivamente que: «Encontró la llave de la puerta que sería vivir de otra manera», rescato la importancia de este recorte a modo de ejemplificar las relaciones de uno mismo con los otros, así como visualizar lo que puede llegar a generar la grupalidad en el hospital.

Una antítesis de lo mencionado anteriormente es lo que puede ser leído en las historias clínicas, «como narrativas de cabos sueltos. Como relatos de existencias incompletas. Como anotaciones que testimonian lo que queda fuera del informe. Una anotación sin saber, pero con memoria» (Percia, 2004, p. 61). Los encuentros por fuera de la sala y del consultorio generan otros discursos que van más allá de su condición de internadas.

Continuando con la narrativa, la unidad «historias de vida» implica la técnica para evaluar la identidad de la persona, es temporal y discontinua. Se trata de reconstruir acontecimientos, conectando los pasados con los actuales y con los del futuro posible (Linde, 1993 en Duero y Limón, 2007). Uno de los ejemplos de historias de vida fue traído por una usuaria en el taller, a través de la consigna tenían que utilizar las frases: «El personaje principal se pierde...»; «Una noche de tormenta...»; «Hace mucho tiempo...»; entre otras.

Ella cuenta:

Había una vez una princesa que quedó embarazada joven y por diferentes motivos tuvo que acceder a cambios de dinero por sexo para poder comprar todo para el esperado

bebé, luego de nacido apareció el padre reclamando sus derechos, un día los abuelos del bebé se enteran de lo que hacía la princesa y hubo una gran discusión además de muchas de la infancia de la princesa, pues entonces ella se cansó de tantos maltratos que le dijo a la policía toda la verdad y denunció a su padre, pero la engañaron con un papel y le hicieron firmar la tenencia provisoria en una noche de tormenta quedó en la calle yendo de casa en casa y desesperada. (Fragmento de relato individual realizado en Taller de Escritura).

Es a través de esta historia cómo ella puede dar cuenta de situaciones que determinan pérdidas, separaciones que la llevaron a enloquecerse. A través del relato puede conectar los sufrimientos de los avatares de su vida anterior a la internación y los momentos traumáticos.

La escritura a su vez trae elementos que en algún momento se hace difícil recordar, sentir o enunciar, por lo que son invocadas metáforas o imágenes que tienen el rol de mediadores, con el objetivo de expresarlas (Pousa, Pereda y Paniagua, 2020).

Las producciones extraídas de los encuentros, a través de fábulas o diferentes personajes, permitieron trabajar las proyecciones de las participantes, conformándose un vector transicional en el espacio, donde unas se veían en las otras y las otras en cada una. Pudiendo ordenar lo desordenado de la vivencia de su mundo interno, al conectarse con otras realidades, saliendo de la locura propia para producir una locura colectiva, compartida. Como decía una participante, el sentimiento de encuentro «a pesar de las diferencias es lo que da sentido a nuestra propia historia como mujeres».

A modo de síntesis

En primer lugar, considero importante resaltar que la experiencia articulada en este trabajo implicó para mí un proceso de formación preprofesional que no se iguala a otros que haya desarrollado antes.

La inserción en el Hospital Vilardebó, referente histórico a nivel nacional, a través del convenio interinstitucional que representa el Programa de Practicantes y Residentes, significó un antes y un después en la forma de entender la locura y los espacios de encuentro grupales.

En el recorrido de este trabajo, con el que finalizaré mi formación de grado, pretendí desde un inicio repensar la intervención clínica en un encuentro de escritura con usuarias del hospital, mediante sus emergentes y producciones. A su vez, traer esta forma de arte como mediadora, implicó entender cómo se potencian los procesos de recuperación y socialización de lo femenino en la locura, así como la importancia del dispositivo para las mujeres que atraviesan una situación de crisis o de internación en lugares en los que se trabaja con el padecimiento mental. Asimismo, se buscó aportar conocimiento, sistematizando la experiencia enmarcada en el Programa ya mencionado.

En este caso, ¿qué nos deja la experiencia de la escritura en un grupo de mujeres en el Hospital Vilardebó? ¿Por qué resulta impostergable que los equipos generen más espacios como estos en pos de la recuperación?

Cabe señalar que esta experiencia dio voz a usuarias internadas, para que ellas pudieran compartir, elaborar y proyectar sus vivencias, haciendo énfasis en su condición de ser mujer y convivir con otras en el hospital. Y les permitió, a su vez, la posibilidad de circular desde otros discursos y desde un lenguaje cotidiano que incrementa su autonomía.

A lo largo de este trabajo me propuse relacionar todos los insumos obtenidos, observar variables, evaluar el proceso para llegar a determinadas afirmaciones que recapitulan la experiencia. De esta forma, nos encontramos, por un lado, con una institución que refleja la falta de respuestas de la sociedad con respecto al abordaje del sufrimiento psíquico; la estigmatización y la iatrogenia que genera un corte en la historia de los internados (Di Bono y Varela, 2019); la situación en la que se encuentran las mujeres, atravesadas por una opresión mayor que las deja en un lugar postergado de la atención en salud mental; y, por

otro, con la apertura de nuevos espacios de escucha, que generan otro vínculo, desde la institución, con las participantes del taller.

Por esa razón, pretendimos rescatar ese rol activo y propositivo de las mujeres en espacios por fuera de sala, y así ayudar a que lo loco se comunique de otra manera (Schkolnik *et al.*, 1996).

Con base en lo planteado, sostengo que debe ser inherente al trabajo en instituciones de salud mental —donde se visualiza esa prescindencia de lazo con un otro (Maleval, en Muñoz, 2009)— la práctica de nuevos dispositivos que marquen la diferencia, ayudando a salir del diagnóstico categorial como texto único desde el que se puede intervenir con un otro/a. Salir de la sala y que el equipo también habite otros espacios junto a los/as usuarios/as desde un rol de horizontalidad. Interpelar nuestras prácticas, cuestionando si en realidad el tratamiento del encierro, exigido desde el sistema jurídico y sanitario (De León, 2005), representado en un modelo asilar y hospitalocéntrico, resulta útil para ir en pos de una mayor recuperación. Deconstruir la idea de enfermo mental y repensar si lo que estamos observando como miserable (Basaglia, 1987), no es simplemente una agudización de la angustia y el sufrimiento que causa el manicomio, y que conforma esa enfermedad institucional conceptualizada por Mannoni (1981).

Por ello, creo necesario remarcar cómo la emergencia sanitaria de covid-19 nos hizo reflexionar acerca de si realmente el encierro es una solución para afrontar el padecimiento. Si el estar aislados de la sociedad en esas condiciones, en verdad fomenta una mejor rehabilitación, ya que al salir del hospital en la mayoría de los casos se vuelve a ingresar porque no se puede sostener un proceso desde el afuera, situación que demuestra la carencia de comunidades o redes que ayuden a que el egreso se realice con éxito.

Para analizar esta intervención, se volvió fundamental pensar la subjetividad femenina, tal como la plantea Basaglia (1987), y reflexionar sobre las mujeres que no son consideradas como sujetos de derecho. Se instala, así, una concepción de la locura de la mujer que solamente se puede entender si la articulamos con lo histórico-social. Esto nos interpelaba, sobre todo a las practicantes mujeres, y llevó a preguntarnos por qué se daban estas situaciones, lo cual, a su vez, dio comienzo a este trabajo. A las mujeres del Vilardebó les dolían estas injusticias, las desigualdades las atravesaban y se materializaban en las historias que traían desde antes de entrar al hospital: los abusos sufridos y las condiciones de vida infrahumanas.

Las narrativas que se colaban en el espacio eran únicas. Ellas hablaban de sus hijos e hijas, de lo que extrañaban a su familia, y en sus relatos se visualizaban diferentes opresiones casi imperceptibles, así como la denuncia de diferentes tipos de violencia más extrema. La opresión y la marginación perpetradas hacia estas usuarias se notó claramente cuando no eran invitadas a espacios de decisión, como fueron las asambleas del hospital con el sector masculino. Pero en el grupo se abrió otro lugar para ellas y pudieron mostrar que sí tenían cosas que decir, tanto positivas como negativas sobre la internación.

Es por ese motivo que destaco la importancia del grupo como socializador, no porque se buscara que todas llegaran a las mismas conclusiones o que siempre se generaran acuerdos; sino porque a partir de él surge una identidad en común, permitiendo a sus singularidades habitar el escrito y, a su vez, ser escuchadas.

A lo largo del trabajo se intentó demostrar cómo la producción grupal de un relato ayuda a que las participantes no queden sueltas en la fragmentación que les provoca el padecimiento que sufren. Fue por eso que el Taller de escritura fue tan bienvenido, implicó que la locura circulara en otro plano y permitió que las mujeres se vieran reflejadas en el resto de las compañeras, entretejiendo un texto que delineara una historia en común a través del vector transicional de la escritura. De esa forma, se resignifica el daño que habían presenciado en sus vidas, nombrando emociones y afectos que hasta ese tiempo no lo eran.

Como coordinadoras, intentamos correr de ese vínculo vertical que veíamos en otros dispositivos del centro de salud. La idea era escuchar desde otro lugar, humanizando el encuentro (De León, 2005). Así se podían potenciar otras narrativas que no eran atendidas en los consultorios de sala.

Las participantes, al escribir, se leían, y, a su vez, pensaban lo que eso las hacía sentir. Socializaban sus afectos en el espacio que, igualmente, estaba condicionado por el contexto en el que se encontraban, y que ellas decidieron metaforizar como «el bosque».

El Taller les permitió abrir la puerta a crecimientos diferentes de los que estaban predestinadas por sus condiciones de ser mujer y locas.

Al finalizar este trabajo, vuelvo a insistir en la necesidad de apertura de más espacios como este, en el que las usuarias puedan ejercer un trabajo psíquico mayor, así como su singularidad. Enfatizar en la importancia de que en estas nuevas intervenciones se tenga como principio que las mujeres encuentren nuevos sentidos con respecto a

representaciones históricas (Grunin, 2008), desarrollando un proceso de historización mayor para llegar a la recuperación. Acompañarlas para que tomen otros posicionamientos a partir de la plasticidad que les da la escritura o el arte en general, mediante diversos personajes, melodías o movimientos, que las ayude a mantener los vínculos con el afuera, traspasando «las limitaciones que impone el bosque».

Referencias bibliográficas

- Baroni, C. (Comp.) (2015). *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Inédito.
- Basaglia, F. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Cuéllar, I. (2018). El espacio transicional como indicador clínico en la práctica psicológica. x *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología xxv Jornadas de Investigación xiv Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- De Brasi, J. C. (1987). Desarrollos sobre el grupo-formación. En H. Kesselman, E. Pavlovsky, G. Baremlitt, J. C. De Brasi, A. Bauleo y M. De Brasi (1987), *Lo grupal 5* (pp. 33-66). Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- De León, N. (2005). ¿Por qué no hablar con la locura? En M. A. Folle y A. Protesoni (Comp.) *Tránsitos de una psicología social*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Di Bono, J. y Varela, A. (2019). De talleres literarios: construyendo subjetividad en contextos de exclusión. vi *Congreso de Audepp*, x *Congreso de Flappsip Figuras Actuales de la Violencia. Retos al Psicoanálisis Latinoamericano*. Mesas de intercambio: Los psicoanalistas y su relación con las instituciones: hospitales y centros de salud, escuelas, dispositivos de encierro y reclusión, organizaciones sociales. Montevideo.
- Duero, D. y Limón, G. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal: Un modelo de análisis narrativo. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), pp. 232-275.
- Giménez, L.; López, N.; Perea, J. y Tabó, J. (17 de marzo de 2015). Nota a Dirección de Licenciatura de Psicología. Programa de Practicantes y Residentes en Psicología. Convenio de Facultad de Psicología-ASSE. Montevideo, Uruguay.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González Regadas, E. (1986). Asambleas Comunitarias en el psiquiátrico. *Revista Relaciones*, 30, pp. 6-8.
- González Regadas, E. (2001). Jalones para una historia de las comunidades terapéuticas en el Uruguay. Documentos para una historia de la Psiquiatría y las Comunidades Terapéuticas en el Uruguay (vi). Disponible en: https://www.academia.edu/7646098/Federacion_Uruguaya_de_Comunidades_Terapeuticas
- González Regadas, E. (2015). La dimensión trasgresora de lo contra-transferencial. Una situación vivida en una comunidad terapéutica uruguaya. xi *Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y II Congreso Brasileño*, San Pablo, Brasil.

- Grunin, J. (2008). Procesos de simbolización y trabajo de historización en la adolescencia. *Cadernos de Psicopedagogía*, 7(12). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492008000100004
- Guinea Roca, R. (2017). La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), pp. 207-226. doi: 10.4321/S0211-573520170001000012.
- Hernández Artigas, A. (2017). Opresión e interseccionalidad. *DILEMATA Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 10(26), pp. 275-284.
- Herrera, R. y Paredes, G. (2016). Algunas breves consideraciones sobre el grupo y las psicosis en un entramado institucional. *Temas en Diálogo*, 1, *Locura, otras miradas*. Recuperado de: <http://tend.uy/articulos/algunas-breves-consideraciones-sobre-el-grupo-y-las-psicosis-en-un-entramado-institucional/>
- Klenner, M.; González, L.; Correa, S.; Lanaro, V.; Rossi, M.; Martínez, S.; Gómez de Freitas, V.; Hernández, D.; Porto, V.; Pereira, P.; Redes, L.; Brescia, S. y Wschebor, M. (2020). Reflexiones sobre las vivencias de estudiantes de posgrado de psiquiatría en un hospital psiquiátrico durante la pandemia de covid-19. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84(2), pp. 102-110. doi: 10.46706/PSI/84.2.3
- Labraga de Mirza, M. (1997). La otra lengua: un espacio de escritura. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 84-85, pp. 127-138. ISSN 1688-7247.
- Malcuori, G. (2010, 22 de junio). Terapia escrita. *La Diaria*.
- Mannoni, M. (1981). *El psiquiatra, su «loco» y el psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno.
- Muñoz, P. (2009). Algunas elaboraciones psicoanalíticas en torno del uso del concepto de locura como distinto del concepto de psicosis. *Anuario de Investigaciones xvi*, pp. 125-132. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Palleiro, E. (2015). No creemos que existan enfermedades crónicas. *Revista de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay +psicolog@s*, 273, pp. 17-22. ISSN: 2301-0770.
- Percia, M. (2004). *Deliberar las psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pezzani, G. (2017). Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó (2013-2014). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(1), pp. 30-42.
- Poch, S. (2011). Los talleres de producción artística de Cipres y su aporte al proceso de rehabilitación. *Jornada de Intercambio: Contribución a la rehabilitación*. Panacea-sm-Cipres, 30 de julio de 2011, Montevideo, Uruguay.
- Pousa, V.; Pereda, M., y Paniagua, I. (2020). Lectura grupoanalítica de un taller de escritura creativa: la escritura como vehículo de interconexión. *Revista de la Asociación*

Española de Neuropsiquiatría, 40(138), 55-66. doi:
10.4321/S0211-573520200020004

Radio Vilardevoz. (23 de Julio de 2021). *Qué es Vilardevoz*. En:
<http://vilardevoz.blogspot.com/p/que-es-vilardevoz.html>

Rodríguez Nebot, J. (2004). *Clínica móvil: el socioanálisis y la red*. Montevideo:
Psicolibros-Waslala.

Romano, S.; Porteiro, M.; Novoa, G.; López, G.; Barrios, C.; García, M. y García, M. (2018).
Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los
Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(1), pp. 22-42.

Rossi, M. (2016). *El dispositivo de seguimiento, como estrategia de intervención terapéutica,
en el proceso de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia. Estudio de caso en
Hospital Vilardebó (2014)*. (Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad
de la República, Montevideo).

Schkolnik, F.; Svarcas, M.; Poch, S. y Palleiro, E. (1996). Discurso y texto en pacientes
psicóticos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 84-85. ISSN 1688-7247.

Sosa, S. (2012). La inclusión del cine en los espacios de rehabilitación psicosocial. Sobre su
valor y su eficacia. *Segundo Coloquio de Arte y Salud Mental*. Montevideo.

Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley n.º 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud.
Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6201460.htm>

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.