

Territorio, arte y locura:

Cartografía de una práctica psicológica en el Hospital Vilardebó

Santiago De María Acuña

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Sistematización de experiencias

Tutora: Asist. Mag. Lisette Grebert

Revisora: Asist. Mag. Natalia Laino

Mayo 2022 - Montevideo, Uruguay

Índice

1. Introducción.....	2
2. Contextualización de la práctica.....	4
3. Tipo de trabajo y metodología cartográfica.....	8
4. Mapa de la práctica.....	14
5. Nudo: el territorio.....	17
- Pista 1: posiciones.....	24
- Pista 2: rol de la psicología.....	29
- Pista 3: cuerpo.....	30
- Pista 4: discursos.....	35
- Pista 5: creación.....	40
6. Desenlace.....	50
7. Referencias bibliográficas.....	56
8. Referencias visuales.....	59

1. Introducción

La producción de este trabajo final de grado se propone sistematizar la experiencia de mi inserción en el Hospital Vilardebó como Practicante de Psicología durante el año 2021. Esta elección parte como un gesto de recuperar la memoria de este proceso de trabajo en un momento socio-histórico muy particular: el transcurso de Emergencia Sanitaria producto del Covid-19. Así mismo, se busca contribuir a la producción de conocimientos situados en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en la Administración de Servicios de Salud del Estado de Facultad de Psicología.

Esta sistematización tendrá lugar de manera poco convencional, si bien nos permitirá establecer cierto ordenamiento, descripción y reconstrucción de la práctica realizada, servirá también como catalizador de un cúmulo de ideas y reflexiones en torno a **la locura, al hospital psiquiátrico y al rol de la psicología en el campo de la salud**. Se propondrá trabajar desde una concepción cartográfica de territorio (Passos, Kastrup y da Escóssia, 2009), que posibilite recorrerlo con una mirada amplia y sin pretensiones universalistas, planteando una serie de cortes, capas y líneas –que llamaremos pistas– para intensificar diversos aspectos de esta configuración territorial.

El formato seleccionado para esta producción es el de sistematización de experiencias, acudiendo a un modo de escritura que dialoga con el formato ensayo. Esta sistematización, de una experiencia singular, se abordará desde una perspectiva cartográfica que en su despliegue aloje algo de la experimentación, la problematización y el pensamiento crítico-reflexivo, lo cual necesita ser articulado con algunos aspectos de la escritura ensayística y otros más propios de la sistematización empírica. Las palabras ensayo y práctica están íntimamente relacionadas, entendiendo toda práctica como una acción que implica un ensayo y por qué no, ensayo y error. Invita a preguntarse por el qué se practica (en la escritura), y por el qué se ensaya (en una práctica preprofesional), como forma de abrirse a la pregunta y a las cadenas de asociaciones producidas por ésta que quizás nos acerquen a nuevas interrogantes.

La primera persona del plural será utilizada con frecuencia, partiendo del supuesto que en la escritura de este Trabajo Final conviven muchas voces. El sujeto de enunciación (Foucault, 1995) que se intentará desplegar poco tiene que ver con un individuo aislado, sino que las condiciones de posibilidad que dan paso a este texto están sostenidas por los encuentros. Las conversaciones con las personas que transitan el hospital, las supervisiones con las docentes, los plenarios y grupos de practicantes, son espacios que

componen esta trama heterogénea de imágenes, conceptos e ideas que me han invitado constantemente a pensar distinto.

Sepan disculpar quienes lean, ciertas intensidades, desbordes o demasías (Percia, 2018) que seguramente han permeado en la escritura; porque escribir es exponerse. La forma que la escritura va tomando a partir de la expresión de la propia vulnerabilidad, decanta en un formato que tiene su lógica propia. Las leyes de la producción textual en términos académicos, como la conocemos, muta en el encuentro con el plano más sensible de nuestra subjetividad. Lo sensible entendido como el mundo de la sensación, de lo que el cuerpo nos reporta de manera constante mientras llevamos adelante cualquier práctica, más o menos mediada por lo conceptual. Cuando nos proponemos abrir las puertas de las habitaciones más desordenadas de nuestra casa, es posible que aparezcan reparos. Resistencias aprendidas muy tempranamente que nos protegen del posible fracaso ante la mirada de los otros.

Me pregunto cómo se juega algo del orden de la necesidad en la producción de escritura. Reconozco que a este trabajo subyace una necesidad personal de dar sentido a un cierto recorrido que a su vez necesita ser dicho y pensado de cierta forma. También, entiendo del orden de lo necesario sostener el gesto político de escribir sobre nuestras prácticas. Ya en los inicios de la Psicología Social Rioplatense, Pichón Rivière planteaba que el ser humano, “es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido” (Zito Lema, 1985). Desde esta concepción, el sujeto a quien se le asigna la autoría de este texto es producido en relación. Escribir es transitar el pasaje de la necesidad a lo necesario, conjugar un trayecto académico diverso y elaborar a partir de él una articulación posible que aporte a la reflexión acerca de las prácticas hospitalarias desde la perspectiva de la Psicología Social en diálogo con la Filosofía y el Arte. Las necesidades pueden ser básicas y su forma de satisfacción, ingrata. No es tarea sencilla revisitar lugares de la memoria que nos conectan con el dolor propio y ajeno, es esperable que las resistencias afloren.

¿Qué hacemos frente a una resistencia? Reconocerla, habitarla, hasta que poco a poco ceda al flujo de las asociaciones. Este es un ejercicio de perseverancia e insistencia. El arte como práctica que motoriza una fuga hacia la vida, objetos y encuentros que nos conectan con la potencia vitalista (Deleuze, 1996), ha sido una compañía toda la vida y siempre me ha tendido una mano a la hora de encontrar nuevos lenguajes para decir. Podría animarme a pensar mi proceso por ésta práctica con el arte como amigo y metáfora en diálogo con el tránsito académico por la Facultad de Psicología. Invitar a la poesía a

formar parte de este ejercicio de pensamiento, lejos de ser una romantización de la locura y del hospital psiquiátrico, es una invitación a integrar la mirada desde el arte para expandir el horizonte de lo pensable desde un saber y una práctica académica.

El índice de este trabajo se estructura inspirado en los movimientos que recorre una historia: introducción, nudo y desenlace. En primera instancia se realizará una contextualización de la práctica propiamente dicha, seguido por especificaciones sobre el tipo de trabajo y la metodología cartográfica. El nudo agrupa el cúmulo de reflexiones en torno a la pregunta sobre cuál es el territorio de la práctica, y los problemas han sido agrupados en forma de cinco pistas cartográficas para su análisis: 1. posiciones, 2. rol de la psicología, 3. cuerpo, 4. discursos y 5. creación. Por último, se propone un desenlace como forma de erradicar cualquier pretensión de conclusión o cierre.

2. Contextualización de la práctica

La práctica realizada se enmarca en el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, un convenio interinstitucional entre ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) y Facultad de Psicología de la UdelaR (Universidad de la República) vigente desde el año 2010. La experiencia propuesta por el programa se extiende a lo largo de un año (de febrero del 2021 a enero del 2022) y tiene por objetivos la formación de recursos humanos y la producción de conocimiento desde la disciplina psicológica en el campo de la salud. Ambos lineamientos se encuentran orientados a profundizar el proceso de cambio de modelo de atención, en el contexto de la reforma de la salud y de la implementación de la nueva Ley de Salud Mental N° 19.529, promulgada en agosto del 2017. La misma fue el resultado de un largo proceso al que contribuyeron colectivos, profesionales y organizaciones de la sociedad civil que buscaban una reforma en base a principios éticos propios de un enfoque de salud mental en clave de derechos humanos. Entre otras cosas, la ley plantea un horizonte de progresivo cierre de las estructuras asilares y monovalentes (Castiglioni, 2021).

Con una presencia en 13 departamentos, los 35 practicantes de la generación 2021 estuvimos insertos en distintos servicios de salud como Policlínicas, Policlínicas especializadas, Hospitales, Centros Diurnos, Centros de Rehabilitación Psicosocial, DIME (Dificultad de Inserción en el Medio Educativo) y Portal Amarillo. La riqueza del Programa reside en esta diversidad, ya que en las instancias grupales tuvimos la oportunidad de

aproximarnos a conocer algunos aspectos del funcionamiento de servicios distribuidos en los tres Niveles de Atención. La coordinación del Programa estuvo a cargo de los docentes de Facultad de Psicología Mercedes Couso, Luis Giménez y Julia Perea, con quienes nos encontrábamos semanalmente en plenarios grupales. A su vez, cada docente estuvo a cargo de un subgrupo de practicantes en la realización de supervisiones periódicas, que en nuestro caso tuvimos de referencia a Mercedes Couso.

El servicio donde se inscribe esta práctica es el Hospital Vilardebó, que junto al Hospital Maciel y al Portal Amarillo fue de los pocos servicios del programa con cupo para dos estudiantes de Psicología. En los años anteriores el servicio tenía asignado regularmente cuatro estudiantes, siendo en 2021 el primer año que se contó con una sola dupla. En cuanto a las inserciones en las líneas de trabajo, ambos estudiantes tuvimos la oportunidad de sumarnos a diferentes instancias, según nuestras afinidades e intereses, manteniendo también espacios de coordinación en conjunto. Asimismo, cabe destacar que no se cuenta con presencia de Residente en Psicología desde el 2019. Los cambios en los cupos, así como la presencia o no de Residente, responde a las características y momentos institucionales que van dando forma al convenio, el cual se actualiza anualmente. En 2020 y 2021 los Referentes en el servicio fueron la psicóloga Mónica Rossi y los psicólogos Alfredo Perdomo y Alejandro Varela. Esta figura es propuesta por ASSE como parte del convenio y su rol es el de recibir a los estudiantes, dar a conocer el funcionamiento de la institución y regular que la inserción en las líneas de trabajo por parte de los practicantes responda al principio de Autonomía Progresiva. Este concepto, utilizado en el planteamiento del encuadre de trabajo del practicantado, tiene su origen la perspectiva de derechos en el trabajo con niñas, niños y adolescentes, y refiere a que éstos “tienen sus ideas y puntos de vista propios, capacidades y potencialidades que serán diferentes según los niveles de desarrollo alcanzados” (OEA - INN, 2010).

A modo de caracterizar formalmente al servicio podemos decir que el Vilardebó es el único hospital psiquiátrico del país, y se encuentra ubicado en el Barrio Reducto de Montevideo, siendo de hecho el centro de referencia de los usuarios de salud mental, o también llamados “pacientes agudos”. Al ser un hospital monovalente, se podría clasificar como servicio especializado de tercer nivel en la organización de los niveles de atención del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud). En el organigrama institucional de ASSE es Unidad Ejecutora N°7 y está bajo la órbita de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, junto a los Equipos de Salud Mental en las 4 Regiones de ASSE, el Sistema de Atención Integral - Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL), el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas Portal Amarillo y el Centro De Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS; excolonias Etchepare y Santín Carlos Rossi).

Esta institución se caracteriza además, por contar con una importante población de usuarios judicializados quienes ante una declaración de inimputabilidad -entre otras razones- son remitidos a disposición del Hospital. Existe una superposición entre las acciones del sistema judicial y del sistema sanitario muy particular, que será abordada más adelante (Ver apartado 5 - Pista 1).

Para tener una noción cuantificable del alcance del trabajo que se realiza en el hospital podemos valernos de la estadística. Los Informes de Indicadores Asistenciales elaborados por el Departamento de Estadística del Hospital, a cargo del Lic. Gonzalo Giraldez, arrojan que en el año 2019 las consultas en Puerta de Emergencia fueron más de 20.000, de las cuales más de 1300 resultaron en internaciones en el Sector de Emergencia. Ese año los ingresos a las Salas de Internación del hospital fueron 1179 con una estadía promedio de 158 días para los pacientes judiciales y de 97 días para los no judiciales. Tomamos el 2019 como referencia, por ser el último año relevado antes de la Emergencia Sanitaria, siendo el año 2020 poco representativo del funcionamiento habitual.

En cuanto a la capacidad locativa de la institución, a enero del 2020 la disponibilidad de camas de internación era de 349, distribuidas en 214 en el sector masculino y 115 en el femenino. En enero del 2021, del informe se desprende que en el sector masculino la distribución de pacientes judiciales y no judiciales era prácticamente un 50-50, mientras que en el sector femenino era de casi un 20% judiciales frente a un 80% de no judiciales.

Solamente en ese mismo mes hubo 106 internaciones de las cuales 40 fueron primeros ingresos y 76 reingresos. La cantidad de reingresos nos habla del fenómeno de *puerta giratoria* existente en muchas instituciones psiquiátricas, donde la intervención sesgada únicamente desde el paradigma médico resulta insuficiente para que las personas no vean su vida atravesada constantemente por sucesivas internaciones.

Por otro lado, las franjas etarias de la estadística poblacional arrojan dos grupos mayoritarios y medianamente equilibrados: los de 20 a 44 años, un promedio de 45%, y un 48% para el grupo de 45 a 64 años. Esta paridad se ve reflejada con más énfasis en el sector masculino. Por último, del informe de enero de 2021 podemos identificar, según la clasificación psiquiátrica que utiliza la institución, los diagnósticos más prevalentes, siendo estos ordenados de mayor a menor frecuencia: Esquizofrenia (F2), Trastorno Bipolar (F3), Sin determinar (SD), Retraso mental (F7), Intoxicación (F1) y Trastornos de la Personalidad (F6).

El Vilardebó cuenta con una Puerta de Emergencia, un Sector de Internación, una Policlínica Especializada en Salud Mental y un Centro Diurno. La inserción de los dos

practicantes en este período se centralizó en el Centro Diurno y en las Salas de Internación, tanto el sector masculino como femenino; y las tareas llevadas adelante están inscriptas en el marco de la rehabilitación. Si bien institucionalmente se enuncia un trabajo en pos de la rehabilitación, no existe actualmente un espacio instituido de coordinación sobre este tema. Esta situación sirve como reflejo de la débil articulación que existe en relación a este objetivo.

Quiénes desarrollamos acciones en el marco de la rehabilitación en Salas de Internación, fuimos conformando un equipo a partir de reuniones semanales a lo largo del primer semestre del año, integrado por el psicólogo Alfredo Perdomo, la psicóloga Myriam Katz y los dos practicantes. Algunas de las propuestas desarrolladas fueron: grupos de escucha, talleres de diario, grupos de expresión libre, espacios dinámicos espontáneos, foros de cine y música (las mismas serán retomadas y desarrolladas en el apartado 4). Vale destacar que el Centro Diurno también propone actividades en sala, las cuales incluyen Gimnasia, Expresión Plástica, Huerta y Teatro; así como la presencia del MEC (Ministerio de Educación y Cultura), que a través del PAS (Programa Aprender Siempre) realiza talleres de Escritura y Comunicación. A estas instancias se suma la propuesta del Taller Sala 12, coordinado por la Enfermera Selva Tabeira, orientado a usuarios varones que tienen interés en trabajar durante la internación a través de tareas de serigrafía, carpintería, tallado y herrería entre otras. Todos estos espacios son coordinados principalmente por talleristas, docentes, auxiliares de enfermería, licenciados y practicantes de psicología.

Si bien hay muchas propuestas de rehabilitación las mismas tienen poca articulación entre sí, como se mencionaba anteriormente, y se presentan como insuficientes para atender la demanda de participación de los y las usuarias, ya que debido a los protocolos impuestos a partir de la Emergencia Sanitaria los grupos debían estar integrados por menos de ocho personas (en promedio entre participantes y coordinadores, dependiendo del espacio de trabajo). Esta insuficiencia no se ve sólo a nivel de cantidad de participantes, sino también a nivel de los procesos, ya que estos tienden a la desconexión con los equipos de salud de cada sala, resultando en una serie de intervenciones aisladas. Identificamos esto como una debilidad institucional, el hecho de que los equipos no conozcan las actividades de rehabilitación hace que tampoco deriven o recomienden usuarios y usuarias, y mucho menos sean parte de un proceso que tenga una continuidad y aporte distintas miradas sobre cada caso. Esta comunicación se ha dado en casos puntuales y mayoritariamente por iniciativa de los practicantes, dependiendo muchas veces de la disponibilidad y apertura de los técnicos para recibirnos.

La escasa coordinación y conocimiento de lo que sucede en la institución se plantea, en principio, como una de las mayores dificultades a la hora de llevar adelante la tarea. Esta situación podría explicarse por un Departamento de Psicología acéfalo, sin Jefatura desde hace casi un año, pero es posible intuir que el problema excede esta circunstancia. Podríamos pensar que al analizar el funcionamiento del “área de rehabilitación” queda en evidencia la fragmentación institucional del hospital, que por momentos percibo como un hospital dividido, o más bien, escindido.

Esta atomización de las acciones parece reproducir una serie sucesiva de encierros dentro del propio encierro manicomial, donde cada equipo desarrolla su tarea hasta donde le corresponde, tratando de no “pisar” la tarea de otro, y justamente allí en ese “entre” donde termina el deber de unos y comienza el deber de otros se configura una zona gris, o un vacío institucional que muchas veces deja a los usuarios sin referencia. He aquí un ejemplo de lo que nos referimos cuando hablamos de locura institucional y de lo enloquecedor de las instituciones. En palabras de Eliseo González Regadas (2001) “la dimensión de lo psicótico circulando (...) a lo interno de las instituciones, es algo que no nos deja indemnes, provocándonos una sensación de inquietante extrañeza; de algo ominoso y oscuro” (p. 1). Cuando hablamos de “lo psicótico circulando” es hablar de la psicosis por fuera de las taxonomías descritas en los manuales de Psiquiatría. Lo psicótico como un circulante que “se pone en marcha bajo ciertas circunstancias y no en otras” (p. 1).

3. Tipo de trabajo y metodología cartográfica

La cartografía más que un método propone un posicionamiento, una actitud del investigador que prioriza la experimentación de lo real por sobre la representación de verdades absolutas. Articula planos heterogéneos de producción, donde las diferencias cobran un lugar de relevancia en pos de acompañar procesos, en lugar de representar una realidad determinada. Se considera pertinente como herramienta para investigar en psicología dada la heterogénesis de la práctica psicológica, que no sólo se nutre de su dimensión científica, si no que está históricamente compuesta por dimensiones ético-estéticas, poéticas, filosóficas y artísticas.

Hablamos de un sistema acéntrico, que funciona semejante a un rizoma (1994) donde cada punto de la trama se conecta en una multiplicidad indiferenciada, cambiante y por múltiples vías. Erigido como una crítica a toda idea de principio fundacional, prioriza la

pregunta por el cómo funciona por encima del qué produce, corriendo el foco de los esencialismos y las causas, para llevarlo a los efectos. En palabras de Rey & Granese (2018) el cartógrafo “no se pregunta entonces por la esencia de algo (¿qué es?) sino por su funcionamiento (¿con qué conecta, con qué hace máquina?)” (p. 4). Encontramos aquí una ruptura significativa: cartografiar no busca interpretar ni dar sentido, en este modo la acción de investigar e intervenir está centrada en las articulaciones. Conformando así un método *ad hoc*, que intenta ser adecuado, apropiado y especialmente dispuesto para un fin.

La mirada está puesta en el “entre” de la relación sujeto-objeto, que subvierte o disuelve su clásica dicotomía, entendiendo el objetivismo y el subjetivismo como las dos caras de una misma moneda. La cartografía invita a pensar-se más que como una competencia como una performance, como una política cognitiva del cartógrafo que abandona la idea de campo para situarse en la creación del territorio de la investigación, que ya existía virtualmente y se actualiza en el encuentro con los otros. Un modo de producir conocimiento alejado de la representación y más cercano a la enacción (Rey, 2015), entendida como la imposibilidad de describir un fenómeno sin producirlo simultáneamente.

“El cartógrafo se envuelve en las fuerzas del territorio y las sigue. ¿Qué líneas seguir, hasta dónde continuarlas, cuándo se cortan? Estas son las preguntas para hacerse dentro de un rizoma y en la construcción de una cartografía. Pero que el mapa no pueda ser independiente del sujeto que lo traza no instala un subjetivismo. Pues no hay sujeto, en el sentido de que el sujeto en cuestión se torna una fuerza más del territorio, productora del mismo.” (Rey, Granese, 2018, p. 4).

Desde esta concepción, toda investigación es una intervención (Passos, Kastrup y da Escóssia, 2009), hallamos una disolución del punto de vista del observador, considerando que transformamos la realidad para conocerla y no al inverso. Para esto es necesaria la inmersión en la experiencia donde las relaciones entre teoría-práctica, sujeto-objeto están en el mismo plano de producción.

En “*O método da cartografia: conhecer e cuidar de processos singulares*” Paula Souza (2015), Doctora en Salud Colectiva de la Universidad de Campinas, señala que en Brasil la constitución de la cartografía como método de investigación cualitativa fue el emergente de un movimiento en que participaron investigadores de distintas áreas del conocimiento: educación, salud, estudios cognitivos, artes, urbanismo, entre otros. Esta heterogeneidad implicó el desafío de pensar un método que no se presenta como un conjunto de reglas predeterminadas, sino que pretende ser una ética, una estética y una política de producción de conocimiento. Se parte del diagnóstico de que el paradigma

cientificista trae un problema importante para la producción de conocimiento: la devaluación de la dimensión singular de la realidad y la devaluación del cuidado como condiciones para el conocimiento.

La cartografía como concepto es tomada de la obra de Deleuze & Guattari, “*Mil Mesetas*” (1994), y a partir de allí se propone este método como una apuesta de escritura y pensamiento rizomático, que a su vez realice un acompañamiento de la producción de deseo integrado a territorios existenciales. La cartografía sería el ejercicio de pensar acompañar los trayectos y devenires que constituyen las distintas realidades. El pensamiento de Deleuze & Guattari es un pensamiento de la diferencia, la heterogeneidad, la multiplicidad y la singularidad, en una nítida actitud de repudio a los universales. ¿Cómo entonces proponer un método de investigación que no se presente a partir de reglas definidas a priori, universalmente válidas? (Souza, 2015).

Se invierte el sentido tradicional de método, *metá* (finalidad) - *hódos* (camino), en que la investigación está definida como un camino predeterminado por reglas dadas. En lugar de *metá-hódos*, la cartografía propone, en tanto actitud transgresora, un *hódos-metá*, un primado del caminar por sobre la meta (Passos, Kastrup y da Escóssia, 2009). Así una pista implica necesariamente una apertura a la creación de otras pistas. De este modo, una pista evoca a producir conocimiento basado menos en la necesidad de producir certezas y más en una necesidad de producir confianza. En lugar de reglas, se proponen pistas, que nos guiarán en el trabajo de investigación, sabiendo que para acompañar procesos no podemos tener predeterminada la totalidad de los procedimientos metodológicos. Las pistas que guían al cartógrafo son como referencias para mantener una actitud de apertura hacia aquello que se va produciendo al caminar, en el propio transcurso de la investigación-intervención (Souza, 2015).

La idea de pista se encuentra asociada a la idea de cuidado (Souza, 2015). Es el desafío de la producción de conocimiento de procesos singulares no universales e implica dos necesidades intrínsecas: la de que todo caminar implica procesos singulares y de singularización, y que para aprender tal proceso es necesario producir un conocimiento que no se base en certezas universales, sino en producir confianza en el caminar, o sea, es necesario cuidar para conocer. Esta confianza no remite a un estado emocional preexistente a los encuentros, sino como un estado afectivo que emerge de una actitud de fiar con (con-fiar), hacer con, co-producir, siendo este estado no de una supuesta armonía, más de una tensión creativa, un cuidado como un hacer colectivo.

Una pista condensa lo que se presenta como un gran problema para la producción de conocimiento cualitativo: ¿cuál es la validez y cómo se produce un conocimiento que es

singular y que por lo tanto, no se propone ser una verdad universal? ¿Qué dinámica podemos establecer para la producción de conocimiento de regímenes de sensibilidades, experiencias singulares, visiones de mundo, o sea, de conocimiento sobre la dimensión cualitativa y singular de la realidad? Quizás el divorcio entre conocimiento y singularidad sea también el divorcio entre el conocimiento y el cuidado. Estas implicancias metodológicas hacen al doble compromiso de la cartografía: conocer es acceder a lo singular y conocer es cuidar. Sólo accedemos a lo singular cuidando (Souza, 2015).

Ética semejante a la ética griega fue la propuesta de los analistas institucionales franceses cuando afirman no como los griegos de que es necesario cuidar para conocer, sino que es necesario transformar para conocer. Tomando este ejercicio de transformación siempre bidireccional, transformación de sí y del mundo, como un movimiento creativo. Se trata entonces de una ética que no se separa de una estética, una estética de sí. De ahí la necesidad de la cartografía de tener como otro importante campo de referencia las contribuciones del análisis institucional francés, en especial la propuesta de intervención-investigación de René Lourau (1975). Para el análisis institucional toda investigación es una intervención, debiendo el investigador explicitar cómo se produjo la intervención, tomando como punto de partida la propia implicación del investigador. Como vimos, el discurso de la neutralidad produjo una línea de intervención unidireccional, una intervención como efecto inevitable de acceso a la verdad. Es necesario un modo de apropiarse de la inevitable dimensión de la intervención en todo acto de investigar, para producir relaciones menos violentas y producir menos apropiación por parte del investigador. Partiendo de ese principio ético, nada más coherente que partir del cuerpo del investigador como una caja de resonancia, punto de inflexión ética de todo acto de producción de conocimiento: análisis de la implicación (Souza, 2015).

Siguiendo con los planteos de Paula Souza (2015), el análisis de la implicación es el ancla de una triple apuesta metodológica: 1. apuesta ético-metodológica: cartografiar y cuidar de procesos de singularización. 2. apuesta estético-metodológica: conocer y transformarse a sí y al mundo (conocer y crear). 3. apuesta político-metodológica: conocimiento es una producción común (de lo común). El análisis de la implicación inserta al investigador de modo inmediato en un doble compromiso: conocer y cuidar de sí y del mundo, teniendo como objeto procesos singulares. El rechazo a la neutralidad implica un compromiso cuidadoso, pues lo que afecta al investigador es fundamental para la cartografía, dos regímenes de fuerzas de un mismo territorio. Los regímenes de fuerzas compuestos de diferentes vectores son, antes de todo, regímenes de afectación: afectar y ser afectado. Un análisis de la implicación que no conduce a un análisis del sujeto, no se

concluye en el sujeto, parte de los afectos y afecciones que movilizan el cuerpo del investigador para mapear un plano de fuerzas.

Si tomamos al sujeto investigador como un sujeto histórica y políticamente constituido, analizar las implicaciones se trata de analizar cómo esas fuerzas históricas y políticas nos atraviesan y nos constituyen, y cómo ellas se actualizan en el presente. Un ejercicio de análisis de la implicación, es un análisis de sí y del mundo, de un sí en el mundo y de un mundo en sí. Al mismo tiempo cabe destacar que esta actitud es también condición para acceder a la dimensión singular de la realidad. Al contrario de los griegos, para quienes el cuidado era una actitud de superación de las ilusiones del mundo de las sensaciones para acceder al conocimiento universal y verdadero, un análisis de la implicación pasa por bucear en el mundo de las sensaciones y de los regímenes de afectación, no para acceder a un conocimiento trascendental, sino para acceder a un plano de constitución de la realidad, un plano de inmanencia entre el sujeto que conoce y el mundo conocido (Souza, 2015).

La cartografía no se reduce a mapear estados de cosas, regularidades y verdades instituidas, a pesar de que este ejercicio sea indispensable para la cartografía. Para la cartografía interesa menos lo singular y lo diferente y más los procesos de singularización y diferenciación. Más que afirmar que una experiencia local es singular, interesan los procesos de singularización que se efectivizan en la experiencia investigada. De ahí la afirmación de que conocer no es representar la realidad. Pues la representación no accede a la dimensión procesual de la realidad, sino a los estados de las cosas, a las formas instituidas. Un análisis de la implicación es, por lo tanto, una importante dirección metodológica para acceder a los procesos de singularización, pues inicia tomando al propio investigador como procesual, en devenir (Souza, 2015).

Se trata de una estrategia de minimización de las líneas de verticalización que el investigador asume, sin con eso afirmar que el investigador se coloca en una posición de igualdad. Al contrario, se reconoce la potencia de ocupar una posición diferente de los demás sujetos involucrados, entendiendo que será a partir de la expresión de las diferencias y singularidades que será posible producir conocimiento, una producción común de conocimiento.

Lo común no es pacífico, es antes de todo tenso, agonístico, pues implica una composición de heterogéneos como condición para aumentar la potencia de actuar. Recuperamos aquí un momento estratégico de la investigación cartográfica, en que el análisis de la implicación debe producir este efecto de producción de conocimiento común en la investigación, a riesgo de esta girar a un autoanálisis y perder de vista las líneas de

singularización. Tomando el volante en proceso, el investigador presta atención a los movimientos de captura, de constitución de grupos identitarios que cierran las diferencias y que limitan las líneas de singularización. En el juego institucional, por ejemplo, la multiplicidad es muchas veces reducida a polos antagónicos: usuarios - trabajadores, trabajadores - gestores. El ethos cartográfico implica un movimiento de extraer del análisis de la implicación un análisis del colectivo y de los modos por los cuales este plano heterogéneo es capturado en dos polos que producen juegos de poder que limitan los procesos de singularización. Lo común es un plano de fuerzas heterogéneas y múltiples, un plano de pura diferenciación y creación, en que la cartografía se pone como método para desencadenar estas diferencias, entendiendo ese desencadenamiento como condición de producción de conocimiento (Souza, 2015).

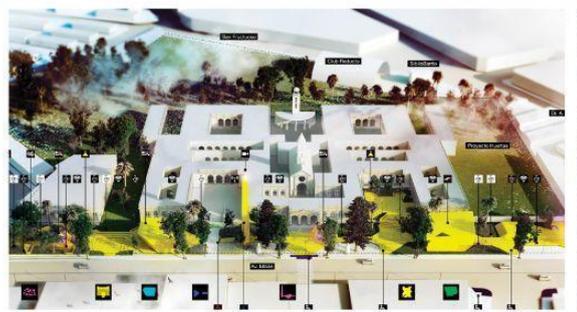
Como afirman Deleuze & Guattari (1994), la cartografía se propone trazar diagnósticos locales y singulares. Se afirma, por lo tanto, la necesidad de tomar lo local no sólo como singular, sino de extraer lo que se moviliza en cuanto movimiento de singularización. ¿Para qué? Para extraer nuevos efectos de producción de conocimiento. Efectos de propagación y contagio: se trata de un ejercicio menos de construir una verdad y más de desestabilizar verdades universales, posibilitando la expresión de singularidades y construcción de nuevas verdades. Acompañar las líneas de singularización en esferas locales produce un efecto que es menos de universalización y unificado, más de propagación de heterogeneidad y multiplicidad. Se propaga la desestabilización, pues la singularización de una investigación no sirve de ejemplo, de modelo, sino de inspiración de que otro mundo es posible, de que es posible frente a situaciones adversas diferenciarse de lo dado y, por lo tanto, conocer y crear. (Souza, 2015).

4. Mapa de la práctica

La confección de un mapa tiene como principal objetivo visibilizar, en este caso la búsqueda es la de mostrar ciertos tránsitos y recorridos en el transcurso de la práctica en el hospital. La generación de mapas guarda un vínculo con la cartografía clásica, productora de los mapas clásicos que fueron históricamente instrumentos de poder y dominación. El género epistémico del Atlas (Ruíz & García, 2014) intenta subvertir ese gesto político, el cual tiene amplia afinidad con la perspectiva cartográfica que sostiene este trabajo. Podríamos decir que una se recuesta sobre la otra. Graciela Speranza (2012) en su *“Atlas portátil de América Latina”* nos invita a pensar en cómo el arte se ha ido apropiando de los mapas como un material para 1. desnaturalizar los órdenes instituidos, 2. interrogar identidades territoriales, 3. tender pasajes en fronteras infranqueables, 4. conjeturar otros mundos posibles y 5. trazar recorridos imaginarios.

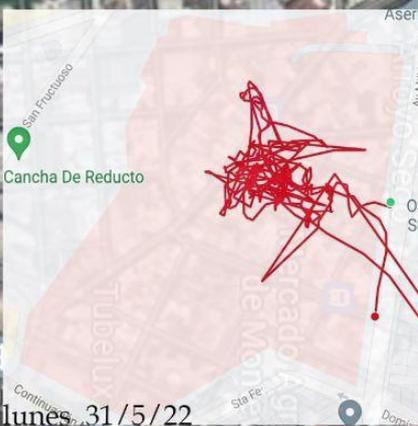
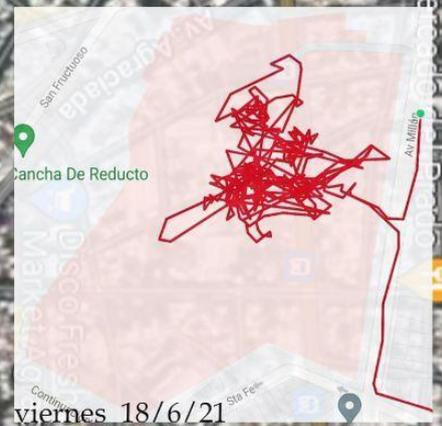
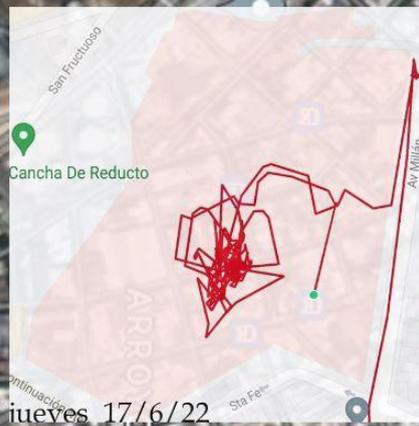
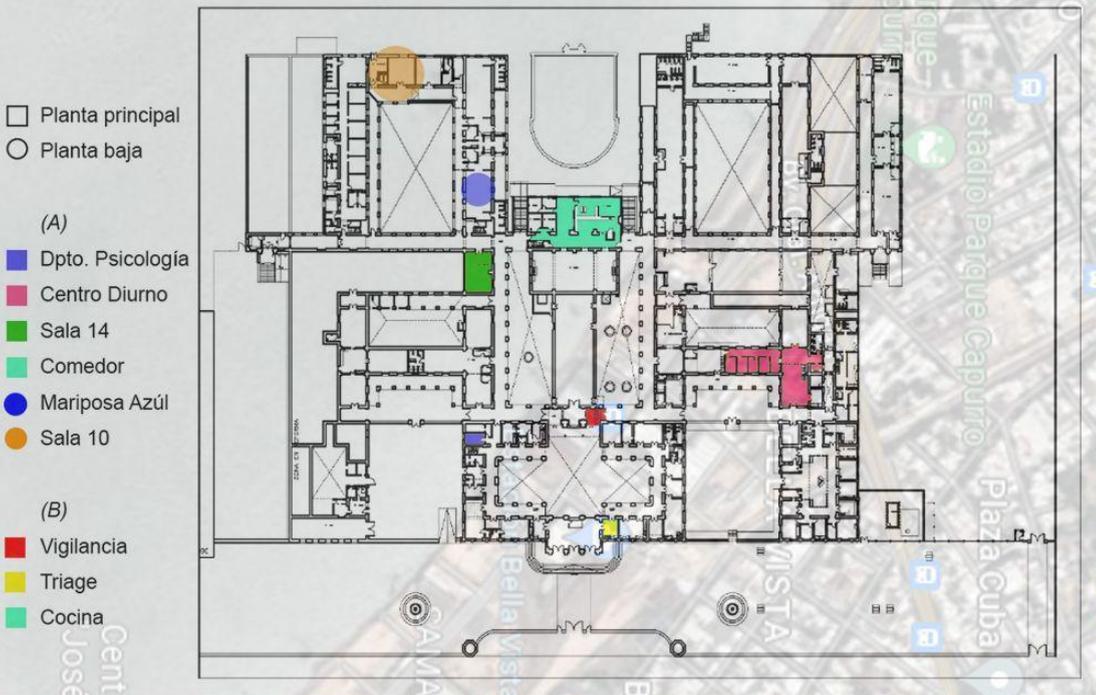
Desnaturalizar, interrogar, tender, conjeturar y trazar: gestos que pretendemos recoger y multiplicar en esta producción, que como una urdimbre de textos e imágenes sostenga el tejido de una trama afectivo-política-conceptual. La escritura se abre en el despliegue de su propia cartografía, ya que “escribir es cartografiar, o dibujar mapeando, y que este modo posibilita crear una imagen creativa y no dogmática del mundo” (Grebert, 2016, p. 34). En su apertura pierde relevancia el quién-habla para visibilizar y priorizar el trazado de la línea, el mapa, lo que allí se mueve y la composición que conforma.

A continuación se desplegarán una serie de mapas, que mediante la técnica de collage intenta visibilizar sitios de permanencia y sitios de pasaje sobre un plano arquitectónico del Hospital Vilardebó, en convivencia con imágenes satelitales del predio y del barrio, así como una serie compuesta por trazos dibujados con una aplicación de celular que utilizando el GPS registró de los movimientos del practicante durante cinco jornadas de cinco horas cada una. Por último se presenta una tabla ilustrativa de todas las actividades formales en las que se participó durante el año, con sintéticas descripciones a modo de mención. Estas producciones intentan evitar la captura de la representación y en su lugar “captar líneas y gestos así como visibilizar los diferenciales de intensidad afectiva presentes en los territorios de vida experimentados” (Grebert, 2016, p. 36). La presente producción está orientada a alejarse de la representación clásica del territorio para habilitar un habitar de mapas provisorios y así ensayar nuevas miradas y nuevas posiciones de enunciación.



Sitios de (A) permanencia y (B) de pasaje

Plano planta principal Hospital Vilardebó



Grupos de expresión libre

Espacio abierto a la expresión plástica, literaria y lúdica, donde el objetivo fue acompañar intereses e inquietudes promoviendo la creatividad.

Sector femenino / Duración 1hr 30 /
Frecuencia semanal / Periodo 10 meses

Grupos de escucha

Instancia que propuso la circulación de la palabra y la escucha de manera grupal.

Sectores femenino y masculino / Duración 45 min / Frecuencia quincenal / Período 7 meses

Taller de rap / Taller de canciones

Espacio grupal donde se trabajó a partir de la música y el canto. Se alojaron aspectos del freestyle (improvisación), del karaoke, la ejecución de instrumentos musicales (guitarra y flauta) y la reproducción de canciones grabadas.

Sector masculino / Duración 1 hr / Frecuencia semanal / Período 5 meses

Asamblea Comunitaria

Instancia de trabajo con usuarios judicializados desde el enfoque de comunidad terapéutica. Sus objetivos fueron el de comunicar novedades, plantear distintas problemáticas relacionadas a la convivencia, colectivizar inquietudes y la elaboración de proyectos grupales, en síntesis se buscó que los usuarios sean participantes activos en su proceso de recuperación.

Sector masculino / Duración 1 hr / Frecuencia semanal / Período 8 meses

Taller de salud y comunicación

Espacio facilitado por docentes del PAS-MEC trabajando a partir del cuento, el audiovisual, la escritura y la creación de personajes. El producto alcanzado fue un *podcast* que abordó sentires y vivencias sobre la experiencia de la internación.

Sector masculino / Duración 1 hr 30 /
Frecuencia semanal / Período 6 meses

Actividades en Centro Diurno

Se trabajó en instancias grupales e individuales tanto con usuarios ambulatorios como internados. Algunas que destacamos por haber tenido una mayor participación: Grupo de seguimiento, Chi-Kung, Teatro, Informática, Grupo multifamiliar y Grupo con personas con Uso Problemático de Drogas. Este se configuró como el espacio de inserción con mayor índice de interdisciplinariedad.

Foros de cine y música

Se realizaron 8 actividades puntuales a lo largo del año, con grupos de un máximo de 8 participantes, en espacios dispuestos para disfrutar de la proyección de una película, corto o video musical, de duración no mayor a 1 hora 30. Gracias a las herramientas de proyector y amplificación, se logró generar instancias donde el material audiovisual sirvió de base para un intercambio posterior.

Diario “Tras el Estigma”

Publicación de circulación interna y cuyo contenido proviene de instancias quincenales de taller en torno al dibujo y la escritura. Se editaron cinco números participando de la selección de contenidos, edición, impresión y reparto de la publicación.

Biblioteca móvil “Rodando Libros”

Proyecto orientado a facilitar el acceso a la lectura durante el período de internación. Se configuró como un sistema de préstamos de libros, mediante recorridos semanales en ambos sectores. Tiene como objetivo principal la creación de una comisión de biblioteca autogestionada por usuarios y usuarias de la institución que permita nuclear y reorganizar los libros que se encuentran dispersos en los diferentes sectores del hospital, así como en distintas donaciones de particulares. Así mismo, la construcción de la biblioteca ambulante tuvo el objetivo de hacerla circular por todas las salas de internación y de esta manera hacerla más visible y atractiva para todos y todas.

5. Nudo: el territorio

En la década del setenta, el antropólogo francés Philippe Descola (2005) se propuso una inmersión en la selva amazónica ecuatoriana y convivir con sus habitantes, el pueblo *achuar*, cuyo dialecto -el *jíbaro*- por momentos se volvió una dificultad importante para la realización de su estudio. Una escena retratada en el texto etnográfico, muestra un investigador capaz de manifestar sus inseguridades con respecto a la viabilidad de su trabajo; al escuchar un testimonio acerca del mito de origen de ese pueblo, no sólo no logra comprender el relato (por la barrera idiomática) sino que además olvida encender su grabadora: “El protocolo soberbio de las investigaciones etnográficas lamentablemente se hunde, mi charla dirigida se encamina al fracaso, la indagación de la tradición oral se anega en las arenas de la incompreensión” (p. 49). Es entonces cuando la figura del consejo aparece en un recuerdo como medio para calmar las ansias de entenderlo todo, de capturarlo todo, como una forma de apaciguar sus “escrúpulos científicos”. El consejo vino de parte de su maestro, Claude Lévi-Strauss, que antes de su partida y luego de que Descola lo agobiara “con el detalle de las técnicas de investigación que pensaba emplear y los problemas sutiles” (p. 49) que estas lo ayudarían a solucionar, simplemente le respondió: “Déjese llevar por el terreno” (p. 49).

Esta escena nos habla de aquello inaprensible que se presenta en el territorio de una práctica o una investigación. “En esa situación, no había otra cosa que hacer” (p. 49) que «dejarse llevar por el territorio», como un modo de arrojarse a una experiencia, más que para ser absorbida por un investigador, para ser producida en el encuentro. Este consejo suena disruptivo con el contexto de la antropología europea de hace cincuenta años, pero que en el marco de un academicismo plagado de «escrúpulos científicos» resulta más que necesario y se configura como una posible línea de fuga (Deleuze, Guattari, 1994), como un desvío, una deriva del método. Es introducir un grado de apertura en el recorrido del pensamiento de quien se propone conocer algo, una invitación a dejarse llevar. Las imágenes de abandono de sí y de devenir con otros, están implicadas aquí y quizás podemos pensar a la figura del consejo, en sí misma, como un gesto amistoso, que busca orientar o advertir a un recién llegado, puede ser solicitado o donado, pero se mueve en el espacio de la sugerencia y por ende puede ser tomado o no.

Un consejo, también, marca el inicio de nuestra práctica. El primer día que conocimos el hospital, luego de una exhaustiva y abrumadora recorrida por todo el servicio, los practicantes salientes nos transmitieron en una sola frase buena parte de su experiencia de todo un año: “Escuchen a los usuarios”. Cuando no sepan qué hacer, escuchenlos a

ellos. Ellos les van a decir si está bueno o no lo que están proponiendo. Esta frase nos acompañó durante todo el recorrido y volvía a aparecer con mayor intensidad cada vez que se lograba componer algo potente con los usuarios y usuarias. El consejo se distingue de la orden o el mandato por su cualidad de “tómalo o déjalo”, es solo una invitación y como aquellas que vienen de los amigos, no es obligación aceptar. El consejo de Levi-Strauss resuena con el consejo de los practicantes, la inseguridad de Descola antes de su viaje a la amazonia resuena con la nuestra como principiantes en el rol. Las dos escenas se espejan y comparten la misma imagen: dejarse llevar y escuchar. Ambas nos invitan a reflexionar sobre un modo de moverse distinto al de la propuesta prefabricada, al de las hipótesis a priori, de los grandes principios rectores, para dar paso a la composición con los otros y con el espacio. Una transformación que también implica transformarse, un dejarse llevar que también es, en algún sentido, dejarse habitar por el territorio.

Ahora es preciso detenernos en el nudo de esta trama textual, hablamos de territorio y amerita preguntarse, ¿Cuál es el territorio de esta práctica? ¿Cuál es el territorio del hospital? ¿El Vilardebó es sólo aquel predio entre las calles Santa fé, Millán y García Morales? ¿O hay otros elementos que componen este territorio particular?

El concepto de hospitalidad (Derrida, 2008) acude para ayudarnos a pensar en las características de este territorio que nos proponemos delinear. El consejo también puede ser entendido como un gesto de hospitalidad, el cual nada tiene que ver con el deber y el pacto, sino que se asemeja más a la poesía. Dice Derrida que “un acto de hospitalidad no puede ser sino poético” (p.10) y resulta casi premonitorio para esta cartografía de un recorrido que resultará inundado de poesía en sus sucesivos apartados.

La hospitalidad se configura, ante todo, como una pregunta: la del extranjero, el extraño, el otro, el distinto que abre la interrogante y nos pone en duda. El extranjero es aquí un ser-en-cuestión (*question*) que “sacude el dogmatismo amenazante del logos-paterno” (2008, p.13). Supone una relación entre un “dueño de casa” que recibe a un extraño que comienza por refutar su autoridad mediante su solicitud, que a su vez lo hace de manera torpe ya que no habla una lengua que por definición no es la suya. De este modo el extranjero siempre corre el riesgo de quedar desprotegido y ser expulsado del lugar que lo recibe teniendo que lidiar con la imposición de una traducción, la cual según Derrida es la primera de las violencias.

La hospitalidad es un gesto político, íntimamente relacionado con el funcionamiento de la *polis*, la ciudad. El personaje de Sócrates ese “inquietante hombre de la pregunta y la ironía” (2008, p. 21) guarda muchos rasgos de similitud con el extranjero: juega a serlo sin serlo. Acoger al extranjero y con él recibir la pregunta intolerable es una cuestión política,

escenificada claramente en el juicio a Sócrates ante los atenienses, acusado de sofista. Derrida menciona que la ciudad trata como sofista a “quien no habla como los demás, alguien que habla una lengua extravagante” (p. 13) y por ende quien cuestiona debe temer que lo hagan pasar por hijo, extranjero o directamente loco.

Etimológicamente la palabra hospital proviene del latín *hospes*, huésped o visita, que se deriva posteriormente en las palabras hotel, hospedaje y hospitalidad. *Hospitalia* era una palabra que servía para nombrar tanto los apartamentos para las visitas como el lugar de auxilio para los enfermos. Huésped y hostil comparten la misma raíz, *hostis*, que se refiere al extranjero. Hostil, en su origen latín, significa enemigo público de origen extranjero que a diferencia del *inimicus* (enemigo personal), es quien hace la guerra contra la comunidad y el Estado. No se trata aquí de una demostración de odio o enemistad, sino una declaración como enemigo público al loco-extraño-extranjero (Derrida, 2008), aquel que atenta contra todo lo establecido hablando distinto. Lo curioso del lenguaje y la transformación histórica de las palabras, como un ejercicio arqueológico nos permiten visualizar contradicciones, superposiciones y ambivalencias de sentido. Huésped es tanto aquel que recibe, como el que es recibido, una misma palabra que nombra dos roles unidos en una relación de hospitalidad. También es una relación de poder: hay un propietario, un “dueño de casa” que debe ejercer la hospitalidad y a su vez, administrar este poder.

Un hospital puede ser por momentos hotel, por momentos hospicio tan hospitalario como hostil a la vez. Los huéspedes se confunden, pacientes y funcionarios se dan los buenos días mutuamente, pero en la cotidiana hay un grupo que se queda y otro que tiene el permiso de entrar y salir. Habría un dueño de casa que administra la hospitalidad, un cuerpo compuesto por múltiples corporalidades humanas y no-humanas y de varios atravesamientos institucionales entre los que se encuentra la Administración de Servicios de Salud del Estado. Con una composición heterogénea (documentos, vehículos, edificios, personas, leyes, etc, etc.) el hospital psiquiátrico es quien guarda las llaves y convierte en sujetos de acogida tanto a funcionarios como pacientes. De todos modos hay una diferenciación bien delimitada, hay quienes deben brindar atención en salud y otros quienes deben recibirla. Quienes pueblan el hospital se dividen tácitamente entre funcionarios y pacientes, cuidadores y sujetos de cuidado. En esta relación tan cuerpo-a-cuerpo hay espacio para que el cuidador tome las funciones de “dueño de casa”, incluso ante personas que están en ese lugar desde hace mucho antes que él. Resulta enriquecedor pensar en clave de hospitalidad (Derrida, 2008) a la hora de observar la relación funcionario-paciente, funcionario-funcionario, paciente-paciente, y todos estos cómo se relacionan con un estudiante que llega a realizar una práctica.

Pensar en situación y producir conocimiento situado (Haraway, 1991) tiene que ver con un gesto necesario que busco recuperar, el de explicitar y tomar consciencia de la posición desde la cual se observa y se enuncia. Producir articulaciones desde cierto lugar es reconocer que todo saber es parcial. Donna Haraway (1991) afirma que no es una búsqueda por la parcialidad en sí misma, sino que se la desea “por las conexiones y aperturas inesperadas que los conocimientos situados hacen posibles” (p. 339), siendo ésta la única manera de encontrar una mirada más amplia: estar en algún sitio. Las imágenes que se obtienen resultan de una “conjunción de visiones parciales y voces titubeantes en una posición de sujeto colectivo” (p. 339) prometiendo una visión de vivir dentro de “límites y contradicciones, de visiones de algún lugar” (p. 339). La propuesta de la autora que piensa la relación de los feminismos y la ciencia nos invita a pensar la traducción y la crítica, así como la descodificación y transcodificación como modos necesarios para que “la ciencia se convierta en el modelo paradigmático no de lo cerrado, sino de lo que es contestable y contestado” (p. 338). Estos conocimientos situados provienen de un “desdoblamiento de los sentidos, una confusión de voz y visión, en vez de ideas claras y diferenciadas, se convierte en la metáfora para el terreno de lo racional” (p. 338). Esta forma de producir conocimientos precisa que su objeto deje de ser representado como una pantalla o un recurso para pasar a ser un actor y un agente; esquivando así la relación esclavo-amo, donde el amo detiene la dialéctica cuando se convierte en autor de un conocimiento que se pretende objetivo.

Un corolario de la insistencia con que la ética y la política, abierta o encubiertamente, proporcionan las bases de la objetividad en las ciencias como un todo heterogéneo, y no sólo en las ciencias sociales, es el hecho de dar el carácter de agente/actor a los «objetos» del mundo. Los actores aparecen bajo muchas y muy maravillosas formas. Las versiones de un mundo «real» no dependen, por lo tanto, de una lógica de «descubrimiento», sino de una relación social de «conversación» cargada de poder (Haraway, 1991: 342).

Se podría entender ésta como una propuesta metodológica, pero es a su vez profundamente ontológica, y nos sirve para seguir pensando sobre qué territorio hablamos cuando hablamos del territorio de una práctica universitaria. Hablando, conversando y preguntando como un incómodo-loco-extranjero, ¿Qué es el Hospital? ¿Hasta dónde es el Hospital? ¿Quiénes son el Hospital? ¿Cuándo es este Hospital?

En principio, un hospital es un lugar, un espacio físico y una institucionalidad destinada al cuidado. Es preciso pensar qué cuidado es posible a partir de cierta arquitectura y cierto orden institucional. Hay muchas formas diferentes de cuidar algo en pos de su preservación o mejoría: encerrar, no tocar, no mirar, proteger o reparar. Estas formas del cuidado no serán una traslación directa de los protocolos sanitarios sobre los

sujetos, sino que estarán seriamente condicionadas por lo que posibilite o no esa estructura que sostiene los procesos, las circulaciones y las interacciones. El hospital, en primera instancia, es un lugar, un *locus*, un espacio determinado por un cierto orden arquitectónico. Patio, galería y salas en espejo, separados por una iglesia. Podríamos señalar tres órdenes determinantes: arquitectónico, institucional e histórico.

En particular, la génesis del Hospital Vilardebó se remonta al 17 de julio de 1860, mediante la solicitud de traslado de 28 pacientes catalogadas "dementes" desde el Hospital de Caridad, actual Hospital Maciel en la Ciudad Vieja de Montevideo, a la quinta de Don Miguel Vilardebó, padre del ya fallecido Dr. Teodoro Vilardebó. El llamado "Asilo de Dementes" en aquel momento se hallaba apartado de la urbanidad, en el actual Barrio Reducto. De todas maneras, lo que hoy conocemos como Hospital Vilardebó no fue construido hasta en el periodo militarista transcurrido entre 1876 y 1886, siendo uno de los principales proyectos de desarrollo que pondrían al país en la vanguardia arquitectónica y sanitaria.

En el centro se encuentra la iglesia, y simétricamente a ambos lados los patios y sectores de internación, en el lado derecho se ubica el sector femenino y a la izquierda el sector masculino respectivamente. Dicha construcción corresponde según la versión oficial, a los planos que el Ing. Eduardo Canstatt, que elaboró inspirándose en el Asilo francés de Sainte Anne. La versión no oficial más divulgada, es que el gobierno envió un comisionado a Francia en busca de planos de asilos modernos y el funcionario al malgastar sus viáticos lo único que pudo conseguir fueron los planos de un monasterio. Finalmente, el 25 de mayo de 1880 el Manicomio Nacional fue inaugurado con una administración a cargo de 12 Hermanas de la Caridad, así mismo, el primer director fue el médico Dr. Ángel Brian (Martínez Dibarboure, 2020).

En este breve relato que se remonta hace más de 140 años, se puede apreciar cómo el mito y la historia se pliegan para dar paso a algo diferente. Ambos movimientos, el histórico y el mitológico, se entrelazan para formar una narrativa que va más allá de la verdad comprobable empíricamente, para mostrarnos que incluso el origen tiene múltiples lecturas, versiones, visiones que nos serán más o menos cómodas. Incluso en esta confusión histórica podemos hacer una lectura en la que estar de acuerdo: el modelo eurocéntrico fue fundante para esta institución. Un clima de época que apostaba por la europeización del territorio y la ciudad como modelo de modernidad, ciencia y progreso. Este edificio es también un símbolo de época que implica en sí misma una ética y una política particular. Tanto convento como manicomio modelo, la alianza entre la arquitectura eclesiástica y la medicina moderna está ampliamente trabajada por Michael Foucault en su

“Historia de la Locura” (1967). El origen de la palabra edificio proviene del latín *aedes*, templo. Como una foto de fines del S. XIX que nos habla de que el doliente, el sufriente, el enfermo, debe ir al *aedes*, templo, edificio para encontrarse con Dios y por ende, con la cura. Este designio repercute -y percute insistentemente- en los discursos de los usuarios y usuarias del servicio de salud en la actualidad, Dios en sus diferentes manifestaciones es materia de conversación cotidiana.

En ambos lados del pináculo de la iglesia un San José y una Virgen María se erigen sobre el cielo recibiendo las inclemencias del tiempo hace más de un siglo. En el histórico temporal del 2004, que registró numerosos daños en todo el país, dejó a la Virgen permanentemente sin cabeza. Esta virgen descabezada que pocos notan, contempla desde su no-mirada una institución que perdió la cabeza y muchas veces se presenta sin plan, sin rumbo. Una metáfora de la ausencia de reflexión, de autoridad, un estado des-jerarquizado. Esta observación no es más que una impresión, una sensación que resulta del “estar ahí”. La falta de objetivos explícitos y compartidos no implica una anarquía institucional, sino que por el contrario, la “falta de cabeza” convierte al resto del cuerpo en un soldado que responde a una suerte de verticalidad *zombie*, obedeciendo las órdenes de un eco de una ausencia de lo que alguna vez se impuso. En palabras de Foucault (1967) “En la locura se establece el equilibrio; pero lo oculta bajo la nube de la ilusión, bajo el desorden fingido; el rigor de la arquitectura se disimula bajo el manejo hábil de estas violencias desordenadas.” (p. 34). Una arquitectura rígida, en sus paredes pero también en su ornamentación, una estructura cristalizada que disimula las “violencias desordenadas”.

En la devolución de un trabajo curricular del Programa de Practicantes, la docente arrojó una pregunta que resuena y se amplifica en el devenir de este trabajo: *¿cómo se pasó de una quinta que cuida a una arquitectura que cura?* Haciendo mención al pasaje del modelo asilar al modelo hospitalario por el que se vieron transformadas las prácticas en el Vilardebó. Ciertas arquitecturas, como disposiciones espaciales, materiales y simbólicas, invitan a recorrer la institución de maneras previamente determinadas. Son las condiciones materiales de posibilidad de los recorridos que pretendemos mapear. Alfredo Moffatt en su *Psicoterapia del oprimido* (1988) señala que

“no existe ninguna necesidad, en cuanto a técnica psicoterapéutica, de esta ideología carcelaria en la disposición de la arquitectura de los hospitales psiquiátricos; el compartimentar el espacio constituye sólo una medida de comodidad del personal, al cual se le adiestra en una visión prejuiciosa y paranoide respecto de la enfermedad mental (pp. 9-10).



- **Pista 1: posiciones**

Sobre el mapa se dibujan líneas que sugieren los tránsitos de cuerpos que transcurren en una superficie que se inscribe en un doble orden: psiquiátrico y arquitectónico. La red de relaciones y conexiones que posibilita el orden psiquiátrico (simbólico) se intersectan con las posibilidades por el orden arquitectónico dado (material). Estos desplazamientos son tanto físicos, discursivos como imaginarios y suceden mayoritariamente en lugares no pensados, pasillos, pasajes, galerías, que no están pensadas para ser habitadas, sino para alojar un tránsito hacia determinado lugar. En este caso el lugar donde se “cura”, se “exorciza” o se “rehabilita”, ahora bien ¿qué lugar es este? ¿la sala de micronarcosis? ¿la sala de internación? ¿el centro diurno? ¿con qué conectan estos espacios transitorios? Espacios y lugares que se convierten en sitios para el habitar, ante la necesidad imperiosa de salir de las salas, los y las usuarias eligen transcurrir sus días en los pasillos o en el patio. El afuera tan anhelado, esa porción de “afuera” que está “adentro” de la institución. Se trata de diferentes posiciones, donde se sitúa la experiencia subjetiva, posiciones desde donde se enuncia, se actúa y se adolece.

Pensar en términos de posiciones nos abre la posibilidad del despliegue de este vocablo. Hagamos una lista rápida de palabras que contienen “posición”: superposición / yuxtaposición / disposición / exposición / oposición / composición / descomposición / imposición / suposición. El significado de posición proviene del latín *positio* referido a ubicación, una palabra que sirve para hablar de cierta relación particular con un lugar, con un entorno. A esta relación le llamaremos posición, la cual se dibuja en el mapa que trazamos para pensar este territorio afectivo de intensidades (Grebart, 2016). Esta posición no es fija ni estática, sino que se encuentra en permanente vaivén producto de las relaciones de poder que se establecen en una institución. En 140 años de historia nada de lo que parece fijo e inamovible actualmente fue de la misma manera en el origen, ni siquiera la primacía de la medicina por sobre las demás disciplinas. Los médicos fueron antecidos, en su lugar de responsabilidad legal y técnica, por las Hermanas de Caridad de la Iglesia Católica.

El sitio que un cuerpo ocupa en una institución, es político. Se vive una cotidiana disputa por los espacios; la falta de consultorios y los “adueñamientos” de llaves, el traslado de usuarios a otras salas por motivos de seguridad, el permiso para ir a la huerta o para salir del sector de internación, personas con discapacidades físicas que no pueden acceder a espacios de taller (las escaleras también son políticas). Una serie de disposiciones administrativas van regulando dónde, cuándo y cómo se debe trabajar, aspecto intensificado

con la Emergencia Sanitaria, esto implica necesariamente los cuerpos, sus desplazamientos y reposos. Hagamos un ejercicio de exposición de este aspecto a partir de una escena:

Una usuaria se encuentra parada frente a la puerta de vidrio que conecta el patio femenino con el patio que conecta el espacio de Radio Vilardevoz, Centro Diurno, Farmacia y Policlínica.

- *Vigilante: (a unos 50 metros) ¡Salga de ahí señora!*
- *Practicante: (al lado de la usuaria) ¿Necesita algo por acá?*
- *Usuaria: Nada, estoy encontrando mi punto (sonríe).*

¿Cómo se dialoga con los tránsitos de la locura? El vigilante probablemente tenga como orden asegurarse que nadie intente “fugarse”, pero ¿cómo podríamos pensar estos desplazamientos? Michel Foucault (1967) nos habla de la navegación del loco como “distribución rigurosa y tránsito absoluto” (p. 8) que al mismo tiempo despliega “a lo largo de una geografía mitad real y mitad imaginaria” (p. 8) la situación en la que se encuentra la época en relación al cuidado. Señala también el lugar de privilegio que el loco tiene al estar encerrado, ya que “su exclusión debe recluirlo” (p. 11) y si esto no sucede, se lo demora en los lugares de paso. “Es puesto en el interior del exterior, e inversamente. Posición altamente simbólica, que seguirá siendo suya hasta nuestros días, con sólo que admitamos que la fortaleza de antaño se ha convertido en el castillo de nuestra conciencia” (p. 8). Colocados en el adentro del afuera y viceversa, los designados pacientes (González Regadas, 2001) son testimonios vivos de cómo cuidamos colectivamente de aquellos que padecen. Es un lugar (posición) de privilegio para visibilizar una superposición de exclusiones e injusticias sociales innumerables.

La filósofa feminista Linda Martín Alcoff (1988) propone el concepto de posicionalidad como propuesta teórico metodológica de investigación cualitativa. La posicionalidad sostiene que la identidad (de una mujer) es producto de su propia interpretación y reconstrucción de su historia. Estos procesos están mediatizados por un discurso cultural en el cual se está inmerso. El concepto de posicionalidad tiene una doble inscripción, primero supone que la identidad es un “término relacional identificable sólo dentro de su contexto” (p. 434) y segundo, “que la posición en que se encuentran las mujeres puede ser activamente utilizada como plataforma desde la que construir un significado, como un lugar desde donde se puede descubrir un significado” (Alcoff, 1988, p. 434). Estas posiciones pueden tener dobles, triples o más inscripciones, es cuando

hablamos de interseccionalidad. No es lo mismo ser mujer, que ser mujer afro, o mujer afro con un diagnóstico psiquiátrico.

Las posiciones pueden pensarse como reales, simbólicas e imaginarias. Algunas tienden a la composición y otras a lo contrario. En la disposición espacial del hospital encontramos una división tácita, las salas de seguridad se encuentran un nivel por debajo de las salas comunes. Una suerte de *underground* con el cual se amenaza a quienes tienen conductas agresivas, ser trasladado para “abajo” trae una serie de suposiciones angustiantes. Deleuze (1987) en su texto sobre Foucault, distingue al derecho penal de la prisión. El derecho penal refiere a lo enunciable en materia criminal, pertenece al orden del lenguaje, expide las penas y clasifica delitos. La prisión pertenece al orden de lo visible, “no sólo pretende hacer ver el crimen y el criminal, sino que ella misma constituye una visibilidad” (Deleuze, 1987, p. 58), se produce así un agenciamiento visual para que el vigilante tenga una posición desde la cual vea todo sin ser visto. Casualmente (o no) en el Vilardebó la garita de Vigilancia se encuentra en la puerta de la capilla, único sitio donde se visualiza la entrada y salida de ambos sectores de internación. Este régimen de lo visible en la prisión y en el hospital no solo atañe a las capacidades de control y disciplinamiento de la institución, sino también que oficia como “vitrina” para la sociedad, se muestra y exhibe que allí está quien cometió una infracción.

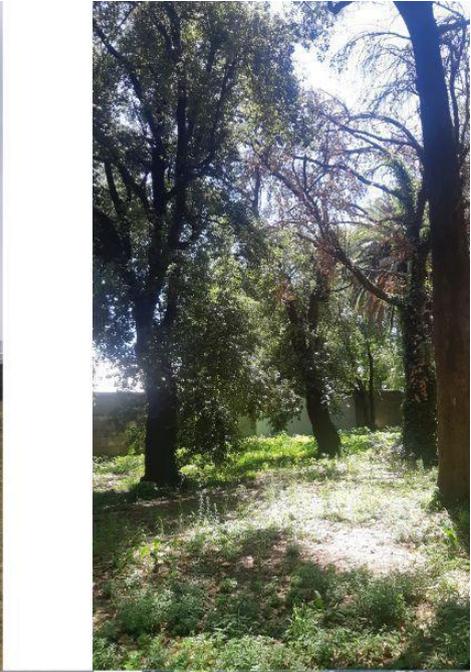
Volvamos a la escena de la señora que estaba “encontrando su punto”. Podría mirarse como una pequeña muestra del deambular ocioso de los manicomios, muy bien retratado en un valioso antecedente de este trabajo, “*La sociedad del olvido*” de Apud, Techera y Borges (2010), donde se señalan los efectos adversos de la institucionalización de las personas: la estigmatización y la iatrogenia. Las mismas suponen un deterioro progresivo social y cognitivo, sedentarismo, pasividad productos de un espacio enajenante. Los autores señalan que existe un “tiempo detenido” un presente enorme y vacío, representado por la ausencia de relojes y espejos. El día de alta indefinido abona a esta sensación. Este espacio enajenante, y la redes de relaciones que posibilita terminan produciendo el fenómeno de “cronificación”, el cual se despliega como un nuevo estilo de vida, protagonizado por la pérdida de roles y potencialidades, ruptura de vínculos sociales cotidianos, creciente pasividad, pérdida de autonomía.

Esta mención al “espacio enajenante” remite directamente a Walter Benjamin y su “arquitectura alienante”. En su “Libro de los pasajes” (2005), el autor propone pensar la relación entre individuo y colectivo a partir del orden arquitectónico. Para el colectivo pasa a ser interior lo que al individuo le es exterior:

“arquitecturas, modas, e incluso el tiempo meteorológico son en el interior del colectivo lo que las sensaciones de los órganos, la percepción de la enfermedad o de la salud son en el interior del individuo. Y son, mientras persisten en una figura onírica inconsciente y amorfa, procesos naturales como el proceso digestivo, la respiración, etc. Se hallan en el ciclo de lo eternamente igual, hasta que el colectivo se apropia de ellos en la política, y de ellos resulta la historia (Benjamin, 2005: 395).

Frente a este planteo se presenta una paradoja, para el individuo lo que es exterior a él (la arquitectura) estará al interior en el caso de que realice un pasaje a la dimensión colectiva. Benjamin trae la imagen de “las casas de sueño colectivo” (Déotte, 2013) que “están al interior como los fenómenos cinestésicos lo están para el individuo” (p. 59). De esta forma Benjamin describe un medio de aparatos urbanos que posibilitan la circulación de los cuerpos y “la exposición de mercancías” (p. 58). Lo que a su vez, nos invita a pensar en un abordaje de la “fantasmagoría colectiva, la lenta circulación de sueños que surgen de esas entrañas colectivas” (p. 58). La relación planteada por Benjamin entre el espacio, en este caso la arquitectura, el inconsciente, el individuo y el sueño colectivo, inspiran a seguir rumiando estas conexiones, quizás incluso para preguntarnos ¿cuáles son aquellos sueños que circulan en las entrañas colectivas de aquello que llamamos hospital? ¿Cómo podemos percibir las arquitecturas de una manera analítica para no absorberlas distraídamente como colectivo? Convendrá repensar la mirada como fenómeno de la percepción, abogar por un contemplar analítico por sobre la mirada distraída del *scanning* (Déotte, 2013).

Mapear trazos y posiciones como una forma de desantropologizar el territorio, como una forma de correr al humano del centro de la escena, pasar de la posición de individuo a las casas el sueño colectivo (Benjamin, 2005) para que en el ejercicio del reconocimiento de las posicionalidades (Alcoff, 1988) podamos “dislocar el concepto humano-persona como personaje central del territorio y el lenguaje como modo privilegiado (Grebert, 2016, p. 102). Desfocalizar la mirada sobre el “designado paciente” (González Regadas, 2001) y la lógica categorizadora de la medicina nos permitirá quizás pensar cómo “curar el hospital” - siguiendo el planteo de un testimonio del documental “La ínfima cosa” (Philibert, 1997) representado por la frase “los sanatorios se tienen que hacer sanar”.



- Pista 2: rol de la psicología

La elaboración de remedios contra la soledad se volvió una tarea impostergable durante este año. El lugar en extremo particular de nuestro cargo como Practicantes en el marco de un convenio entre dos instituciones, nos ha posicionado en un cruce de caminos. Tanto funcionarios de ASSE como estudiantes de Facultad de Psicología, pero ni tan funcionarios ni tan estudiantes, nos permitió caminar las instituciones por momentos como un extranjero, un pasajero, alguien externo pero que a su vez era parte, o al menos lo intentó. Este rol de practicantes nos invitó a fortalecer la conexión con aquellos que experimentaban lo mismo. El grupo de Practicantes, signado por la virtualidad, pudo sortear los kilómetros de distancia geográfica y los obstáculos de la pandemia a la hora de sostenernos, buscar estrategias, compartir ideas y experiencias. Esta práctica aprendida de generar instancias con otros, que tienen en común una tarea, es uno de los mayores aprendizajes adquiridos y guardo la certeza de que en futuras instancias laborales buscaré multiplicar. Considero que nuestra profesión puede volverse muy inhóspita por el hecho de estar en contacto cotidianamente con el sufrimiento de los otros, impera entonces la necesidad de buscar refugio en los equipos, en los compañeros, en los docentes, en definitiva, en los otros.

Las condiciones laborales de los Psicólogos en el Hospital Vilardebó se encuentran muy deterioradas, casi tanto como la arquitectura. Hago hincapié en la Psicología a los efectos de esta reflexión y no porque la situación de los profesionales de las demás disciplinas sea diferente. El gesto de trabajar en solitario, en el encierro del consultorio bajo llave está justificado tanto por un tema de seguridad, como por una visión del rol del psicólogo clínico y por la resignación de que “las cosas siempre fueron así”. De todos modos es difícil que estos argumentos sean suficientes cuando colegas expresan desánimo, resignación, hartazgo e incluso miedo. Quizás nos sirva pensar en este encierro de la psicología como un síntoma que hace espejo con la realidad de la institución a la que se pertenece. El hospital, a veces asilo, a veces manicomio es el ícono del encierro de la locura en nuestro país. El encierro como práctica sanitaria que sostiene todas las demás, que genera tantos efectos negativos en los encerrados y es tan funcional para la economía de las instituciones. Es paradójico que la Psicología, desde donde tanto se cuestiona el encierro, reproduzca el mismo encierro en su práctica cotidiana. Esta posición solitaria -quizás individualista- trae angustias y detona la posibilidad de generar un equipo, donde distintas miradas se pongan en común para sobrevivir a la desolación.

El encierro y la soledad no fueron temas ajenos al conjunto de la sociedad en el transcurso de la pandemia mundial con las que nos toca lidiar. Sin dudas estuvimos cara a cara con dos miedos fundantes: la enfermedad y la muerte. Los efectos negativos del binomio encierro-soledad y la exposición constante al otro binomio enfermedad-muerte tomaron estado público durante estos últimos dos años. En las cenas familiares, en los trabajos, en los televisores y en la calle hicimos una catarsis colectiva con la sospecha de que la vida no es tan vida sin moverse, cambiar de lugar y sin compartir con otros. Los efectos de la situación sanitaria repercuten en una crisis social, económica y política, asistimos a un gran duelo colectivo por pérdidas de toda índole. La precariedad, la desazón y la incertidumbre se convirtieron en la realidad de muchas personas entre las que me incluyo. Estas reflexiones cotidianas acerca del encierro como situación transversal a todo el campo social, intensificó, en el seno del campo de la salud mental, el cuestionamiento acerca de la pertinencia del encierro como medida terapéutica. En este sentido la disciplina y el rol de la psicología tienen mucho aún para transitar y para continuar aportando a este complejo e imbricado debate en torno a la construcción del campo de una salud mental comunitaria y colectiva.

- **Pista 3: cuerpo**

*La vida pide más vida
La vida tiene y más quiere
El cuerpo donde vivimos
Siempre es demasiado breve*

[Silvia Meyer & Eduardo Darnauchans \(1982\) - Demasiado breve](#)

A la una de la tarde, y por un lapso de quince minutos, se sirve el almuerzo a los funcionarios. Es común ver la cola armándose, quince o diez minutos antes de la hora indicada dependiendo de lo tentador del menú. Oficiales de policía, personal de enfermería, mantenimiento, vigilancia, limpieza, administración. Pocos o nulos comensales pertenecientes a los llamados equipos técnicos. A diario nos encontramos con nuestros recipientes en las manos y las tripas sonando, a punto de satisfacer una necesidad básica. Muchas veces podíamos tener un vistazo de lo que nos esperaba ya a las doce del mediodía, cuando se repartían las viandas a los y las usuarias. La decepción de los fideos

con carne o el tan repetitivo arroz con jamón. La sorpresa de la pizza, los elogios al fainá, la nostalgia de la carne al horno. Muchas cáscaras de mandarina - la fruta más frecuente - rodeaban los restos de los almuerzos. Las medidas de cuidado prohibieron la utilización del comedor, único espacio diseñado para sentarse a comer. Los y las usuarias debían comer en los pocos bancos disponibles en el patio, muy frecuentemente en el piso o en el filo de una ventana, cuando no en su propia cama.

Imaginemos una olla con un guiso de lentejas para 400 personas. En el diseño de las encuestas, incluido el censo, se calcula la cantidad de hogares con un criterio: “aquellos que comparten la olla”. Si en una vivienda viven varios grupos familiares se considera hogar en la medida que compartan o no el alimento. Hay algo del calor del hogar, como la antigua hoguera, el fuego donde se cocina lo que se pudo conseguir en esa jornada. De algún modo, todos aceptando y agradeciendo lo poco o mucho que se sirva en el plato. Un gesto que nos une y nos conecta con los rituales de la vida doméstica, de la institución familiar -incluso en su ausencia-, que se recrudescen en la rutina envolvente de las instituciones sanitarias.

Podría ser también, el momento de mayor compañerismo que se vive en el hospital cada día. Al parecer, la etimología de la palabra “compañero” (deChile, 2022) proviene del latín “comedere” (comer) y “panis” (pan), se traduce como “comer el mismo pan”. Compartiendo el pan cada día, con quienes transito los mismos lugares, a quienes a veces les pido cosas o ellos me piden a mi. Movimientos de composición y descomposición, colaboración y tensión, de compañía y acompañamiento. La olla común que nos conecta con un sabor que brevemente todos compartimos.

El almuerzo se convirtió en esa porción de institución que por fuera de toda metáfora, pasó por mi sistema digestivo. Ese alimento elaborado en una cadena de producción que involucra quizás cientos de personas dentro y fuera del hospital, llega hasta mi mesa como una invitación a comer y dejarse recorrer por la institución. Jugando con la metáfora biologicista, un verdadero intercambio de materia y energía con el medio. En términos simbólicos se podría leer como la participación en un proceso (digestivo) y de asimilación (de nutrientes), que implica una ingesta, una instancia intermedia y una evacuación. No fueron pocas las veces que me encontré utilizando expresiones relacionadas al atragantamiento, al nudo en la garganta, refiriéndome a aquello “difícil de tragar” o de “digerir” en las “crudas” situaciones narradas por los y las usuarias. El proceso de la digestión tiene lugar principalmente en el intestino, la porción del tracto digestivo especializada en la absorción de los nutrientes. Este órgano tiene la mayor longitud y superficie de absorción de todo el cuerpo humano, cerca de los doscientos metros, lo

equivalente a una cancha de tenis. Gran parte de nuestra energía diaria la consumimos en el procesamiento de los alimentos. Comer no solo se trata de la cercanía y complicidad entre los comensales, sino también que es la mayor forma de contacto posible con el afuera y que paradójicamente se procesa en lo más interno de nuestro cuerpo. En inglés se utiliza la expresión “gut feeling” (*gut*: intestino, *feeling*: sentimiento) para referirse a cuando tenemos una certeza de algo pero no podemos explicar la razón. También tenemos *gut feeling* cuando algo se percibe seriamente mal. La metáfora corporal como aliada para expresar sentimientos para los que no hay palabras más que la sensación física. Algo que nos revuelve las tripas.

Inquietante sin dudas fue trabajar diariamente en el establecimiento de un vínculo con personas que no me veían el rostro. Los barbijos infaltables, insistentes e inamovibles, habitaron mi cara cada día. Podríamos decir que más del 70% del rostro queda vedado por ese artículo sanitario que se volvió tan familiar y del cual de repente depende nuestra vida y la de nuestros seres queridos. Y a las pruebas me remito, su efectividad pudo ser comprobada durante este año, habiendo estado a corta distancia con casos positivos, sin que esto implicara un contagio. Con orgullo pudimos decir durante el año que las actividades de rehabilitación no fueron focos de contagio.

De todos modos, los efectos de la *despersonalización* que cubrir el rostro implica fueron percibidos por los y las usuarias primero. En particular una usuaria con alta médica a la espera del permiso de egreso del hospital me dice, “trabajamos tanto estos meses y no te conozco la cara”. Escena que me encuentra bajándome el barbijo, rompiendo por segundo el protocolo para compartir una sonrisa de oreja a oreja. En tiempos del virus el personal de salud, en su conjunto, perdió herramientas básicas de contacto con aquellos a quienes debía atender. El lenguaje facial tuvo que trasladar toda su ánima y expresividad a la mirada. Un corrimiento de la sonrisa a los ojos. La expresión de los afectos, de las pasiones tristes y las pasiones alegres (Deleuze, 2008), como por un embudo a través de la mirada. El equilibrio sensorial se ve alterado, casos realmente llamativos de sordera momentánea pudieron constatarse al tener la boca tapada, “no te escucho por el tapabocas”. *Del otro lado* la historia es diferente, los y las usuarias no tenían la obligación de usar ningún equipo de protección personal, la mascarilla facial entre otros, fueron una marca que distinguía funcionarios de usuarios. Nosotros sí podíamos leer sonrisas, las sutiles, las rígidas y las maníacas. Pudimos percibir todos los efectos adversos de la medicamentación que se expresan en el rostro: temblores faciales esporádicos, hinchazón de la cara, rigidez facial, bocas secas luchando por hablar con claridad. Algunos maquillajes corridos, algunas lagañas sin limpiar. Pero recordemos, no hay espejos en los hospitales psiquiátricos, ni para

peinarse, afeitarse ni sacarse los mocos, por el riesgo de que ante una rotura se conviertan en *cortes*.

Los brazos impactan con sus marcas. Cortes que fueron quedando ante ante los intentos de “sentir algo más fuerte” que la tristeza. Algunas marcas son recuerdos de supervivencias a intentos de autoeliminación. La piel de los brazos lleva consigo una memoria, cicatrices que no se borran y que servirán siempre de recordatorio de algo que dejó su huella en el propio cuerpo.

Corte se le llama en la jerga del encierro a un objeto corto punzante que se fabrica de manera casera. Si un vidrio se rompe en el hospital, los fragmentos resultantes pueden tener tres destinos: el tacho de la basura por lo general, muchas veces para efectuar una autoagresión y pocas veces para intentar una heteroagresión. Ante este peligro la medicina ha desarrollado distintos dispositivos a lo largo del tiempo para someter el cuerpo del designado paciente (González Regadas, 2001). El chaleco de fuerza, se presenta como dispositivo característico de las prácticas históricas y violentas de la psiquiatría, estereotipo y caricatura hasta el hartazgo del “loco de remate”. En la actualidad hay quienes hablan del “chaleco químico”, producto del perfeccionamiento de la farmacología psiquiátrica. Sin dudas que los brazos no responden de la misma forma luego del inyectable, mucho menos después del segundo y tercer pinchazo. Ni los pies, pero esto hablaremos más adelante.

Ante la existencia de riesgo para sí o para terceros, la indicación médica suele ser la aplicación de medidas de contención. “Me aplicaron medidas” es una frase repetitiva de los y las usuarias que buscan contar estas vivencias, ya que para la mayoría no es una buena experiencia. Históricamente se han constatado abusos en ese sentido: pacientes que quedan atados de pies y manos a sus camas, durante más del tiempo indicado, a veces por doce horas, sin posibilidad de ir al baño o ingerir alimentos. Si bien los abusos de este dispositivo no son moneda corriente en la actualidad, en ocasiones sale a la opinión pública alguna denuncia relacionada al tema, como lo fue la recogida en la siguiente nota: “Desastre. Paciente del Vilardebó fue atado a una cama sin colchón: un trabajador hizo la denuncia.” del día 15 de febrero del 2021 (Montevideo Portal, 2021). Este hecho tuvo lugar quince días después de haber comenzado la práctica. La foto que acompaña la noticia despierta indignación. Pone de manifiesto lo que llamaremos *prácticas violentas de la medicina*.

En una entrevista reciente el director del Hospital Pediátrico Dr. Álvaro Galiana, en el marco de la inauguración de la Sala Familiar y Educativa en el Pereira Rossel, afirma que la creación de esta sala representa un gesto necesario para que los niños salgan de los aspectos médicos que viven mientras están hospitalizados, ya que esto implica muchos

elementos de agresión: se les saca sangre, se les hacen exámenes, estudios, etc. Señala que “el salir y ser más niños es humanizar una internación o una intervención”. Las infancias y los designados pacientes psiquiátricos (González Regadas, 2001) tienen en común el hecho de requerir hospitalizaciones muchas veces por componentes sociales sin que la persona se encuentre necesariamente enferma: los llamados “pacientes sociales”. Esta lógica se despliega a partir de una imposibilidad, la de no poder quedarse en la cama, ya que no todos los padecimientos requieren reposo en una cama de hospital. Sigue Galiana en la entrevista diciendo “que no quede ese recuerdo de agresión que siempre implican los fenómenos de la salud” (Nueva Sala Familiar Educativa en el Hospital Preira Rossell, 2021). Sin ánimos de extrapolar el cuidado de las infancias al de los usuarios de salud mental so riesgo de infantilización, se busca subrayar el hecho de que el reposo y la cama no son (o no deberían ser) los ejes de este tipo de intervenciones.

¿Qué lugar le damos al cuerpo de ese otro que pretendemos atender? ¿Cómo se comporta nuestra mirada, nuestras manos, nuestros pies, en el encuentro con un otro desbordado? ¿Qué tan conscientes somos los trabajadores de la salud de todo lo que comunicamos con un simple movimiento de hombros? Nos referimos a los mínimos gestos (Deligny, 2007) “que dan cuenta de modos de existencia inmanentes al espacio, fuera de toda referencia a un sujeto y a un lenguaje estructurante” (Grebart, 2016, p. 103). Un paso que duda, trastabilla y tiende a caerse, pero pronto un antebrazo-amigo se antepone, para generar un contacto único y necesario. En épocas de *nudillos* (saludo habitual en contexto pandémico) se establecen juegos de frialdad-calidez, donde reconocer el tacto de una palma puede ser revolucionario. Las prácticas que niegan y repliegan el despliegue de la potencia corporal producen un cuerpo que sufre una mala gestión del abrigo y la falta de intimidad, un férreo control disciplinario del cuerpo y su sexualidad, que tiende a invisibilizar en su prohibición el placer sexual de quienes habitan y transitan la institución. Un cuerpo que es sostenido en un sistema binario (sector masculino, sector femenino) en suma, un cuerpo dogmático que excluye las identidades disidentes.

Un cuerpo atado y “encanizado”, un saber farmacológico orientado a aliviar el cuerpo a como dé lugar, pero las marcas quedan: pinchazos sobre pinchazos, hasta formar callos. Y en última instancia, anestesia y electroshock. Un disciplinamiento justificado en una supuesta curación que aterriza en los cuerpos mediante las prácticas violentas de la medicina. Estamos aquí frente a un cuerpo vapuleado por la crisis de muchas instituciones (familiar, educativa, sanitaria) donde solamente el mínimo gesto, la mirada, el acompañar en el deambular, darse la mano, sentir palma con palma, puede revertir momentáneamente un contexto donde la mayoría de los contactos físicos son agresivos o como mínimo invasivos.

- **Pista 4: discursos**

Para tanta soledad me sobra el tiempo

Dile a la vida que viva

Tu recuerdo no se muere y yo siento

Mas que penas conocidas.

[Alfredo Zitarrosa \(1978\). Dile a la vida.](#)

La escritura (y la práctica) requiere de cierto ritmo y éste podría pensarse como una rutina cotidiana: ante la inseguridad, la respuesta que encontramos es la constancia. El ejercicio de encadenar significantes, de jugar con las palabras y desear producir nuevas asociaciones tiene como máxima expresión estética la poesía. ¿Cuál es la poesía sostenida por ese ritmo? Las palabras logran sucederse a sí mismas en el insistir a partir de algunas constantes, un pulso repetitivo que posibilita -sin importar cómo estemos- la elaboración. Pensar y reflejar, reflexionar, ser (re)flexible en el pensamiento y en los modos. ¿Qué es un cambio de modelo sino un cambio en el modo? Es imposible no pensar mi recorrido por el hospital sin estar constantemente resonando con la idea de que “el hospital debe cerrar”. Afiliado a esta idea es que llego a este servicio de salud tratando de identificar los modos institucionalizados, las prácticas, los gestos que han hecho del *Vilar* (modo familiar habitual de referir al Vilardebó, sobre todo en la jerga universitaria) una territorialidad altamente estigmatizada. Atormentado por momentos por un cúmulo de preguntas: ¿Qué estoy haciendo acá? ¿A qué maquinaria, y a qué dispositivo estoy aportando con mi capacidad de obrar? ¿Es posible pensar (practicar) distinto? Me acompañó muchas veces el espanto de quizás estar siendo el lado blando de una maquinaria por momentos perversa. ¿Qué sentido tiene brindar atención, escuchar a una persona durante 30 minutos, en un patio o en un pasillo, si durante el 90% del tiempo restante va a recibir malos tratos constantes? No es mi lugar aquí exponer denuncias, ni violaciones a los derechos humanos, mucho menos torturas (como sostienen muchos colegas); sino que me refiero a algo más cotidiano, más constante, que insiste y persiste: el maltrato. Una desidia y una falta de empatía que no es generalizada, pero que sí retrata el funcionamiento de la institución en rasgos generales. Funcionarios precarizados, en muchos casos sin preparación ni formación específicas, que no cuentan con el presupuesto ni las herramientas necesarias. Un mal endémico al Estado que todos conocemos, pero que resiente profundamente la atención de una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad. Una superposición de exclusiones, multiplicación del fracaso estatal aterrizado sobre el cuerpo y la psiquis de muchas personas. ¿Cuáles son las políticas que buscan romper los condicionamientos que tienen sujetas a tantas personas que sufren por separado y al mismo tiempo tantas exclusiones?

Pobreza, adicción, delincuencia, discriminación sexual, de género, racial, física, y un triste e interminable etcétera.

Claramente hay una *tranquilización* de la propia conciencia en el gesto de la queja o la denuncia, pero qué incómodo se vuelve cuando uno toma participación activa en lo que critica. ¿Acaso hay otra manera de cambiar el modelo sino participando de él cotidianamente, constantemente, insistentemente? Se trata aquí también de reconocer que todas las injusticias que uno percibe también están sostenidas por preconceptos y prácticas que también nosotros replicamos. Y lo hacemos porque en alguna medida también vivimos los efectos de la institucionalización. La máquina institucionalizadora nos pone en la línea de ensamblaje a todos los que transitamos el hospital. O te entregás a un proceso de institucionalización, o corres riesgo de ser expulsado. Es así como algunos usuarios son dados de alta con mayor rapidez que otras personas con cuadros menos graves porque “son problemáticos”, activándose de este modo el mecanismo de expulsión. También sucede con los funcionarios: certificaciones eternas por verdaderos *meltdowns*, *burnouts* o como quieran llamarle, que son verdaderos gritos de basta (o de auxilio) ante la sensación de que “ASSE es una picadora de carne”. Quién no está lo suficientemente preparado o contenido para lidiar con la soledad, la incertidumbre, la hostilidad y la indiferencia, tiende a romperse. Las reacciones son múltiples y van desde la desidia, la falta de compromiso, no cumplir con el horario hasta la renuncia y el cambio de lugar de trabajo para los casos más saludables, para sí y para el sistema.

Entendemos *la carne* como el espacio sobre el que aterrizan materialmente el cúmulo de políticas y prácticas de salud que desde nuestro lugar buscamos aprender, crear y por qué no, revolucionar. Sobre ella (la carne) se aplican las terapéuticas de la medicina que en este servicio se caracterizan por ser estas tres las principales: el tratamiento medicamentoso, la micronarcosis y las medidas de contención. Dicho de otro modo menos eufemístico: el cóctel de pastillas, el electroshock y las correas en las camas. Hay una propuesta de sumisión física y psíquica por parte de las políticas de salud institucionalizadas desde hace muchas décadas. En este ecosistema la “curación” es directamente proporcional a la capacidad de acatamiento que tengan los pacientes. Y de nuevo la pregunta angustiante ¿es posible generar un coeficiente de libertad, de autodeterminación en un ambiente que se sostiene gracias al disciplinamiento de los cuerpos? No lo sé, e intuyo que la respuesta solamente se podría vislumbrar en el intento y la insistencia de intentar producir otros modos de relación. En un pulso constante que repita “vida, vida y más vida”. Afirmar la vida como receta para el banquete de la transformación. Es entonces cuando la poesía se filtra, el modo de decir es contaminado por una intuición, que tiene su expresión física en un entusiasmo que recorre el cuerpo y que necesita de

otras formas de decir para expresar aquello que tiende a quedarse en el mutismo del horror o la maravilla. Estupefacción ante la inconmensurabilidad de la realidad. El hospital, es un baño de realidad.

Quisiera que estas (re)flexiones del pensamiento vehiculizadas por la escritura fueran más lógicas o que tuvieran un hilo conductor que no se viera interferido por tantas resistencias. Pero exponerse, como ya dijimos, es duro y no nos enseñan a darle una valoración positiva. Gracias a esta práctica, pude empezar a experimentar el rol de psicólogo, y solamente por este aspecto será una experiencia que tengo certeza me acompañará toda la vida. *Caer* en cuenta, por la vivencia más que por la intelectualización, que el *cuore* de nuestro trabajo desde la psicología es estar en contacto con nuestras propias resonancias, a lo que me gusta llamar el ejercicio de *afinar el instrumento*. Para eso el Programa de Practicantes y Residentes tiene una metodología bien marcada y orientada hacia este fin. Plenarios, supervisiones grupales e individuales, encuentros horizontales con los compañeros, la recomendación de tener un espacio de análisis personal. Todas ellas, instancias que sostienen reales procesos de enseñanza-aprendizaje. Por sobre todas las cosas destaco haber encontrado placer en los intercambios y también en simplemente escuchar a los otros. Los otros como la respuesta siempre para aplacar la angustia de la soledad. A lo largo de este año muchas veces nos sentimos solos en la tarea y hablo en plural porque quisiera hablar desde un “nosotros”, el plano del colectivo de practicantes. Nuestra práctica no es una propiedad individual, somos un grupo de más de treinta personas atravesando un proceso similar con características singulares, pero con mucho en común. Esto nos dio la posibilidad de tener no solo un panorama bastante exhaustivo del servicio en el que estuvimos, sino de acceder a una mirada más amplia de gran parte del sistema de salud y sus distintos niveles de atención. Celebro maravillado la potencia de este Programa, en este sentido y en muchos otros. Instancias que dejan marcas, señales que nos van a dar pautas para encontrar el camino de regreso cuando el laberinto se vuelva demasiado sofocante.

Uno de los debates más fértiles que tuvimos oportunidad de abordar en los grupos autogestionados de practicantes que trabajamos en el tercer nivel de atención, refiere a la tan mentada rehabilitación psicosocial, y tuvo que ver con cómo nos referíamos a las personas que eran objeto de la atención en salud en los servicios en los que participamos. Heredada de la medicina, la denominación de *paciente* se convirtió en nuestro tránsito por el hospital en la más habitual, práctica discursiva y coloquial. Fruto de los intentos de cambiar las palabras para cambiar el modelo, asiste la denominación de *usuario*, la cual nos encontramos repitiendo casi automáticamente en el ámbito universitario. El debate se produjo a partir de la expresión de incomodidad ante el uso de estas palabras para

referirnos a las personas con problemas de salud mental que habitan los servicios. La cercanía, el contacto cotidiano y también los afectos que se movilizan ante la tarea, nos empujó al intento de encontrar nuevas denominaciones: *participante* y *compañero* fueron destellos de una posibilidad de hablar distinto, con la esperanza de que de algún modo nos sirva para pensar y actuar distinto. Encrucijada, cruce de caminos y palabras que nos invitaron a la duda. Ante la repetición infinita, la pérdida de significado de estas palabras, su vaciamiento de sentido dejó un espacio interesante para el intercambio. Este problema del lenguaje me remite a los intentos recientes por referirse a algunas poblaciones vulnerables anteponiendo la palabra *persona*. Persona privada de libertad, persona con discapacidad visual, auditiva o funcional, persona en situación de calle. Hay solamente un paso de naturalización para que un preso pase a ser un PPL. El gesto que intenta “humanizar” la forma en la que nos referimos a algunas situaciones vitales rápidamente puede terminar en la *despersonalización* casi total de la sigla. Sorpresivo fue en determinadas ocasiones, escuchando exposiciones de profesionales de la salud y trabajadores del hospital, hacer un hincapié especial en el hecho de que “son seres humanos”. Una repetición -por momentos absurda- que quizás pretenda un autoconvencimiento de un hecho que es irrefutable, pero que al parecer ciertas dinámicas del funcionamiento institucional hacen que sea necesario enunciar discursivamente de esa forma.

Las palabras son importantes, sin duda. Pero tal vez sea más importante aún, el significado con que cargamos esas palabras. Y no me refiero precisamente a un significado etimológico ni de diccionario, sino aquel que vamos construyendo con nuestras actitudes, nuestro tono de voz, nuestra mirada. En algunas oportunidades (por más que nos rechine la palabra) es fundamental que la persona se reconozca como paciente, como destinatario de la atención en salud. Estamos de acuerdo que es un lugar común, compartido y entendible para la mayoría de las personas y que asumir esa identidad, ese rol, habilita el inicio de un tratamiento al momento de reconocerse portador de una *enfermedad*. La medicina le llama a esto conciencia de enfermedad. Asumirse enfermo para obedecer las indicaciones (órdenes) del médico.

En este ejercicio de observar minuciosamente qué palabras nos quedan más cómodas o menos cómodas para referirnos a las personas destinatarias de la intervención, es interesante visibilizar cómo ellos nos nombran, ya sea a los practicantes, a los psicólogos y a los funcionarios en general. Todo aquel identificado con una bata o una casaca blanca (como era nuestro caso) pasábamos rápidamente a ser doctores o profesores. Una vía corta, cómoda, reconocible que los usuarios y usuarias encuentran para referirse a nosotros. Estas denominaciones nos hablan del corte sanitario y educativo que tienen nuestras prácticas de salud en estos servicios. La presencia de los talleristas (profes) es de

suma importancia para los procesos de rehabilitación que se materializan en el marco del hospital, los cuales traen una impronta propia de la etapa de escolarización: listas de participantes, reglas, límites, afecto y retos. “Portarse bien” como una forma por momentos infantilizante que utilizan los participantes para referirse a que están haciendo un “buen proceso de rehabilitación”.

Mediante la observación de las formas de nombrar, es importante resaltar cómo perciben la particularidad de la psicología frente a otras disciplinas: “Ellos son psicólogos, te escuchan, hacen talleres, pero no medican”. Esta frase fue recogida en un intercambio entre usuarias ante nuestra presencia y la siempre presente duda de quiénes somos, qué hacemos allí y qué cosas nos corresponde resolver. El tratamiento medicamentoso, las pastillas, los remedios se visualizan aquí como el parteaguas entre la psiquiatría/enfermería y la psicología. “Me quiero ir de alta”, es una de las frases más escuchadas en boca de usuarios y usuarias, un pedido a veces ahogado, otras veces desgarrador. “Eso lo tienes que conversar con el equipo de sala” fue la respuesta más habitual que recibían ante su demanda. *Equipo de sala* como un eufemismo para decir que en realidad es la psiquiatra quien en última instancia firma el egreso del hospital. Y en esas ambigüedades de sentido tuvimos que aprender a manejarnos.

En estos juegos de palabras por momentos incómodas, heredadas y poéticas, hay también invenciones. Una mañana caminando con la psicóloga por el sector de internación masculino invitando a los usuarios a participar de un taller, un joven nos detiene para conversar. Al llegar un compañero de la misma sala le dice “Ella es la psicóloga y él, el psicólogo”. Entre la risa y la sorpresa, asentimos con la cabeza. Entendimos en silencio lo que quiso decir, la psicóloga y el pichón de psicólogo. En ese lugar, asignado momentáneamente de psicólogo en proceso de crecimiento, me sentí a gusto. Ser nombrado por un otro puede ser tan conflictivo como revelador, la mirada externa tiene esa cualidad: la de poder ver y decir de manera clara y directa, cuestiones que desde la inmersión en el problema son difíciles de nombrar. ¿Cómo seguir trabajando para generar encuentros y espacios donde el decir se vuelva menos incómodo? ¿De qué manera disponibilizar situaciones donde enunciar no se transforme en un pesar, en un juicio, en un diagnóstico? ¿Dónde puede la psicología ir a buscar inspiración para estructurar alrededor de la palabra crecientes grados de comodidad y respeto por las diferencias en el hablar?

- **Pista 5: creación**

La ruptura de patrones repetitivos requiere de movimientos creativos en pos de alguna transformación. El siguiente apartado estará destinado a la descripción, evaluación y articulación conceptual de un dispositivo de trabajo grupal en el sector masculino de internación producto del agenciamiento (Deleuze & Guattari, 1994) entre la psicología y el rap. Son las características singulares de su implementación las que me convocan a compartir y poner en relieve esta experiencia por sobre otras, sobre todo por el corrimiento del lugar del saber por parte de los coordinadores y la apertura necesaria para alojar (hospitalariamente) algo del orden del acontecimiento.

Según Esperón (2018) el acontecimiento sucede a partir de un estado determinado de cosas, las cuales incluyen a los cuerpos, y el mismo es percibido “como una sucesión espacio-temporal donde el lenguaje penetra y recoge el momento de la inflexión diferencial de su aparición” (p. 213), siendo esta conjunción la productora de sentidos. Distingue además que si bien se anuda y se constituye como tal en el encuentro con el lenguaje, lo excede. El acontecimiento, según Juan Carlos Scaronne, es un concepto problemático y se encuentra siempre en una tensión: es irrupción novedosa, incluye una temporalidad y su devenir, surge a partir de la diferencia (Esperón, 2018). El rap como herramienta de trabajo grupal irrumpió de manera inesperada en nuestro quehacer, permitiendo por momentos un posible devenir de pacientes en poetas. Poesías entonadas y ritmadas mediante la voz. Curioso que así como el acontecimiento surge a partir de la diferencia, el ritmo en términos visuales se define como un movimiento marcado por la sucesión regular de elementos débiles y fuertes, o bien de condiciones opuestas o diferentes.

Descripción de la experiencia: Taller de Rap

Podemos ubicar cronológicamente distintos momentos que dieron paso a la propuesta que denominamos “Taller de Rap”, comenzando por lo que sería un momento *cero*. A partir del levantamiento de las guardias establecidas en la emergencia sanitaria y al retomar el horario completo, como equipo tuvimos que reconfigurar el calendario semanal de actividades. Esto dio lugar a que junto a la Psicóloga Myriam Katz propusiéramos desarrollar una actividad los días lunes, en el horario de las 10:30 hasta el mediodía. En principio, sin una propuesta definida, pero con la intención de generar una dinámica distinta a la que habitualmente tiene lugar en la Sala 14, que si bien es un espacio de convivencia distinto al de las salas de internación, donde existe la posibilidad de tomar libros de la biblioteca, jugar juegos de mesa, tocar el piano, dibujar o simplemente conversar; también vimos que no nos sentíamos con la confianza necesaria para sostener una actividad en una

sala que siempre tiene las puertas abiertas, donde los usuarios circulan libremente y donde por lo general no hay una consigna previa, sino que cada uno hace lo suyo, y puntualmente interactúa con otros.

No hicimos una valoración negativa de la dinámica habitual, sino por el contrario, en el reconocimiento de que es necesario que exista un espacio con esas características, quisimos sumar una instancia diferente –y en la cual nos sintiéramos cómodos para coordinar– que tenga un encuadre más fijo, una propuesta específica y una duración acordada con los usuarios. Trabajar sobre el encuadre, considero fue de suma importancia para configurar una grupalidad que sirva de plataforma/contención y que potencie algunos movimientos subjetivos.

Comenzamos el 12 de julio y la dinámica que propusimos como coordinadores fue la de armar un grupo reducido (como lo solicitaban las medidas sanitarias en ese entonces) de hasta 8 personas, con quienes se acercaron espontáneamente al espacio. Nos dispusimos en círculo, para romper con la prevalencia de la mesa como centro de todas las actividades, y propusimos una conversación. Sobre la base de que al ser la primera vez que coordinábamos ese espacio – ya que siempre que asistimos fue acompañando – nos pareció indispensable conocer a los usuarios, ver sus inquietudes, abrir un espacio de encuentro. Este movimiento, este primer encuadre del dispositivo y esta disponibilidad nos permitió luego recoger una demanda.

Con el disparador “¿Cómo están? ¿Cómo se sienten?”, iniciamos un intercambio sobre distintos aspectos de la vida en el Hospital. Algunos contaron el motivo de su internación, otros hablaron sobre problemas en la convivencia y el continuo tema de los robos y de las “tranzas” (“para conseguir yerba y tabaco tuve que dar una remera a cambio”). Un usuario en particular – al que llamaremos E. de 24 años – comenzó a compartir verbalmente algunos aspectos de su delirio; éste estaba internado desde la semana anterior, siendo su ingreso reciente. Su narración iba acompañada de gestos con los brazos y manos asociados a “mover las energías” y “curar a las personas”. Afirmaciones como “soy el elegido”, “mi sangre es la cura del coronavirus” o “soy inmortal porque tomé LSD” eran solo algunas de las verbalizaciones expresadas que nos sirven aquí para retratar el momento. Esto generó algunas sonrisas cómplices entre los demás integrantes del grupo, pienso que debido a la incomodidad que producía este discurso. En un momento se interrumpe con la pregunta “¿Puedo cantar una canción?”, pedido al cual accedimos no sin sorpresa. Casi como un reflejo, otro usuario (M. 19 años) se plegó al pedido. E. se puso de pie y empezó a cantar una canción de rap que él mismo había compuesto y que traía escrita en varias hojas. Vale destacar nuestra sorpresa al escuchar la fluidez de su rima, la

velocidad en la articulación de las palabras, a pesar de tener cierta dificultad en el habla (disartria: salivación en exceso, rigidez, etc.) producto de los efectos no deseados del tratamiento medicamentoso. Pero lo más llamativo, fue que nada del discurso delirante se manifestó en la letra.

Continuando, el siguiente en compartir su canción fue M. En esta oportunidad trajo una canción de la banda de rap *Redimi2* que se caracteriza por incorporar en las letras contenidos religiosos cristianos y que buscan despegarse de los estereotipos del rap como un género que hace apología de la violencia, del uso de drogas y de la misoginia. M. no intervino casi previamente en el grupo, la sorpresa en este caso fue como desplegó toda otra faceta de su persona a través de la canción, que le permitió tomar la palabra por casi tres minutos ininterrumpidos. También destacamos que cantó toda la letra de memoria, esto también nos permitió seguir pensando en la potencia del ejercicio que nos estaban proponiendo.

Estas intervenciones dieron lugar a que otro participante se animara a hacer “beatbox”, término utilizado para denominar cuando una persona recrea la música (o base) del rap (percusión, bases y cajas) solamente usando su boca, por lo general cubierta con una mano. Hacia el cierre de la actividad, dos participantes más pidieron cantar canciones que buscaron en la plataforma YouTube, una de corte romántico y la otra dedicada a su mamá, pero ambas compartiendo el género de ritmos latinos. Cada intervención permitió intercambiar brevemente sobre por qué habían elegido estas canciones y las impresiones de los demás al momento de escucharlas.

Todo lo anterior, configura lo que llamo el momento cero de la intervención. Todos los aspectos relacionados al contexto y los sucesos desencadenados a raíz de este primer encuentro, fueron la base para proponernos *disponibilizar* un espacio para la canción y para el canto, con especial énfasis en la música rap, debido a la cantidad de usuarios que percibimos tenían esa inclinación musical, pero sin cerrarnos exclusivamente a ese género.

Aquí me permito un momento para traer algo del orden del acontecimiento. El viernes siguiente a ese primer encuentro, transitando por el patio del sector masculino, me encuentro con un grupo de seis muchachos que estaban rapeando. Uno de ellos (V. 28 años), a quien conocí en una internación anterior, me llamó al verme y me pidió que me acercara para grabarlos con el celular. Accedí y les expliqué que lo mejor sería que grabara solamente el audio, y estuvieron de acuerdo. Pude identificar que estaban M. y E. del grupo del lunes, junto a los otros cuatro compañeros. Dos se intercalaban para hacer beatbox, mientras los demás iban improvisando rimas siguiendo sus respectivos turnos, que acordaban espontáneamente.

Estas letras no solo hablaban de lo que sentían al estar atravesando un momento de internación, en el Vilardebó con todo lo que eso implica, sino también tocaban temáticas personales, familiares e incluso sociales, religiosas y políticas. Me llamó poderosamente la atención – y me animo a decir que a los demás presentes también – como V. se destacaba del resto a la hora de articular las rimas y conectar ideas. Grabamos tres improvisaciones, o más bien *Freestyle* como le llaman a la improvisación en la jerga de la cultura hip hop, y al finalizar agradecieron efusivamente el momento de haber sido escuchados, de tener la posibilidad de escucharse y de que haya un registro de lo producido. Antes de despedirme, los invité a todos al Taller de Rap del lunes siguiente para allí escuchar la grabación. Esta viñeta podría configurarse como el momento uno, en la que se termina de afianzar la idea basada en la observación de que había un real interés por parte de los varones jóvenes (menores de 30 años) de expresarse mediante el rap.

Al lunes siguiente nos volvimos a encontrar en la Sala 14 como fue acordado, no sin antes hacer una recorrida por las salas para buscar a los compañeros que participaron en el encuentro anterior y a los que estaban en el patio el día viernes, quienes invitaron nuevos usuarios que tenían canciones de rap propias o gusto por el género. Establecimos ese día la dinámica que nos acompañaría en los encuentros posteriores: quienes tenían interés de cantar o compartir una canción debían expresarlo al comienzo del encuentro, donde armamos una lista que establecía el orden en que íbamos a ir escuchando a cada uno. A su vez, mantuvimos el intercambio breve a posteriori de cada intervención. De este encuentro, pudimos visualizar el grado de respeto y escucha que se logró a nivel grupal, prácticamente no hubo interrupciones durante las canciones. Esto por lo general no es frecuente en los grupos exclusivos de palabra, ya que la impulsividad y la dificultad en la escucha y registro del otro son algunas de las características de la población con la que trabajamos. Este encuentro lo considero el segundo momento, en donde se logró configurar un grupo numeroso (alrededor de diez integrantes) donde la mayoría tenía interés por la música rap, y que se mantuvo por varias semanas.

Para continuar caracterizando el dispositivo nos apoyaremos en pequeñas viñetas o situaciones a partir de las observaciones de la coordinación:

- *Un participante que claramente estaba delirando (hablando solo en voz alta), insistió si se podía poner otra canción. El grupo vio que él “estaba mal” y le cedieron el turno. En un momento, otro integrante se levantó y mientras él cantaba le tomó la mano, lo abrazó y le dijo “yo te entiendo”. Este gesto lo tranquilizó.*

- *Un participante concurre a cada uno de los encuentros. Siempre pone la misma canción. Los demás lo escuchan y lo acompañan. En este integrante observamos*

cambios subjetivos más importantes: semana a semana, logra soltarse más y expresarse tanto a nivel vocal (cuando comenzó no le salía la voz), como a nivel corporal. Cuando lo vimos por primera vez en otra instancia grupal, no lograba permanecer quieto, daba un golpe en la mesa y se enojaba, no lograba sostener la mirada. Actualmente prefiere ser el último en la lista, escucha atentamente al grupo para luego dar cierre al encuentro y propone un ambiente festivo el cual interpreta e incorpora de forma contagiosa.

- Un participante, que se acercaba por primera vez, con rasgos claramente obsesivos (mientras los demás estaban sentados, él estaba apartado ordenando libros), propone una canción. Cuando fue su turno, se sentó junto a los otros y todos tarareaban la canción en Inglés. Por sus edades, inferimos que ese cantante debe haber formado parte en su pubertad. Cada generación, está inscrita en un tiempo histórico/social, tiene "su música" vale decir, sus referentes musicales.

- En otros casos, mientras esperan su turno, hacen lagartijas (ejercicio); posiblemente como una forma de manejar su ansiedad. Lo destacable es, que a ningún otro participante le molesta esto, sino que lo toman como algo natural. Ninguna de estas situaciones se podrían dar fuera de un ámbito grupal, del encuentro con otros.

Durante los seis encuentros que tuvimos hasta el momento de la escritura de esta descripción, hubo varios participantes que recibieron el alta médica, y por lo tanto su correspondiente externación. En uno de los talleres más recientes, y ante la siempre presente pregunta dirigida hacia los coordinadores sobre el "¿qué estamos haciendo?", decidimos pedirle a los participantes que le cuenten a los más nuevos "qué es lo que hacemos acá". Esto dio pie a dos definiciones que nos resultaron de una claridad meridiana: "acá venimos a expresar cómo nos sentimos" (J. 18 años) y "cada uno viene y pone su canción" (M. 19 años). Actualmente considero que nos encontramos en un tercer momento, donde la mayoría de los jóvenes con gusto por el rap se han ido de alta, y la mayoría de los asistentes actuales tienen otras preferencias musicales. Seguimos sosteniendo el espacio para el canto con posterior intercambio, respetando el turno de cada quien. Este momento está signado por la idea de que el rap como tal puede aparecer siempre y cuando haya personas interesadas en ese modo de expresión, por lo tanto la posibilidad de su manifestación depende exclusivamente del grupo.

En cuanto a los objetivos trazados por la coordinación – y respaldados por las definiciones espontáneas de algunos usuarios – no están enfocados en resultados, sino en la atención a los procesos. Muchos de los cuales son imperceptibles o mínimos, pero que generan efectos posibles de ser observados justamente a través del tiempo y del insistir. Podemos aquí mencionar algunos:

- *Disponibilizar* un espacio para la expresión y la enunciación: de sentimientos, preocupaciones y pensamientos a través de la música.
- Fomentar la elaboración simbólica y emocional.
- Desarrollar actividades de estimulación cognitiva, a través de la rima, la elaboración de texto y la memoria.
- Sostener espacios donde ejercitar el intercambio, el respeto y la escucha en grupo.
- Generar una grupalidad donde “cada uno ponga su parte”.

Si pensamos en el tipo de coordinación que decidimos llevar adelante, podemos decir que no responde a una lógica docente, sino a una lógica del acompañamiento y de contención de la experiencia. Nuestro rol es el de establecer el inicio del encuentro, anotar el orden de las intervenciones, reproducir la música si fuera necesario, y dar cierre a la actividad. Y más que una decisión, me animo a afirmar que no nos quedó otra opción: ninguno de nosotros tiene formación en música, y mucho menos contacto con la cultura hip hop ni el género rap. Aquí podemos pensar en un corrimiento de la posición del saber, que si bien somos representantes de la disciplina psicológica, somos completamente ignorantes acerca de la movida musical urbana contemporánea. Esto nos obligó de alguna forma u otra a estudiar, investigar y escuchar; en definitiva interiorizarnos en el tema y buscar interlocutores con quien podamos evacuar tantas dudas que nos empezaron a inquietar.

Evaluación realizada

Parte clave del proceso de evaluación, que realizamos posteriormente a cada taller, tuvo que ver con entender el “¿qué estamos haciendo?”. Podríamos pensar que parte de este desconcierto tiene que ver con lo que sucede cuando algo pertenece al orden de lo novedoso, o de la innovación: la falta de referencias cercanas ya sean teóricas o prácticas y la escasa o nula familiarización con determinada cultura, en este caso la del hip hop. Esta incertidumbre era posible de sortear debido a las devoluciones de los usuarios, quienes agradecían y volvían al siguiente taller con entusiasmo, incluso con canciones ya pensadas para ese día.

Como parte del movimiento hacia la interiorización con el género rap y de su aplicación en talleres es que, a través de una tallerista del hospital, nos pusimos en contacto con un rapero uruguayo (que llamaremos N.) que además de grabar sus canciones, tener algunos discos y producir pistas, ha dado múltiples talleres para jóvenes judicializados en contexto de encierro. Producto de la entrevista realizada el 29 de julio, me permito volcar aquí algunos conceptos que entiendo que aportarán a la evaluación de esta experiencia.

Primero, N refiere al significado de las siglas R.A.P: *Rhythm And Poetry*, cuya traducción es Ritmo y poesía. El rap es la parte poética de la cultura hip hop, la cual tiene sus expresiones dancísticas y visuales que detallaremos más adelante. Y que en el contexto de su aparición en la década de los '70 estadounidenses, surge como "Desahogo, manifiesto y protesta". N. también aportó valiosa información sobre la técnica (métrica, flow, etc.), la composición de la música, los diferentes tipos de rima y su escritura. Quiero rescatar algunas definiciones que él suele utilizar en los talleres que brinda: sobre la escritura, afirma que "...puede ayudar a resolver problemas y a sanar heridas". Sobre la pregunta "¿qué es el rap para vos?", su respuesta fue "El rap es un lugar cómodo para decir cosas". Incluso dice alentar a los jóvenes a dedicarse por completo a la música, ya que "Puede ser una salida laboral, desde hacer pistas y venderlas, dar talleres, rapear en los ómnibus, producir, o dar conciertos". Y como consejo a la hora de intercambiar en los talleres, "...está bueno preguntarles el por qué y el para qué rapeamos". Por último, nos brindó una breve lista de raperos de habla hispana, particularmente latinoamericanos, que recomienda para conocer y recomendar un rap conectado más con la reflexión, la introspección y la superación personal. Este encuentro fue un gran aporte y soporte para seguir profundizando en la temática.

Poder realizar el movimiento de conocer en primera persona una experiencia que toma el rap como base para el trabajo educativo y social, fue de suma importancia para poner en práctica el tan mencionado *diálogo de saberes*. Lo cual nos permitió ver dónde el rap y la psicología tienen un punto de encuentro, un aspecto en común: **facilitar y disponer de un lugar cómodo para decir cosas**. También el entender lo que nos producía escuchar a estos jóvenes expresar sus sentimientos, parte de su problemática, sus lecturas sobre la sociedad: un profundo respeto. Ese mismo respeto por el tiempo y el lugar del otro, intuyo es lo que permite el sostener una escucha atenta y la creación de un espacio cuidado por parte de cada uno de los integrantes del grupo.

Entendemos que esta propuesta permite relacionarnos con los usuarios desde los aspectos saludables que conservan, potenciando estos mismos y ampliando las herramientas expresivas que ya traen consigo. Fomentar el lugar de la enunciación,

realizando un corrimiento del discurso despojado, para uno más poblado de imágenes, derivas y resonancias, que contribuyen a la comunicación y por qué no, al ejercicio de la empatía. Es interesante pensar el cambio de rol que se produce en los usuarios: pasar de ser sujeto pasivo, paciente y objeto de intervención de la medicina (¡y de la psicología!), a ser un sujeto plausible de ser animado, admirado y alentado por sus propios compañeros. Visibilizar otras características de la persona, poner en relieve otras cualidades que se oponen a las de “enfermo”, “loco” o “peligroso”.

Quizás una forma de analizar esta experiencia sea como un ejemplo de intervención “por el medio” ¿A qué me refiero? Al hecho de meternos en “medio de” una dinámica, una conversación, que ya tenía lugar en la vida cotidiana de los usuarios, en sus salas, en sus cuartos, en el patio o en los pasillos. Encuentro tras encuentro, era común que alguno de ellos solicitara invitar a alguien más, a quien le habían comentado de la instancia y se mostraron interesados; o incluso había quienes habían ayudado a otro a terminar de componer una canción. Esta situación implicó que nuestro lugar de coordinación pase a ser más una suerte de catalizador, receptores de la propuesta de los usuarios, más que el de aplicar recetas prefabricadas. Trabajar la escucha y nuestra propia flexibilidad nos permitió llevar adelante esta iniciativa, sostenerla y ahora conceptualizarla.

Análisis de la experiencia

Siempre es un desafío pensar en términos teóricos una línea de intervención con estas características. Sobre todo cuando existen escasos antecedentes, como es el caso del uso intencional del rap en el contexto de una relación terapéutica. Si bien hay muchas corrientes teóricas que nos ayudarían a pensar esta situación, se eligió priorizar los desarrollos conceptuales de autores que hayan trabajado, aunque sea tangencialmente, el binomio rap-juventud.

En la actualidad el rap ha trascendido las “divisiones raciales como socioeconómicas para convertirse en una industria multimillonaria” (Tyson, 2002 – traducción propia). Es bien sabida la aceptación generalizada de este género tanto en su país de origen, los Estados Unidos, como en el resto del mundo. Es por esta popularidad que los jóvenes podrían estar más dispuestos a discutir distintos temas mediante el rap, más que a través de la lectura convencional. Por lo tanto, “se podría suponer que el contenido social, cultural y político de sus letras y los temas que subyacen en la música rap, pueden ser usados como una intervención en el trabajo terapéutico con la juventud” (Tyson, 2002, p. 132 – traducción propia).

Encontramos en los desarrollos científicos del trabajador social estadounidense Edgar Tyson a partir del año 2002, una posible vía para entender este fenómeno, que él particularmente denominó *Hip Hop Therapy* (HHP) o Terapia Hip Hop. Una práctica sistematizada a partir de su trabajo con jóvenes, utilizando la cultura urbana contemporánea para el trabajo social en entornos comunitarios, psiquiátricos, de bienestar infantil y penal adolescente; fundando de esta manera un modo de intervención que intenta integrar esta expresión cultural en ámbitos de salud.

Tyson traza una línea de conexión entre la biblioterapia – o la mediación a través de las narrativas y la literatura – y la musicoterapia – especialmente en el trabajo sobre las letras de canciones – para elaborar la HHT. Los objetivos de la biblioterapia, afirma, son compartidos con la HHT: a) proveer información sobre problemáticas, b) promover *insights*, c) estimular la discusión sobre problemáticas, d) comunicar nuevos valores y actitudes, e) crear conciencia de que otros han lidiado con problemas similares y f) proveer soluciones a problemas (Pardeck, 1995, citado en Tyson 2002)

El rap debe ser entendido como un componente dentro del contexto mayor de la cultura hip hop. El rap puede ser definido como una expresión cultural afroamericana que prioriza las voces negras de los márgenes de las ciudades, una forma de narración rimada (Tyson, 2002, traducción propia). Este aspecto de los márgenes, periferia o bordes de las grandes metrópolis, coincide con la observación realizada por Celso Rosa cuando, desde la comunicación y semiótica analiza el contexto de surgimiento de la Cultura Rap en Sao Paulo, Brasil. Este autor hace la distinción de que en Brasil - y agregamos Latinoamérica - el componente racial no remite tanto a “una línea demarcatoria de color, sino en un estado de percepción más ambiguo de la clasificación racial” (Rosa, 2007). El gesto segregativo, plantea, se aplica menos sobre el color de la piel y más sobre la disposición de los barrios en una ciudad y la pertenencia de los sujetos a determinados espacios.

Aparentemente habría un “rap positivo” y un “rap negativo”. El primero refiere a soluciones frente a problemáticas, conceptos de autoprotección e inspiración a mejorar condiciones de vida no deseadas (Tyson, 2002), mientras que el “negativo” tiende a rimar incitando al consumo de sustancias, haciendo apología del delito, emitiendo mensajes misóginos y violentos en muchos sentidos. A partir de estas observaciones, y en el contexto del trabajo en un centro estatal de jóvenes judicializados y sin hogar en Miami, es que Edgar Tyson realizó una curaduría de canciones de rap para trabajar en los grupos, priorizando aquellas con un mensaje positivo o de superación.

Es por este aspecto “negativo” que la música rap, afirma Tyson, ha sido percibida de manera desfavorable por los medios de comunicación y el común de la sociedad. Estas

investigaciones aquí presentadas, son ejemplo de cómo es posible identificar aspectos salutíferos en el rap para cambiar así el paradigma estigmatizante que lo acompaña. “Claramente, algunos jóvenes tienden a tener mayor aceptación a las terapias que tengan en cuenta sus fortalezas” (Tyson, 2002, p. 142 - traducción propia). Así, se considera al rap como un recurso para fomentar la participación y la continuidad de los jóvenes en espacios terapéuticos o recreativos.

Es interesante destacar cómo la psicóloga Ana Lucía Sánchez (2018) construye su problema de investigación acerca de la construcción de subjetividades de los jóvenes en relación a la música rap en la ciudad de Cali, Colombia. Propone entender la música como red heterogénea que media la construcción de subjetividad, ofrece un repertorio de vectores de significado que teje vínculos y conforma comunidad, a la vez que otorga sentidos sociales. Sostiene que la música tiene una dimensión estética y transformadora, que también es soporte invisible (sin dejar de ser imagen) que en su materialidad sonora (melodía, ritmo) permite rastrear sentidos y significados. En las letras se construye un territorio en un constante proceso de negociación de significados sobre sí mismo, sobre la ciudad, el poder, los valores y los mundos posibles. Por lo tanto, es importante comprender los sujetos como entidades constituidas por símbolos, que construyen un mundo de significados para expresar y transformar la realidad. El acontecimiento sonoro no puede reducirse al texto escrito, el mismo agencia objetos humanos como no humanos, que mediatizan y permiten la construcción de estas relaciones. La subjetividad que está en juego emerge de las relaciones que los jóvenes construyen y proponen en las condiciones de posibilidad material y simbólica que los lugares ofrecen (Sánchez, 2018).

Agrega algo clave, con lo que resonamos ampliamente, a la hora de abordar esta expresión humana: “Por lo tanto, siempre será necesario reflexionar sobre lo que este tipo de experiencias moviliza en los jóvenes, y cómo a partir de ellas es posible reconocer las dinámicas íntimas y singularizantes; manteniendo un discurso crítico y respetuoso, reconocedor de la diferencia y la otredad” (Sánchez, 2018, p.18 - subrayado propio).

Por último, en este texto de Sánchez (2018) podemos identificar tres ideas claves que seguro ameritan un posterior análisis que excede los límites de este trabajo: a) adaptar el modelo a la persona, desarrollando un marco de trabajo basado en sus aspectos más saludables, b) es ésta una conjunción de mediadores artísticos con el potencial de incorporar otros lenguajes de la cultura hip hop como el *graffiti* (expresión plástica), el *scratching* y *beatbox* (música), *break dance* (danza), además del rap (poesía), c) presencia de componentes catárticos, facilitadores de los procesos de simbolización, que promueven la expresión, la creatividad, la comunicación y por qué no, la transformación.

6. Desenlace

Ante un final se espejan todos los finales. Durante estos dos años de cercanía con el virus, no pocas veces nos refugiamos en el sentido del humor. Llegamos incluso a decir que estábamos viviendo el apocalipsis, de un fin de los tiempos. “La noche del tiempo” le llama Martin Heidegger a la era posterior a la muerte de Dios, de los ídolos, de los ideales, en definitiva a la muerte de toda certeza. Ante la penuria, ante el cenit de la oscuridad posible, Heidegger le toma la mano a la poesía. En “*Caminos de bosque*” (Heidegger, 2001) recupera la pregunta del poeta Hölderlin: “... ¿y para qué poetas en tiempos de penuria?” (p.1) Me tomaré el atrevimiento de interrumpir estas elaboraciones con las propias palabras del filósofo:

“Los tiempos no son sólo de penuria por el hecho de que haya muerto Dios, sino porque los mortales ni siquiera conocen bien su propia mortalidad ni están capacitados para ello. Los mortales todavía no son dueños de su esencia. La muerte se refugia en lo enigmático. El misterio del sufrimiento permanece velado. No se ha aprendido el amor. Pero los mortales son. Son, en la medida en que hay lenguaje. Todavía se demora un canto sobre su tierra de penuria.” (p. 5)

“Forma parte de la esencia del poeta que en semejante era es verdaderamente poeta el que, a partir de la penuria de los tiempos, la poesía y el oficio y vocación del poeta se conviertan en cuestiones poéticas. Es por eso por lo que los «poetas en tiempos de penuria» deben decir expresa y poéticamente la esencia de la poesía. Donde ocurre esto se puede presumir una poesía que se acomoda al destino de la era” (p. 4)

“Los poetas son aquellos mortales que, cantando con gravedad al dios del vino, sienten el rastro de los dioses huidos, siguen tal rastro y de esta manera señalan a sus hermanos mortales el camino hacia el cambio.” (p. 3)

La filosofía es amor al saber, la psicología es la ciencia del alma, y la poesía es la manifestación estética por medio de la palabra. Somos en la medida que hay lenguaje y el “oficio y vocación” (p. 4) del poeta se expresa en las “cuestiones poéticas” (p. 4), y por ende estéticas y de lenguaje, siguiendo el rastro de las sombras de alguna certeza, en un camino hacia alguna transformación, aunque más sea solo (y nada menos que) de sentido. Sin intentar parafrasear al filósofo, son ideas amigas que se me acercan y se posan sobre mi pensamiento gentilmente como una mariposa. *Una mariposa azul.*

La imagen poética de la mariposa me asiste en la elaboración de mi implicación en relación al trabajo en el hospital. Durante todo el año estuvo revoloteando la pregunta de por qué aparecía tanta mariposa en este recorrido y recién en enero fueron encajando las piezas en su sitio para ensayar una respuesta. Primero y principal, el espacio de rehabilitación femenino, en el cual se encuentra el salón de practicantes, tiene por nombre “Mariposa Azul”. Bautizado de esa forma por una usuaria en el año 2019, cuando se comenzó a utilizar ese espacio para las actividades. Unos carteles de papel cubrían una inscripción que delataba su pasado: Sala 11. Ese espacio pertenecía a la sala de seguridad masculina y servía para realizar las requisas de los visitantes de los usuarios allí internados. Esa puerta se convirtió en uno de nuestros legados como dupla de trabajo. Durante la suspensión de actividades grupales del mes de octubre (debido a un brote de covid entre funcionarios de cocina), nos dedicamos a reacondicionar el espacio y para esto pintamos la puerta y las rejas (que nunca faltan). Ya que estamos tras las rejas, que al menos sean verdes, dijimos. La puerta, cambió de verde oscuro a blanco, y los carteles fueron sustituidos por pintura. Escribimos *mariposa azul* y pintamos mariposas de distintos tamaños y colores. El cambio fue tan notorio, que los funcionarios de cocina, mantenimiento y limpieza que transitan cotidianamente por ese corredor, y muchos otros que toman su descanso allí, nos felicitaron efusivamente por la iniciativa que también los beneficiaba.

La siguiente mariposa vino en el mes de abril. A su portadora le llamaremos Icónica, pseudónimo de poeta elegido por una usuaria de 23 años que cursaba una internación por un pico maniaco en el contexto de un diagnóstico de bipolaridad. Referido por ella misma, logró bajar su ansiedad corriendo en el patio por las mañanas para descargar la energía y canalizando sus ideas mediante la escritura propuesta por los practicantes en el *Taller de Diario Tras el Estigma*. También apareció la mariposa en un contexto de suspensión de actividades. Al no poder realizar el grupo, Icónica me compartía sus textos en el patio y yo se los devolvía con sugerencias o correcciones puntuales. Un día, la poeta que además le gustaba cantar sus versos y se identificaba como cantante de jazz, me pidió que escuchara su última canción que había escrito para su prima:

Mi mariposa de un solo color
Tu nunca dejes de ser como sos
Que nunca manchen con otro color
Eso que te hace no ser del montón
Y si las coloridas se burlan de vos
Porque tu tienes un solo color

Que brille más ese solo color

Le pido que la escriba como a las demás canciones. Que escriba un comentario al respecto, que nos cuente algo de cómo la creó. Se emociona, se entusiasma y le gusta la idea de publicarlo en el diario. Una pequeña muestra de uno de los tantos procesos que tuve el privilegio de ser testigo. Un enjambre de mariposas empieza a ser visible, la mariposa como espacio físico, mariposas de pintura y ahora una musical. La propia psicología le dió el golpe de gracia a la idea de plasmar esta imagen en este ejercicio reflexivo.

Al parecer, el debate sobre la etimología e historia de la palabra “psicología” es muy vasto y se remonta a la antigua Grecia, como la mayoría de nuestros conceptos. La psicología toma su nombre de la palabra Ψυχή (psyche = alma) y λογία (logia = 'el estudio de'). Psyche, según un diccionario griego-español (Pabón de Urbina, 2009) es a la vez soplo, hálito, aliento vital, fuerza vital, alma y vida. La lista continúa: ser viviente, persona, ser querido, espíritu (como sede de sentimientos y afectos), inteligencia, mente, ingenio, voluntad, deseo, apetito, gusto y ¡atención! sombra de un cuerpo. La mariposa apareció dando un paso para atrás en el origen de la palabra. El origen del origen.

Psi (Ψ ψ), antes que nada, es la vigésimo tercera letra del alfabeto griego. Su significado proviene de la asociación entre la letra Psi con la palabra griega “Psiqué”, que originalmente tenía el significado de “mariposa”, de hecho su dibujo la representa con las alas desplegadas. Luego evolucionó a la definición antes mencionada. En la antigüedad, los griegos creían que cuando una persona moría y exhalaba su último aliento, el alma abandonaba el cuerpo volando en forma de mariposa. Para ellos esto era el principio de la vida. La mitología griega representa a la diosa “Psiquis” o “Psiqué” como una adolescente con alas de mariposa, siendo la menor de las tres hijas del rey de Anatolia, la más hermosa de ellas y la representación del alma humana, que nos dejaría como legado su mito con Eros que convirtió a Psiqué en inmortal y dió a luz a una hija a quien llamó Placer, también conocida como Volupta (Pico, 2016).

Estas digresiones, como una suerte de licencia poética, no olvidan sus conexiones con el análisis de la implicación (Lourau, 1975). Este concepto proviene de las corrientes institucionalistas del análisis institucional y propone a la implicación como una relación (no un precepto, de perlaboración simbólica) donde hay dos agentes involucrados. Se trata de la relación inconsciente que mantiene el sujeto con la institución. Según Rodríguez Nebot (2015) las instituciones son entendidas como un efecto dinámico producido por la tríada hegeliana de lo instituido, lo instituyente y la institucionalización. En el concepto de implicación vamos a ver una relación. Lo contrario a lo que entendemos por transferencia,

donde “a” transfiere sobre “b”. Mientras la transferencia es un proceso unívoco, la implicación es un concepto biunívoco (Rodríguez Nebot, 2015). Para este fin, servirá de apoyo un fragmento de mi carta de expresión de motivos en la aspiración al cargo de practicante:

“El proceso de formación que desarrollo se ha visto atravesado por circunstancias en las que he devenido usuario habitual y frecuente de los servicios de la Salud Pública, permitiendo vivenciar en primera persona los avatares que se presentan en los procesos de salud-enfermedad, la relación médico-paciente, el habitar pasillos y salas de espera, así como el encuentro con la burocracia institucional.” (Octubre, 2020).

Me desenvuelvo a partir de una historia y de ciertas vivencias que van marcando un recorrido. Soy portador de un diagnóstico de Lupus desde el 2018, enfermedad crónica que se caracteriza por una afectación en el sistema inmunológico. Esto me hizo depender desde entonces de un tratamiento farmacológico, del cual a su vez depende mi calidad vida. Adherencia al tratamiento, paciente crónico, sala de espera, paraclínica: un lenguaje que me habita desde entonces y que se actualiza y resignifica en mi rol de trabajador de hospital. Esta condición de salud me sirvió de base para formar un agenciamiento particular con las historias y los pesares de los usuarios y usuarias. La cronicidad y la dependencia a la medicación. Conozco de primera mano lo que significa cansarse de las pastillas, cansarse de ir al médico regularmente, no aceptar que estamos enfermos en algún momento. Si bien la mía no es una condición de salud mental, sus repercusiones han afectado muchas veces mis estados de ánimo incluso hasta el desborde. ¡Casualmente! El lupus es representado también por una mariposa, ya que uno de sus signos típicos es un sarpullido rojo en forma de mariposa en las mejillas y nariz, por lo general luego de la exposición al sol. Muchas asociaciones de pacientes con esta enfermedad tienen incorporados en sus logos mariposas violetas y azules.

No fueron pocas las veces que este año le dije a alguien “es importante que sigas el tratamiento”, “no te vayas a olvidar que tenés médico”, “no hagas eso si sabés que te hace mal”. En muchas oportunidades estas palabras resonaban en mí mismo con profundidad. Una invitación a la coherencia y en el gesto del cuidado del otro, me acerqué cada vez más al cuidado personal, al cuidado de sí. Tampoco fueron pocas las veces de pensar que el *Vilar* es el hospital que me correspondería si llegara a necesitar una internación por salud mental en algún momento de mi vida. Por el hecho de trabajar en el mismo sistema al que pertenezco como usuario, considero, me dio una perspectiva particular. Trabajar en pos de defender los derechos de los usuarios a quienes yo debía brindar atención, trabajar en pos

del cambio de modelo, aportar pequeñas acciones en esta dirección significó un “para ellos” y un “para mí”, por momentos un “para nosotros”.

De hecho, el Hospital Vilardebó pertenece institucionalmente a ASSE, a la salud pública de nuestro país. Quiero señalar y remarcar que éstas (los servicios de salud) son *nuestras* instituciones. Nos pertenecen colectivamente y su estado actual es nuestra responsabilidad. La participación en un sistema (Sistema Nacional Integrado de Salud) al cual muchas veces criticamos, que nos parece deficiente, precario y por momentos bestial, implica una postura ético-política. En el convencimiento de que solamente participando de las instituciones, con involucramiento y honestidad intelectual es que podemos empezar a dar paso a algunos cambios. No me afilio a la postura de que si no se participa no se puede opinar, al contrario, es enriquecedor que desde los distintos lugares de la sociedad se hable y se opine sobre el sistema de salud. Sin embargo, creo que lo que tenemos para decir quienes participamos -aunque sea brevemente- tiene más chances de ser oído dentro del propio sistema. La crítica, herramienta tan preciada para el ejercicio del pensamiento, en el ámbito de la política entendido como el espacio de discusión social sobre los temas relevantes, muchas veces se vuelve crítica nociva, crítica sin propuesta (como la imagen del rebelde sin causa) y de este modo atenta contra las instituciones públicas que son las únicas que guardan el potencial de ser democráticas, accesibles e inclusivas verdaderamente. Habitarlas para transformarlas, sería el *leitmotiv* de este párrafo.

Esperé tanto tiempo para poder escuchar mi canción favorita, así que ¡vamos!

¡Vamos! ¡Vamos! ¡Vamos!

Cuando es así, siento que la música me atraviesa

No hay nada más que prefiera hacer

¡Quiero rockear! (¡Rock!)

¡Quiero rockear! (¡Rock!)

El grito vitalista de los Twisted Sisters “¡Vamos! ¡Vamos! ¡Quiero rockear!” trae una última mariposa, casi como una guiñada en plena elaboración de este texto. El último día de trabajo en el hospital, coordinando el grupo de usuarios ambulatorios, proponemos el dispositivo que desarrollamos durante el año en el sector masculino, una especie de música-foro, donde cada participante elegía una canción que los representara, o que retratara un momento de su vida que quisiera compartir con el grupo. Kenny Loggins,

Erasure, Måneskin y The Rolling Stones nos hicieron mover los pies, las cabezas y las asociaciones (Lista de reproducción: <https://bit.ly/3IPNlcY>).

Nos divertimos, nos conocimos un poco más, nos reconocimos en otros aspectos hasta ahora desconocidos. Un usuario con quien compartimos distintas instancias desde los inicios de nuestra inserción, eligió el tema Wanna Rock, de los Twisted Sister. En el transcurso del video musical, con tintes de humor un personaje malvado buscaba arruinar una fiesta de rock con un paquete de explosivos. De repente, y casi como un acto de justicia poética, una mariposa se posa sobre el detonador de la bomba y frustra los planes del enemigo de la diversión. Así de sutil, pasajera y en unos breves *frames* de video, ahí estaba la mariposa sacudiendo sus alas nuevamente, hasta el último día. Esta mariposa filmada me retrotrajo automáticamente al primer cine foro que realizamos en el espacio de mujeres. Y ¿qué título podría tener? “El circo de la mariposa”, un corto del 2009 dirigido por Joshua Weigel.

Mariposas espaciales, pintadas, cantadas, filmadas, rimadas, mariposas etimológicas, patológicas y rockeras. Todas se agitan y envuelven un discurso que quisiera ser más concreto, más lineal, pero que teme perder los aspectos sensibles y sutiles que esta experiencia vital y formativa implica. Cápsulas de memoria para visitar sensaciones. Imágenes, testimonio de un recorrido, que a su vez me recorre y se actualiza constantemente en la escritura.

“Tal vez la era se convierta ahora por completo en un tiempo de penuria. Pero tal vez no, todavía no, aún no, a pesar de la inconmensurable necesidad, a pesar de todos los sufrimientos, a pesar de un dolor sin nombre, a pesar de una ausencia de paz en constante progreso, a pesar de la creciente confusión.” (Heidegger, 2001, p. 3).

7. Referencias bibliográficas

- Alcoff, L. (1998). Cultural feminism vs poststructuralism: The identity crisis in feminist Theory. *Signs*, 13, 3.
- Benjamin, W. (2005). *El libro de los pasajes*. Madrid: Akal.
- Castiglioni, N. (2021). *Sistematización de la práctica de graduación: "Intervenciones - Salud Mental y Derechos Humanos"*. *Riquísimo Artesanal: El devenir de un dispositivo alternativo en tiempos de pandemia*. Trabajo Final de Grado. Facultad de Psicología, Udelar.
- deChile.net (2022). *Etimología de compañero*. Recuperado de: <https://bit.ly/3O9o5Ro>
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Paidós: Madrid
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1994). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: PreTextos.
- Deleuze, G. (1996). *Conversaciones (1972-1990)*. Valencia: Pre-Textos
- Deleuze, G. (2008). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus
- Déotte, J. (2013). Walter Benjamin y el inconsciente constructivo de Sigfried Giedion. *Revista del Instituto de Filosofía, Universidad de Valparaíso*, 1 (1), 55-62.
- Deligny, F. (2007). *Oeuvres*. Paris (109 rue des Dames,75017): l'Arachnéen.
- Descola, P. (2005). *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros. Alta Amazonia*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Esperón, J. P. (2018). Acontecimiento, efectuación y sentido en la filosofía de Gilles Deleuze. *Universitas Philosophica*, 35(70), 207-228.
- Estudillo, J. (2020) *El Hip Hop como herramienta de transformación social. Estudio del caso CDZ Rap Station* (tesis de grado). Facultad de Comunicación, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Recuperado de: <https://www.academia.edu/45145469>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE
- Foucault, M. (1995). *Arqueología del saber*. México: Siglo XXI.

- González Regadas, E. (2001). *Un estudio sobre las transferencias en las instituciones, los grupos humanos y el contexto socio-histórico-cultural*. Recuperado de:
https://www.academia.edu/7646189/La_transferencia_de_lo_Psic%C3%B3tico
- Grebert, L. (2016). *Cartografía de diálogos entre la locura y el ordenamiento psiquiátrico. Configuración de un atlas de imágenes-pensamiento*. [Tesis de maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, UdelaR].
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Heidegger, M. (2001). *Caminos de Bosque* ("Gesamtausgabe. Bad 5: Holzwege"). Madrid. Alianza.
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez Dibarbouré, F. (2020). *140 años de historia del Hospital Vilardebó*. Recuperado de:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/298/330>
- Moffatt, A. (1988). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: versión web libre.
- Nueva Sala Familiar Educativa en el Hospital Pereira Rossell (18 agosto, 2021). Desayunos Informales, Teledoce. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=cujo-josMOo>
- OEA- IIN (2010). Menú de Indicadores y Sistema de Monitoreo del Derecho a la Participación de Niños, Niñas y Adolescentes. Montevideo. Disponible en:
http://www.iin.oea.org/pdf-iin/Menu_Indicadores_y_sistema_monitoreo.pdf
- Pabón de Urbina, J. (2009). *Diccionario Manual. Griego clásico-Español*. Madrid: Vox.
- Paciente del Vilardebó fue atado a una cama sin colchón: un trabajador hizo la denuncia. (21 de febrero de 2020). Montevideo Portal. Recuperado de:
<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Paciente-del-Vilardebo-fue-atado-a-una-cama-sin-colchon-un-trabajador-hizo-la-denuncia-uc778305>
- Passos, E., Kastrup, V., da Escóssia, L. (2009). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina
- Percia, M. (2018). *Después de los manicomios*. Clínicas insurgentes. Adrogué: La Cebra
- Philibert, N. (1997). *La ínfima cosa* (documental). París: Les Films d'Ici, La Sept Cinéma

- Pico, I. (2016). El mito de Psique: Historia del símbolo de la psicología. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/el-mito-de-psique-historia-del-simbolo-de-la-psicologia-%CF%88/>
- Rey, J., Granese, A. (2018). La cartografía como método de investigación. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9, 1-34.
- Rodríguez Nebot, J. (2015). Implicación y transversalidad. Modalidades de intervención en psicología clínica. Clase dictada el 21/04/2015. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=eldhOM5HbBU>
- Rosa, C. (2007). La cultura rap: comunicación y lenguaje de los bordes. *Culturas Populares Revista Electrónica*, 4, 1-9. Recuperado de: <http://www.culturaspopulares.org/textos4/articulos/rosa1.pdf>
- Ruiz, C. T., & García, R. G. (2013). Cartografía de la memoria. Aby Warburg y el atlas mnemosyne. *EGA: revista de expresión gráfica arquitectónica*, 21, 226-235.
- Sánchez, A. (2018). "El rap es mi vida y mi vida es el rap" *Construcción de subjetividades juveniles a través de prácticas musicales en Santiago de Cali* (tesis de maestría). Instituto de Psicología de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/14506/CB-0576352.pdf>
- Souza, P. (2015). O método da cartografa: conhecer e cuidar de processos singulares. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3), 75-83. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a13
- Speranza, G. (2012). *Atlas portátil de América Latina: arte y ficciones errantes*. Barcelona: Anagrama.
- Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido*. Montevideo: CSIC, UdelaR.
- Tyson, E. (2002) Hip Hop Therapy: An Exploratory Study of a Rap Music Intervention with At-Risk and Delinquent Youth. *Journal of Poetry Therapy*, 15(3), 131-144. Recuperado de: <http://jjie.org/wp-content/uploads/2017/12/Tyson-Hip-Hop-Therapy-1.pdf>
- Zito Lema, V. (1985). *Conversaciones con Erique Pichón Riviere sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

8. Referencias visuales

★ Imagen 1 (pág. 15)

- 1) Plano cenital del predio del hospital. Extraído de Google Maps
- 2) Representación del hospital. Extraído de Proyecto Jardín Vilardebó de Marcos Bracco & Nacho Correa <https://cargocollective.com/jardinvilardebo/>
- 3) Plano del hospital intervenido distinguiendo sitios de permanencia y pasaje
- 4) Trazado de recorridos propios en cinco días de cinco horas respectivamente. Extraído de aplicación de trackeo para teléfono móvil
- 5) Fondo, captura del barrio Reducto. Extraído de Google Maps

★ Imagen 2 (pág. 23) : collage a partir de fotografía propia (teléfono móvil)

★ Imagen 3 (pág. 29) : idem