



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

Producción empírica: articulación teórico-clínica.

Resistencias creativas:

el arte como potencia y fuga

Análisis de una experiencia práctica en el Hospital Vilardebó

Estudiante: Lucía Belén Pereira Pérez

Docente Tutor: Prof. Adj. Mag. Fernando Texeira

Docente Revisora: Asist. Mag. Victoria Areosa

Montevideo, Uruguay
2025

Agradecimientos

A mi familia por apoyar mi deseo de aprender y posibilitar la existencia de mi mente inquieta.

A mis amigas por ser sostén y refugio.

A Koko por enseñarme la importancia del amor como acto de resistencia y de salvación.

A Diego por saber acompañar desde la ternura.

A Meli, Marti y Dani, sin ellas estos grupos y reflexiones no hubieran sido posibles. Fueron las luciérnagas que necesitaba ver.

A los y las practicantes con quienes generé aperturas hacia nuevas miradas, y a quienes se volvieron grandes amistades y acompañaron este proceso de escritura.

A los y las profesionales del Hospital Vilardebó por siempre abrir sus puertas, por la escucha y por darme un lugar donde crecer como futura profesional.

A los usuarios y las usuarias por enseñarme sobre la importancia del respeto hacia las diversas formas de existencia.

A la Facultad de Psicología que se siente como hogar.

Índice

1. Introducción.....	4
2. Contextualización del Hospital Vilardebó.....	7
2.1 Historización y caracterización.....	7
2.2 Desafíos y tensiones.....	9
3. Caracterización de los grupos.....	12
3.1 Descripción de los grupos.....	12
3.2 Denominación de los grupos.....	16
3.3 ¿Qué es un grupo?.....	18
4. El sistema manicomial y sus lógicas.....	20
5. Análisis de los grupos.....	25
6.1 Potencialidad de lo artístico.....	25
6.2 Mirada, escucha e identidad.....	28
6.3 El ocio y la productividad.....	33
6. Líneas de fuga en espacios de encierro: tensiones y resistencias.....	38
7. Consideraciones finales.....	42
8. Referencias bibliográficas.....	45
9. Anexos.....	50

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Grado plantea una articulación teórico-clínica, enmarcada en el Programa de Practicantados y Residencias en Servicios de Salud, en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). La experiencia fue realizada en el Hospital Vilardebó durante un año, desde el primero de febrero de 2023 al treinta y uno de enero de 2024.

El convenio está dirigido a estudiantes avanzados (practicantes) y egresados (residentes) de la Licenciatura en Psicología de la UdelaR, con el propósito de fortalecer su formación en concordancia con los lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Para los practicantes, constituye un espacio de aprendizaje preprofesional orientado a la adquisición de competencias teórico-prácticas y al desarrollo de habilidades, en función del bienestar de la población (Muñiz, 2013).

El programa articula la praxis clínica con la formación académica, promoviendo la integración entre teoría y práctica, el abordaje interdisciplinario y la construcción colectiva del conocimiento (Bianchi et al., s.f.). La carga horaria es de 40 horas semanales, distribuidas en 25 horas de trabajo en el servicio y 15 horas destinadas a instancias académicas, que incluyen revisión bibliográfica, producción de informes, participación en congresos, entre otras. Además, se contemplan plenarios semanales, supervisiones quincenales y la asistencia mensual a ateneos organizados por residentes del programa.

Esta elaboración escrita, tomará la modalidad de producción de conocimiento empírico, desarrollando una articulación teórico-clínica. En este caso, se buscará reflexionar sobre mi experiencia como practicante siendo parte de la coordinación de tres grupos en el Hospital Vilardebó. A través del análisis de estos espacios, se busca reflexionar sobre su impacto en los usuarios y funcionarios, así como sobre su potencialidad como dispositivos de resistencia y fuga frente a las lógicas manicomiales que componen la institución. En consonancia, se problematizará el aporte de los mismos para el desarrollo de prácticas novedosas en salud mental.

Para ello, realizaré un abordaje que combina reflexiones personales, conceptualizaciones teóricas y registros provenientes de mi diario de campo. Este instrumento metodológico fue una herramienta fundamental en mi proceso de aprendizaje, permitiéndome documentar experiencias, emociones, anécdotas, deseos y

cuestionamientos surgidos en la práctica. En palabras de Alzate et al. (2008), “el diario de campo es un útil en el que el estudiante hace evidencia de lo que aprende y de lo que aún le queda pendiente por aprender” (p.1).

Los grupos seleccionados para el análisis son:

- **Taller del Diario del Hospital**, dirigido a personas internadas (hombres y mujeres), en el que la escritura, la palabra, los medios audiovisuales y el dibujo, operaron como un medio de expresión y subjetivación.
- **Espacio Creativo**, un taller de plástica destinado a varones internados, que permitió la exploración artística y simbólica a través de diferentes materiales.
- **Asamblea de Sala 12**, orientada a hombres internados en dicha sala, tomando para el análisis sólo los momentos en que funcionó como taller y espacio de expresión artística.

Además, contextualizaré el Hospital Vilardebó, su estructura y funcionamiento, en diálogo con la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017), la cual establece el cierre de los establecimientos asilares y monovalentes para el año 2025. A partir de este marco, se analizarán las lógicas manicomiales que configuran la institución y su influencia en la experiencia de coordinación de estos grupos.

En este sentido, se explorará cómo estos grupos operaron como líneas de fuga (Deleuze y Guattari, 1980/2002) o focos de resistencia (Didi-Huberman, 2012) dentro de la institución, como desvíos de las estructuras de poder establecidas. Estas experiencias, aunque insertas en un contexto regido por lógicas manicomiales, permitieron la emergencia de nuevas formas de encuentro, expresión y subjetivación, cuestionando los modos tradicionales de atención en salud mental. Sin embargo, se considerará también la tensión inherente a estas prácticas: aunque habilitan aperturas y posibilidades, continúan inscritas dentro del dispositivo manicomial, lo que complejiza su alcance y sus efectos.

Algo relevante para la escritura de esta tesis, es generar una postura no patologizante de los usuarios, donde en vez de hablar de “patologías”, abordaré la conceptualización de “sufrimiento psíquico” que trabaja Augsburger (2002). La autora menciona que este concepto permite destacar la dimensión subjetiva del padecimiento, diferenciándolo de la enfermedad mental entendida desde una perspectiva médica tradicional.

Desde las concepciones médicas psiquiátricas clásicas, el diagnóstico se elabora con un fuerte enfoque categorial, en el que la patología se define a partir de signos observables y síntomas clasificables dentro de un sistema nosográfico. En este marco, si bien la noción de síntoma implica una experiencia subjetiva, la forma en que la psiquiatría y algunas corrientes de la psicopatología la comprenden difiere de la manera en que se concibe desde la perspectiva del sufrimiento psíquico. Augsburger (2002) plantea que el sufrimiento psíquico remite a una vivencia singular que no siempre puede ser objetivada en términos clínicos, pero que no por ello deja de ser significativa.

El concepto de sufrimiento psíquico se enmarca en una crítica a los modelos diagnósticos tradicionales, que han intentado sistematizar la salud mental bajo criterios nosográficos sin considerar la historicidad y el carácter dinámico de las experiencias de malestar. Según Augsburger (2002), la epidemiología psiquiátrica ha estado dominada por una lógica que traslada sin mediaciones el modelo biomédico de enfermedad a los problemas de salud mental, operando con clasificaciones que priorizan la identificación de estructuras patológicas sobre la comprensión del padecimiento subjetivo y sus determinantes sociales. En contraposición, la autora propone el sufrimiento psíquico como una categoría que permite visibilizar y abordar aquellas formas de malestar que no se ajustan a los criterios de enfermedad mental establecidos, por ejemplo, en manuales diagnósticos como el DSM o la CIE, y que a menudo permanecen invisibilizadas en los registros epidemiológicos.

Desde esta perspectiva, el sufrimiento psíquico no es una entidad fija ni universal, sino un fenómeno dinámico que se configura en relación con condiciones sociales, culturales e históricas específicas. De esta forma se evita la patologización de problemáticas que pueden tener su origen en desigualdades estructurales, precarización de la vida o crisis subjetivas. Desde este enfoque, el sufrimiento psíquico no es simplemente un estado previo a la enfermedad ni una fase inicial de un trastorno, sino una experiencia que puede desarrollarse de manera autónoma y que requiere abordajes que trasciendan el modelo biomédico. En definitiva, asumir el sufrimiento psíquico como categoría diferenciada de la patología implica un cambio de perspectiva en la comprensión de la salud mental.

No obstante, es menester comprender que este trabajo académico no podrá plasmar en su totalidad el aprendizaje vivido en la práctica, debido a que hay aspectos que no pueden ser escritos ni explicados mediante palabras. Hay diversos aprendizajes internalizados que son indecibles. Hay diversas situaciones que son impronunciables. Hay sensaciones, miradas, encuentros, sentimientos, lágrimas, latidos, que no se verán reflejados en este TFG. Como menciona Etcheverry (2011), “lo interesante es que a veces

los pensamientos son inclasificables, y no logran transformarse en palabras, solamente imágenes, solamente sensaciones” (p.11). Aun así, este TFG busca recuperar y sistematizar aquellos elementos que, desde la escritura, permiten dar cuenta del tránsito por esta experiencia y de sus implicancias en el ejercicio profesional.

2. Contextualización del Hospital Vilardebó

Es fundamental contextualizar el espacio institucional en el que se desarrollaron los grupos en los que participé como practicante de psicología. Para ello, en esta sección realizaré una historización sobre el surgimiento del Hospital Vilardebó, su localización y el servicio que ofrece. Asimismo, problematizaré la realidad del Hospital en la actualidad, planteando aquellos aspectos que influyeron directamente en el desarrollo de los espacios y en mi propio tránsito por la experiencia.

2.1 Historización y caracterización

En 1860 se trasladó a los usuarios con “enfermedades mentales” del Hospital Maciel al llamado Asilo de Dementes. Este lugar era la quinta de Miguel Vilardebó que se encontraba apartada de la urbanización. Es importante destacar la escasa influencia médica, y el fuerte poder de la religión católica, que provocó tensiones en la forma de atención a los usuarios (Duffau, 2022). Por otra parte, la policía utilizaba el asilo como un sitio para encarcelar a personas que habían cometido delitos, lo que incidió en el aumento de la población internada (Martínez Dibarboure, 2020).

El 25 de mayo de 1880 se inauguró el Manicomio Nacional, utilizando las instalaciones del Asilo de Dementes. Este tuvo una fuerte influencia de la religión, estando a cargo las hermanas de las tareas de supervisión de los usuarios, el tratamiento terapéutico y la actuación médica. A partir de 1885, con los primeros egresos de médicos de la Facultad de Medicina, la administración del Manicomio fue desplazada a favor de una administración científica y sobre todo laica (Duffau, 2022). Por decreto del Poder Ejecutivo del 13 de febrero de 1911 el Manicomio Nacional pasó a denominarse Hospital Vilardebó, como

homenaje al doctor Teodoro Vilardebó, quien fue médico, naturalista e historiador uruguayo (Duffau, 2022).

La institución se encuentra situada en Millán 2515, en el Barrio Reducto de Montevideo, siendo un servicio de referencia Nacional que pretende brindar la atención integral a los usuarios de ASSE afectados por episodios críticos de patologías psiquiátricas (Ministerio de Desarrollo Social, s.f.). El Hospital Vilardebó atiende a usuarios de ASSE y a pacientes judiciales que presenten una medida curativa a cumplir en un periodo de internación. En el servicio se realizan evaluaciones, diagnósticos, orientaciones, tratamientos e intervenciones interdisciplinarias con profesionales de psiquiatría, psicología, trabajo social, entre otras, tanto en usuarios internados como ambulatorios.

Este servicio se ubica en el tercer nivel de atención en salud, lo que implica que se trata de un hospital especializado, que proporciona atención de alta complejidad a nivel nacional. Implica trabajar desde la prevención terciaria, entendida como el conjunto de medidas dirigidas a minimizar los daños derivados de enfermedades ya diagnosticadas y a prevenir recaídas. Tal como afirma Álvarez et al. (2011):

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. (p. 7)

Durante el año que estuve en la práctica, contactamos con el Departamento de Estadística y Capacitación del Hospital Vilardebó, que nos proporcionó una serie de datos relevantes sobre la situación del hospital al cierre del corte censal del 31 de diciembre de 2022. Según la información brindada, se registraron los siguientes ingresos de usuarios a las distintas salas de internación: 170 varones (124 a disposición del hospital) y 79 mujeres (66 a disposición del hospital) (Departamento de Estadística Hospital Vilardebó, 2022).

A partir de estos datos, se observa que la media de edad de los usuarios internados es de 43 años para las mujeres y de 37 años para los varones. Los diagnósticos más comunes entre los pacientes fueron trastorno por esquizofrenia y trastorno bipolar. Se observa que el 24% de los ingresos fueron por primera vez, mientras que el 76% fueron reingresos, notando gran número en reincidencia de los usuarios en el estado de internación. De los ingresos primarios, el 35% corresponde a mujeres y el 65% a varones, lo que subraya una notoria diferencia en el aumento de ingresos de varones (Departamento de Estadística Hospital Vilardebó, 2022).

Asimismo, la mayoría de los usuarios atendidos se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y social, lo que se manifiesta en una alta cantidad de ingresos de personas en situación de calle, muchos de los cuales pernoctan en los alrededores del Hospital.

Durante mi práctica, fue frecuente observar cómo muchos usuarios no contaban con un lugar fijo donde vivir, lo que prolongaba su internación debido a la falta de alternativas habitacionales. En algunos casos, los pacientes debían esperar para tener lugar en casas de medio camino o comunidades terapéuticas, lo que dificultaba el egreso y aumentaba la duración de las estadías en el Hospital. Esto plantea la necesidad de un trabajo interinstitucional, estableciendo redes que aborden la integralidad del usuario, considerando no solo su salud mental, sino también sus necesidades sociales y habitacionales; ya que como menciona la Ley 19529 “En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda” (Uruguay, 2017, art. 24).

Una de las cuestiones más relevantes en la actualidad del Hospital Vilardebó es su vínculo con lo establecido en la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017), que plantea el cierre de los establecimientos asilares y monovalentes para el año 2025. Esta ley busca transformar el modelo de atención en salud mental, proponiendo alternativas que sustituyan a los manicomios tradicionales por estructuras abiertas y centradas en la comunidad. En los términos de la ley, se establece que:

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley (Uruguay, 2017, art. 38).

Sin embargo, a lo largo del año de práctica en 2023 y principios de 2024, no se evidenciaron acciones concretas encaminadas al cierre del Hospital Vilardebó ni a la creación de alternativas claras para los usuarios internados. Asimismo, el número de usuarios no disminuyó. La falta de información sobre cómo se aplicaría la ley genera múltiples tensiones e incertidumbres tanto en los profesionales del hospital como en los propios usuarios.

2.2 Desafíos y tensiones

Una de las características del Hospital Vilardebó es su deterioro edilicio, que afecta tanto a los usuarios como a los funcionarios. El Hospital cuenta con instalaciones muy

antiguas, con espacios insuficientes y con notorias deficiencias en su infraestructura. A lo largo del año, se produjeron filtraciones de agua en varias áreas del hospital, y en una de las salas de mujeres internadas se desplomó parte del techo, lo que genera un ambiente de precariedad y de tensión en los usuarios y funcionarios. Esta situación se agravó aún más después de mi práctica, cuando se derrumbó parte del patio que conecta el área de mujeres con el Centro Diurno. Me pregunto ¿Es posible generar procesos de rehabilitación y acompañamiento en un espacio que se encuentra en tan malas condiciones edilicias?

Otro aspecto fundamental que afectó el desarrollo de los grupos fue la falta de recursos materiales. A menudo, nos encontrábamos con una escasez importante de materiales básicos como pinturas, barro, pinceles y marcadores. En muchas ocasiones, debíamos recurrir a nuestros propios recursos, trayendo materiales de nuestras casas o utilizando herramientas en mal estado, como pinceles secos o marcadores casi agotados. Esto dificultaba la tarea generando frustración entre los participantes y afectando la fluidez de los talleres, ya que como señalan Jarreau y Paín (1995), exigirles a los usuarios que realicen una actividad en la cual no cuentan con los suficientes materiales o con una calidad adecuada de estos, genera una posición incómoda que dificulta el flujo del espacio. Pero también genera frustración y una capacidad de adaptabilidad en los funcionarios al tener que resolver y generar nuevas alternativas, reformulando en muchos casos las tareas planificadas para los grupos.

En relación con los espacios destinados a estos grupos, el utilizado por las salas de hombres presentaba condiciones precarias, como un piso deteriorado y una puerta que debía cerrarse con una tabla (Anexo A). Es pertinente señalar que el espacio denominado "Mariposa Azul" (Anexo B), destinado originalmente a los talleres con mujeres internadas, fue reasignado a la unidad de "Siniestros" (comúnmente conocida como "Bomberitos"), encargada de la gestión de incendios en el hospital. En consecuencia, en el mes de mayo, se dejó de contar con un espacio adecuado para llevar a cabo los talleres, ya que, a pesar de haberse realizado promesas de nuevos lugares, no se reasignó ninguno, lo que resultó en varios meses de interrupción de las actividades realizadas con mujeres.

Otro de los aspectos que impactó en la dinámica de los talleres fue la fragmentación entre los distintos sectores del Hospital. A pesar de encontrarse dentro de la misma estructura edilicia, no existen reuniones regulares de equipo interdisciplinario entre los diferentes servicios (equipo de sala, equipo del centro diurno, policlínica, emergencia, entre otros). La comunicación se realiza mayormente de forma informal, a través de grupos de WhatsApp o encuentros breves en los pasillos, lo que genera una desconexión y dificulta la coordinación del tratamiento. Esto pone en evidencia que en lugar de existir un verdadero

trabajo interdisciplinario, se está trabajando más bien de forma multidisciplinaria, lo que implica que los profesionales de distintas áreas aborden el problema desde sus perspectivas individuales, sin lograr un diálogo verdadero y una integración de los saberes.

Como señala Carrizo (2010), la interdisciplina requiere de un enfoque más integral, multidimensional y sistémico, que permita abordar la problemática de forma holística y que facilite el trabajo en equipo. Esto es fundamental en el campo de la salud mental, donde los abordajes fragmentados suelen resultar insuficientes para abordar el sufrimiento psíquico de los usuarios.

En conclusión, el análisis de la situación actual del Hospital Vilardebó revela una compleja realidad marcada por un sistema de atención en salud mental que aún enfrenta múltiples desafíos estructurales, institucionales y sociales. Las condiciones edilicias precarias, la escasez de recursos materiales y la fragmentación de los equipos interdisciplinarios son solo algunos de los obstáculos que impiden un funcionamiento óptimo y limitan las posibilidades de los talleres como herramientas terapéuticas. Es relevante cuestionar la sostenibilidad de estos espacios que dependen del acceso adecuado a recursos y la creación de entornos dignos para el desarrollo de estas actividades.

3. Caracterización de los grupos

En este apartado, describiré los tres grupos seleccionados para este trabajo, analizando sus dinámicas y particularidades. Además, reflexionaré sobre la denominación de estos espacios, problematizando sus nomenclaturas y destacando sus características. Finalmente, optaré por el término “grupo” para referirme a estos tres espacios, desarrollando su definición y justificando su uso en el contexto de este texto académico.

3.1 Descripción de los grupos

Para esta producción escrita, seleccioné tres grupos en los cuales participé en la coordinación durante mi práctica de Psicología. Estos son: el Taller del Diario del Hospital, el Espacio Creativo y la Asamblea de Usuarios de Sala 12.

La elección de estos tres grupos, se fundamenta en las características similares entre ellos. Si bien cada uno tiene sus particularidades, considero que poseen la potencia para problematizar sobre los objetivos de esta tesis, explorando posibles líneas de fuga dentro del contexto manicomial. En primer lugar, mi rol de coordinadora se mantuvo constante a lo largo del año o durante un período prolongado en cada uno de estos espacios, lo que me permitió un acercamiento profundo a sus dinámicas y procesos. Asimismo, los tres grupos contaban con una cantidad similar de participantes, que se encontraban internados en el Hospital. Finalmente, un aspecto clave en esta selección es el énfasis en la expresión artística, que opera como un eje transversal en los tres espacios, generando una estructura de funcionamiento con dinámicas semejantes.

Es importante señalar que esta selección implica la exclusión de otros talleres y espacios dentro del hospital que también poseen relevancia y potencialidades similares. Sin embargo, por razones de delimitación, síntesis y viabilidad del trabajo, opté por centrarme en estos tres escenarios específicos.

A continuación detallaré las características de cada grupo.

Taller del diario del Hospital “Tras bambalinas” (Anexo C)

El taller del diario del Hospital surge en el año 2020 bajo el nombre de “Tras el estigma”, debido al interés de los practicantes de psicología de ese año, junto a un Licenciado en Psicología (encargado de los talleres de rehabilitación en salas de

internación). En 2022 el espacio dejó de realizarse y se retomó en el año de mi inserción como practicante de psicología.

Se decide empezar los talleres, realizándolos los días martes de 10:30 a 12:00 hs aproximadamente, con mujeres internadas en las salas generales, en el espacio de Mariposa Azul (destinado a rehabilitación para mujeres internadas). Los días viernes de 14:30 a 16:00 hs aproximadamente, se realizaba con hombres internados en las salas generales del Hospital, realizando el taller en el espacio de "Sala 14", destinado a rehabilitación para hombres internados.

El taller del diario del Hospital funcionó como un espacio de producción colectiva donde los usuarios abordaban diferentes temáticas de interés, elegidas tanto por ellos como por los coordinadores. El nombre elegido para el diario de 2023 fue "Tras bambalinas: la voz del Vilar" (Anexo D), designado por las participantes del taller. Durante el período en que participé, se lograron publicar cuatro números dedicados a diferentes temáticas: en abril "8M día y mes de la mujer", en septiembre "Personas en situación de calle", en octubre "Salud Mental" y en enero de 2024 "Ecología y reciclaje". Asimismo, se llegaron a abordar otras temáticas como la amistad, la creación del Hospital, entre otras.

En cada encuentro se empleaban diversas técnicas expresivas, como el dibujo y la pintura, los audiovisuales (videos, canciones y cortometrajes) que operaban como disparadores de la temática. Asimismo, se promovía la escritura de los usuarios y el intercambio de sus experiencias y saberes sobre la temática elegida. Los diferentes números del diario incluían las producciones realizadas por ellos: sus ideas, escritos, dibujos, expresiones, entre otras manifestaciones artísticas.

En cuanto a la dinámica del taller, en primera instancia, los coordinadores convocábamos a los usuarios que se encontraban en el patio, y si aún había espacio, transitábamos por las distintas salas invitándolos a participar. La cantidad de participantes rondaba entre los seis a catorce usuarios. La convocatoria se realizaba de la misma forma tanto en el sector femenino como masculino. El número de usuarias que participaron del taller era menor que en el sector masculino, rondando entre cinco a nueve usuarias.

El objetivo del Taller del Diario fue promover un espacio de creación colectiva que permitiera a sus participantes expresarse y dar voz a sus vivencias e inquietudes, generando a su vez un ámbito de reflexión y debate sobre problemáticas de interés común, muchas de las cuales atravesaban en su día a día. Se buscó procesar la realidad desde diferentes perspectivas, encontrar nuevas formas de verla y pensarla colectivamente, así como comunicar experiencias de vida. Además, el taller tuvo un fuerte componente de

concientización sobre temáticas de interés social, fomentando la difusión y el intercambio dentro del hospital. En este sentido, la posibilidad de compartir lo producido con otros no sólo reforzó la importancia de sentirse productivos, sino también la idea de que sus palabras y relatos podían llegar a otros.

Respecto a la coordinación del espacio, durante la mayor parte del año estuvo compuesta por el Lic en psicología, y mi participación en calidad de practicante de psicología. En el sector masculino, mi labor se extendió desde febrero de 2023 hasta enero de 2024. En el sector femenino, mi participación abarcó desde febrero hasta principios de mayo de 2023, cuando el cierre de Mariposa Azul dejó a las mujeres internadas sin un espacio físico donde realizar los talleres de rehabilitación.

Asamblea de usuarios de Sala 12 (Anexo E)

Se trata de un espacio grupal dirigido a los usuarios internados en dicha sala del sector masculino. Este grupo posibilita desplegar y compartir intereses, preocupaciones y deseos de los usuarios, así como favorecer la construcción de una escucha colectiva. Asimismo, se realizan actividades lúdicas y recreativas, que incluyen el uso de materiales audiovisuales (música, cortometrajes, documentales), y otras dinámicas que promuevan la participación activa de los usuarios.

Este espacio se desarrolló en "Sala 14" los días miércoles de 14:00 a 15:00 hs aproximadamente, y estaba coordinado por el mismo Licenciado en psicología que en el Taller del Diario, la Licenciada en psicología encargada de la sala 12 de internación, junto con la participación de otra practicante de Psicología y la mía.

Mi participación en este espacio se extendió desde febrero de 2023 hasta enero de 2024. Durante la primera mitad del año, la Asamblea operó principalmente como un espacio de escucha colectiva, de expresión de sentires y de reflexión, funcionando como un lugar de contención y diálogo. Con el transcurso del tiempo el grupo fue mutando hacia un espacio de expresión artística, incorporando actividades vinculadas a las artes plásticas (dibujos, pinturas, creaciones tridimensionales), con la escucha y visualización de videos musicales, donde cada usuario seleccionaba una canción, explicaba el motivo de su elección y posteriormente el grupo realizaba una interpretación de la misma. Asimismo, se trabajó con la visualización y análisis de documentales y videos que abordaban temáticas de interés para los usuarios, tales como el consumo de sustancias, las enfermedades psiquiátricas y el uso de medicación psicofarmacológica, promoviendo instancias de reflexión y debate en torno a estos temas.

Este espacio, en su doble dimensión de escucha y expresión artística, permitió a los usuarios de Sala 12 construir un lugar de encuentro donde compartir experiencias y perspectivas, potenciando la subjetivación y la agencia dentro del contexto institucional.

Espacio creativo (Ver Anexo F)

Es un taller de expresión plástica dirigido a hombres internados en el Hospital. Se realiza en el espacio de “Sala 14”, los días lunes de las 14:30 a 16:00hs aproximadamente. Fue coordinado por dos residentes de psicología, el Lic. en psicología coordinador de los anteriores grupos, y mi participación como practicante.

La creación de este espacio surgió a partir de la experiencia de una de las residentes como tallerista de plástica, en conjunto con el interés de los demás coordinadores en la implementación de un espacio artístico dentro del hospital. A partir de estas motivaciones, el taller comenzó a desarrollarse el cuatro de septiembre de 2023.

Las dinámicas del taller se centraron en el trabajo con distintas técnicas y materiales plásticos, promoviendo la experimentación artística y la expresión creativa de los participantes. Se utilizaron herramientas como pintura, barro, colores, marcadores, papeles y otros materiales diversos. Además, se realizaron composiciones tridimensionales con cartón, envases y papeles, así como trabajos con cuentas decorativas, decoraciones (árbol de navidad y banderines), entre otras.

A diferencia de otros talleres, los coordinadores teníamos una lista con los usuarios que asistían asiduamente a los encuentros. En caso de que algún participante recibiera el alta o decidiera no continuar, se ofrecía el cupo a otros usuarios interesados en integrarse. Sin embargo, la demanda del taller superaba en muchas ocasiones la capacidad del espacio, haciendo que varios usuarios esperaran afuera manifestando sus deseos de participar.

Este taller creativo constituyó una oportunidad para que los usuarios exploraran nuevas formas de expresión y participación, propiciando un ámbito de encuentro y favoreciendo la construcción de nuevas experiencias dentro del Hospital.

3.2 Denominación de los grupos

Es relevante problematizar la naturaleza y denominación de los grupos seleccionados para este trabajo. Si bien todos se desarrollaron en el mismo contexto institucional y comparten ciertas características, cada uno de ellos posee una nomenclatura específica. Nombrar un espacio implica generar múltiples sentidos, que hablan de lo que acontece en cada uno.

Por un lado tenemos el Espacio Creativo, por otro la Asamblea Sala 12 y por el otro los Talleres del diario del Hospital. De esta forma, se logran visualizar tres nomenclaturas diferentes: taller, espacio y asamblea. Estas denominaciones reflejan modalidades de funcionamiento particulares y evocan sentidos diversos. Pero como veremos a continuación, hay características comunes.

El término "taller" tiene una larga trayectoria histórica y conceptual. En la Edad Media era considerado el lugar de trabajo de los artesanos, donde se producían las creaciones artísticas en pequeños grupos. Estos espacios tenían importancia social y productiva. Con el tiempo, el concepto de taller evolucionó para enfatizar "la colaboración mutua, la igualdad jerárquica y el trabajo común en torno a una tarea determinada." (Cano, 2012, p.29). En la actualidad, estos aspectos se siguen manteniendo, siendo relevantes los intereses colectivos y personales, y la singularidad-identidad que los participantes de los talleres proyectan en sus obras artísticas.

Desde un punto de vista etimológico, la palabra "taller" proviene del francés "atelier", y este término deriva de "astille", que en español significa "astilla", remitiendo a los astilleros: establecimientos donde se reparan y construyen embarcaciones. Se podría pensar que el taller puede ser un espacio posibilitador de nuevas formas y posibilidades de existencia, un lugar donde "se esculpen nuevas formas, y se reparan barcos para emprender nuevos viajes" (Cano, 2012, p.31). De esta manera se reparan las estructuras dañadas, posibilitando nuevos recorridos subjetivos. Desde esta perspectiva, quienes llegan al Hospital en un estado de vulnerabilidad podrían encontrar en el taller un espacio de reconstrucción y reinención simbólica de sus trayectorias.

Asimismo, el taller implica el trabajo con y en grupo en torno a una tarea común, siendo algunas de sus características: el trabajo grupal, en un tiempo limitado, con objetivos específicos, basado en el protagonismo de los participantes, mediante un proceso que tiene un principio, desarrollo y cierre, y donde hay un aprendizaje mutuo.

Los Talleres del diario del Hospital responden en gran medida a las características propias de un taller, aunque con ciertas particularidades debido al contexto en el que se desarrollaron. Uno de estos aspectos es la linealidad de tener un principio, desarrollo y cierre, ya que el espacio en ningún momento tuvo un fin, sino que a medida que los participantes se retiraban del taller (ya sea por recibir el alta o por decisión propia) ingresaban nuevos miembros, generando una dinámica fluctuante. De esta forma, se pueden pensar los talleres como grupos abiertos donde “los miembros nuevos reemplazan a los que abandonan y esto puede imprimir un nuevo estímulo” (Corey, 1995, p.122). Sin embargo, esto también puede traer desventajas, ya que los nuevos integrantes pueden tener dificultades para integrarse a una dinámica establecida antes de su llegada. Asimismo, la coordinación del grupo debe adaptarse constantemente a estos cambios. Por lo tanto, es fundamental que desde la coordinación se explique de qué trata el grupo, la modalidad de trabajo y cómo han sido los encuentros previos. No obstante, en varias ocasiones esto se omitía, lo que generaba dificultades en la integración de los participantes, descoordinación y falta de claridad en la dinámica grupal.

Asimismo, estos talleres en diversos momentos carecieron de una planificación sostenida por parte de los coordinadores, lo que generaba desorganización y falta de análisis sobre los encuentros. Desde mi participación en el grupo, percibí que esta situación se volvía un obstáculo dificultando la fluidez del espacio. La falta de instancias de reflexión con los demás coordinadores se volvía un desafío, posiblemente debido a la naturalización de ciertas prácticas y al desgaste que genera el trabajo en el ámbito de la salud mental. De esta forma, no se genera una problematización sobre lo que hacemos como profesionales de la salud.

Por otro lado, el Espacio Creativo, si bien responde a la lógica de un taller de plástica, adopta una denominación diferente. A diferencia de los talleres del diario, este grupo era coordinado junto con las residentes de psicología. Esto permitió otras miradas que generaron múltiples problematizaciones e intercambios para un mayor cuestionamiento de las prácticas manicomiales, entendiendo que de igual forma éramos parte de este mismo sistema.

El nombre fue elegido por los coordinadores debido a que buscábamos generar una denominación amigable, diferenciándolo de otros sitios que se encontraban en el Vilardebó. Mientras que el término “taller” puede estar vinculado a un modelo de aprendizaje con objetivos productivos, el término “espacio creativo” enfatiza la posibilidad de explorar libremente la expresión artística, sin una exigencia explícita en el resultado.

Por último, la Asamblea sala 12, constituye un espacio con una dinámica particular dentro del hospital. Según Di Paola y Roldán (2024), las asambleas en el contexto manicomial tienen la función de reunir a los usuarios y profesionales “que circulan por la sala de internación con el fin de llevar a cabo acuerdos, poner de manifiesto opiniones, intereses, preguntas o deseos en torno a cuestiones relacionadas al funcionamiento de la sala y su cotidianeidad” (p. 141), apuntando a la horizontalidad y al favorecimiento de la expresión de los propios usuarios. En este caso, la asamblea se integraba por los usuarios de la Sala 12 de internación, la psicóloga referente de la sala, el psicólogo referente de los talleres de rehabilitación y las practicantes que tuvimos asignada esta sala para la atención de usuarios.

En varias ocasiones, este grupo orientó su dinámica a potenciar el deseo y las prácticas de interés de los propios usuarios, adoptando una metodología similar a la del taller, con un enfoque en la creación plástica o la visualización de videoclips musicales.

A lo largo de este trabajo, emplearé el término “grupos” para referirme a los tres espacios analizados. Cada uno de ellos, desde su especificidad, permite explorar los modos en que la producción artística y el encuentro grupal pueden operar como estrategias de subjetivación y resistencia dentro del hospital psiquiátrico. A su vez, la problematización de sus denominaciones y dinámicas permite comprender cómo los nombres asignados a estos espacios no son meras etiquetas, sino que configuran sentidos y modos de habitar la institución.

3.3 ¿Qué es un grupo?

Más allá de las diferencias en denominación y características de los espacios seleccionados para este trabajo, un aspecto compartido a todos ellos es su carácter grupal. La grupalidad, entendida como un entramado de relaciones y vínculos que emergen en un contexto colectivo, es central en la dinámica de estos espacios.

Desde una perspectiva etimológica, la palabra “grupo”, proviene del italiano “grosso” o “gruppo”, que “antes de llegar a ser reunión o conjunto de personas era nudo. Derivaría del antiguo provenzal grop=nudo; éste a su vez derivaría del germano Kruppa = masa redondeada, aludiendo a su forma circular.” (Fernández, 1989, p.22). Esta raíz etimológica

permite pensar el grupo como un entramado donde se entrecruzan múltiples hilos, formando anudamientos que evidencian la complejidad de las interacciones humanas.

En los diferentes grupos, los hilos que conforman la trama grupal representan las relaciones que se establecen entre los participantes, donde “algo se puede ir anudando de unos con otros, en la posibilidad de invención de lo nuevo más allá de la eterna repetición de lo mismo” (Jasiner, s.f., p1). Estos anudamientos forman y sostienen la propia estructura de cada sujeto, potenciando la idea de que la existencia humana se consolida en la interdependencia con los otros. En este sentido, el trabajo grupal en contextos artísticos posibilita la mirada innovadora sobre las problemáticas que los usuarios atraviesan, potencia la creación de nuevas condiciones de existencia, posibilita la acción para enfrentar la cristalización que genera el diagnóstico y la internación en un Hospital de esta índole. Mediante la trama grupal se potencia lo singular donde se devuelve “protagonismo creativo al ser humano” (Jasiner, s.f., p.1), buscando nuevos horizontes innovadores.

En términos conceptuales, un grupo puede definirse como “Todo conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad” (Pichon-Rivière, 1977/2011, p. 142). Cada uno de los grupos seleccionados tiene objetivos particulares que organizan su funcionamiento en torno a la tarea: el Taller del diario del Hospital se orienta a la producción y edición de sus publicaciones; el espacio creativo tiene como tarea la creación de obras artísticas de distintas índoles; y la asamblea Sala 12 adapta sus actividades en función de los intereses de sus participantes, pudiendo incluir música, plástica u otras formas de expresión. A pesar de las diferencias en sus tareas específicas, todos los grupos comparten un objetivo común: contribuir al bienestar de los usuarios internados, a través de la participación activa en sus procesos terapéuticos.

Es relevante comprender, que estos grupos tienen elementos compartidos sin el agotamiento de sus diferencias. No se trata de una homogeneización sino de la multiplicidad que posibilita un plano inmanente. En este sentido es relevante tomar el concepto de lo común, desarrollado por Etcheverry (2022), entendiéndolo como la posibilidad de generar encuentros que sostienen las diferencias sin reducirlas a una homogeneización, donde “lo común implica la relacionalidad, posee inmanentemente la potencia de la transformación y siempre está en vinculación con la potencia y su aumento” (p. 28). Se refiere a algo que emerge y se genera en el encuentro, permitiéndonos pensar en nuevas formas de existir en el mundo. Es un nosotros que no busca capturar al sujeto sino que habilita las múltiples y heterogéneas formas de existir, promoviendo horizontes innovadores que trascienden los efectos de la institucionalización psiquiátrica.

4. El sistema manicomial y sus lógicas

Este capítulo se propone analizar la concepción de los hospitales psiquiátricos, con el objetivo de comprender las dinámicas que operan en estos espacios y que, a su vez, se extienden más allá de la institución. En este sentido, resulta clave contextualizar la realidad de las personas internadas en el Hospital Vilardebó, así como cuestionar las lógicas manicomiales que estructuran estos espacios y la vida de los sujetos.

Goffman (1961/2001), define las instituciones totales como espacios donde "un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (p. 13). Los hospitales psiquiátricos, como el Vilardebó, se insertan dentro de este tipo de instituciones y reflejan diversas lógicas repetitivas. En este caso, las actividades cotidianas de los usuarios, como el aseo personal, el contacto con sus familiares o las dinámicas recreativas, se realizan dentro de los límites del mismo establecimiento donde se encuentran reclusos, lo que refuerza la sensación de encierro y control.

Además, se genera una afectación en la identidad de estos sujetos, debido a procedimientos como la confiscación de objetos personales, la imposición de una rutina rígida, la estandarización de la alimentación, y la masividad de las salas de internación, que se encuentran compartidas por usuarios que se hallan en diferentes momentos de la rehabilitación. Tal tratamiento reduce la singularidad de los pacientes, tratándolos como una masa uniforme (Goffman, 1961/2001).

Estas personas, pueden pasar meses e incluso años en esta situación, lo que genera una adaptación al encierro y una dependencia al sistema institucional. Esta se da mediante el control total de la vida cotidiana de los sujetos bajo la autoridad médica, donde se mantiene una relación jerárquica y vertical con los usuarios. Este esquema genera una dinámica de inferioridad entre ellos, quienes tienden a sentirse "inferiores, débiles, censurables y culpables" (Goffman, 1961/2001, p. 21), produciendo relaciones de subordinación.

De igual forma, cabe destacar que esta propia estructura institucional genera malestar no solo en los sujetos internados, sino en el propio personal del Hospital. Como menciona Bibbó (2015), "la queja, el cansancio, la desmotivación, las infracciones o la automatización de la tarea, son algunas de sus expresiones que se agotan en explicaciones circunstanciales o personales, sin que se pueda percibir, en ellas, la dimensión institucional"

(p.4). De esta forma, la problemática excede a los propios funcionarios y usuarios, formando parte de las propias lógicas institucionales.

Basaglia (2008), mencionaba como los manicomios se construyeron como una forma de control social y represión a la clase trabajadora improductiva, donde encerrar a las personas relegadas por la sociedad. Él refiere a estas personas como los “locos pobres”, mencionando que la internación se debe a que “no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad, y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como ésta” (Basaglia, 2008, p.59).

Asimismo, menciona que los manicomios también fueron creados como lugar de encierro hacia la irracionalidad. Se racionaliza la locura al llamarla “enfermedad mental”, una vez son institucionalizados los locos. De esta forma la designación de “enfermos mentales”, es aceptada “por el mundo en el que vivimos (...) porque está claro para todos que la casa del enfermo mental, del esquizofrénico, es el manicomio. Este es el lugar que hace posible su aceptación por parte de la sociedad racional” (Basaglia, 2008, p. 58). Si bien se sostiene que la finalidad del manicomio es la cura del “enfermo mental”, en realidad, opera como dispositivos de confinamiento para aquellos considerados desviados, reforzando la marginación de quienes ya han sido excluidos socialmente.

Basaglia (2008) menciona que “Hoy todo el mundo sabe que el manicomio es un lugar de dolor y sufrimiento” (p.59). Por lo tanto, una cuestión central es el respeto por los Derechos Humanos dentro de la institución. Esto ha generado preocupación por parte de algunos funcionarios y usuarios. Durante la práctica, se realizó un número del diario junto con los usuarios, que abordó la temática sobre los derechos humanos en la internación. Los usuarios mencionaron:

-En el hospital se violan nuestros derechos para priorizar nuestra contención: a veces venimos muy mal y para mejorar es necesario que se pierdan algunos derechos. Por ejemplo estando encerradas, no pudiendo ver a nuestros familiares, sin poder salir. Pero a veces no podemos llevar adelante nuestras vidas y no queda otra.

-Durante nuestra estadía en el hospital, yo al menos sentí varios de nuestros derechos vulnerados por motivos de salud. Estos derechos son los que están vinculados con mi libertad de movimiento, de trabajo...

-El derecho al trabajo debería ser fundamental en una institución psiquiátrica: debería haber un convenio entre el hospital psiquiátrico y el seguro social; si rendís

bien, el diagnóstico debería pasar a un segundo plano (Diario de campo, 8 de setiembre de 2023).

El confinamiento de personas con sufrimiento psíquico en instituciones como el Hospital Vilardebó se vincula con procesos de exclusión y marginación preexistentes y estructurales de la población que atiende. Esto se relaciona con el ámbito público de la salud, donde históricamente ciertos sectores han quedado al margen del acceso a una atención integral y digna, reproduciendo desigualdades sociales ya existentes. Muchos de los usuarios antes de su internación, ya vivían en situación de calle, sin redes de contención sociales, familiares o barriales. Al ingresar al hospital, estos sujetos no solo enfrentan un padecimiento psíquico, sino que han sufrido múltiples vulneraciones de sus derechos humanos, que se siguen intensificando. Según los usuarios, en el Vilardebó se vulneran varios derechos, con la justificación de su estado de salud mental, estando encerrados en la mayoría de los casos, en contra de su voluntad. En parte esto se vincula con las relaciones de poder existentes, como menciona Basaglia (2008) “nosotros debemos ir en busca de una situación de complicidad y de reciprocidad hacia y con el enfermo. (...) En el caso contrario sólo podemos hablar de dependencia y de esclavitud” (p. 53).

Estas condiciones de internación se conjugan con otros aspectos, como el proceso de alta médica, que no siempre depende exclusivamente de una decisión clínica. En aquellos casos en que la internación ha sido dispuesta por resolución judicial, el egreso no es solo un acto médico, sino también un procedimiento jurídico-administrativo. Esto implica que, aun cuando un equipo de salud considere que un paciente está en condiciones de el alta médica, su permanencia en la institución puede prolongarse por razones burocráticas y legales, reforzando así las dinámicas de encierro y dependencia del hospital psiquiátrico.

Pero es interesante pensar que el Hospital también funciona como “hogar” para muchos de quienes se encuentran internados, ya que se les brinda acceso a recursos básicos como comida, abrigo, atención médica, y una estructura mínima de convivencia. Percia (2004) ante esto se pregunta “¿Prefieren la arbitrariedad del manicomio, antes que las garras de la angustia? ¿La certidumbre del encierro, antes que la incertidumbre social? ¿Ser una interna, antes que ser nadie?” (p.93). Esto invita a pensar en los usuarios, no como “enfermos”, sino como personas que tienen las mismas necesidades que el resto de la población, entendiendo que tienen “como primera necesidad, no sólo la cura de la enfermedad, sino muchas otras cosas: necesita(n) una relación humana con quien lo atiende, necesita(n) respuestas reales para su ser, necesita(n) dinero, una familia” (Basaglia, 2008, p. 29).

Esta dualidad entre la vulneración de derechos y la provisión de recursos básicos plantea un dilema: ¿Qué acontece en la sociedad, que aún durante la internación en el Hospital Vilardebó, la vulneración de derechos se considera hogar? ¿Si los derechos y las necesidades básicas de las personas estuvieran garantizadas por fuera del Hospital, serían necesarias las múltiples internaciones?

Pero es menester entender que las lógicas que visualizamos en estas instituciones, se reproducen en otros entornos. Baroni (2023) menciona sobre las lógicas manicomiales aclarando que “no solo se encuentra(n) en la institución psiquiátrica, sino que han territorializado todos los ámbitos.” (p. 167).

Según D’Antoni et al. (s.f.), las lógicas manicomiales serían la reproducción de lógicas de encierro, de la patologización del sufrimiento psíquico, que promueven la estigmatización de las personas y el corte de los lazos sociales. Más allá de lo institucional, estas prácticas se internalizan en la subjetividad, moldeando nuestras formas de pensar, actuar y habitar el cuerpo. Este proceso contribuye a la estigmatización de ciertos sectores de la población, reforzando dinámicas de exclusión. En este sentido, la disciplina y el estigma se entrelazan con la organización social, que opera bajo un esquema binario de salud-enfermedad. Como señalan Apud et al. (2010) “Por esta estigmatización la persona (...) es atrapada en una imagen que la estigmatiza y desvaloriza como sujeto” (p. 38).

Asimismo, según Padrón (2017), las lógicas manicomiales se caracterizan por el silenciamiento de los sujetos y el control que opera a través de la producción de una subjetividad específica, donde

Lo manicomial es estrictamente colonial: implica suponer la necesidad de una única forma de vida, que tienda a la homogeneidad y que tienda a imponerse sobre las otras. La proliferación de la multiplicidad, cultural y subjetiva, es entendida desde la lógica manicomial como un riesgo para el orden social. (...) la lógica manicomial es en sí misma violenta. (...) Significa, al mismo tiempo, la imposibilidad de generar formas de vida que rompan con la lógica instituida, incluso cuando ésta lógica es reconocida como injusta o limitante. Calificar a otras formas de vida, individuales o colectivas como locuras o irracionalidades es propio del poder manicomial (p. 42).

De esta manera, hay que estar atentos, para no generar dispositivos novedosos, que de igual forma sigan perpetuando y reproduciendo estas mismas lógicas que buscan cambiar. La Ley de salud mental (Uruguay, 2017) menciona que

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales (art. 37)

El análisis de las lógicas manicomiales permite comprender cómo estas trascienden los muros de la institución psiquiátrica, reproduciéndose en diversos espacios sociales y subjetivos. La internación, lejos de responder exclusivamente a una necesidad de atención en salud mental, se inscribe en un entramado de exclusión y control que limita la autonomía de las personas y refuerza desigualdades preexistentes. En este sentido, el desafío no radica únicamente en desinstitucionalizar, sino en construir dispositivos que no repliquen las mismas dinámicas de subordinación y dependencia. Para implementarlos se requiere un cambio profundo en las concepciones sobre el sufrimiento psíquico y en la manera en que la sociedad se vincula con los catalogados como “enfermos mentales”. Así, las fugas de las lógicas manicomiales no solo dependen de reformas institucionales, sino de un compromiso colectivo por construir una sociedad más justa y menos excluyente.

5. Análisis de los grupos

En este apartado analizaré la potencialidad que tienen las prácticas y expresiones artísticas dentro de los grupos seleccionados. Luego problematizaré sobre la importancia de la identidad, cómo afecta a los usuarios internados en un manicomio como este, y cómo se pone en juego la mirada y la escucha en los grupos. Por último, consideraré la relevancia de ocupar el ocio con actividades recreativas y productivas como herramienta terapéutica.

5.1 Potencialidad de lo artístico

Me parece relevante comenzar profundizando sobre la potencialidad de lo artístico en los diferentes grupos seleccionados, entendiendo estos espacios como instancias que posibilitan la expresión, la problematización de vivencias y la construcción de lazos grupales.

En Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) se menciona la importancia de los dispositivos artísticos y su aporte a la salud mental, destacando que estos promueven a que las personas puedan “crear y recrear nuevas producciones de su subjetividad al estimular la recuperación, promover lazos grupales y comunitarios” (p.12). Esto implica un intento de alejarse de la mirada manicomial que genera la patologización de las personas mediante un diagnóstico y su institucionalización, provocando un efecto iatrogénico debido al encierro de estos sujetos. En este proceso, se genera un estigma y una pérdida de subjetividad, de la cuál es muy difícil salir. Los grupos que trabajan con una dimensión artística, promueven una escucha y una mirada de respeto por las diferencias que caracterizan a cada sujeto.

Un ejemplo de esto fue la experiencia de “J”, un usuario categorizado como “bajo nivel”, tratado tanto por profesionales como por compañeros como un niño, siendo asistido en todo momento en tareas básicas. Incluso llegó a ser descalificado por una funcionaria de su sala, quien expresó que él no podía hacer nada solo. Sin embargo, su participación en el Espacio Creativo marcó un cambio progresivo. Al inicio requería asistencia constante, pero con el apoyo de las coordinadoras se lo alentó a realizar tareas por sí mismo. En uno de los últimos encuentros, logró pintar un árbol de navidad de madera de manera autónoma. Esto fue posible gracias a un trabajo reflexivo de las coordinadoras, quienes fomentamos su

autonomía y logramos potenciar su autoconfianza, demostrando la potencia que él tiene más allá del encasillamiento que le imponían.

Asimismo, Pichon-Riviére señala que “es imprescindible, sin excepción, estimular la actividad creadora en todos los órdenes y en todos los hombres” (Zito Lema, 1993, p. 142). En el contexto hospitalario, los espacios artísticos tienen múltiples finalidades, no solo como herramienta diagnóstica y de tratamiento, sino también como una vía para el disfrute y la expresión emocional de los participantes, consolidándose así como una actividad terapéutica.

Los usuarios en los diferentes espacios artísticos crean obras que reflejan aspectos significativos de su psiquismo. ¿Qué es lo decible de una obra?. Como menciona Gadamer (1991) una obra se lee como leemos un texto o un libro, “La identidad de la obra (...) se hace efectiva por el modo en que nos hacemos cargo de la construcción de la obra misma como tarea” (p.36). En muchas ocasiones, debido a la medicación y a la patología, los usuarios experimentan un aplanamiento emocional y una dificultad para externalizar sus vivencias. Se genera una cristalización de su accionar, donde se dificulta la problematización de estas vivencias o la búsqueda de nuevas formas de existencia. En este contexto, el arte se convierte en un medio para expresar diferentes cuestiones anudadas de los sujetos, facilitando la reflexión y operando como un espacio terapéutico.

En relación a lo anterior, el arte también tiene una función simbólica. Se ha señalado que “el símbolo es un objeto del mundo conocido, sugiriendo algo que es desconocido; es lo conocido expresando la vida y el sentido de lo inexpressable. (...) No es una imitación sino un descubrimiento de la realidad.” (Montero, 2005, párr. 25). De esta manera se habilitan nuevos devenires, nuevas formas de entender la realidad, aceptarla, procesarla y explicitarla a través del arte, pudiendo visualizar nuevos horizontes existenciales.

Ejemplos concretos de este proceso se evidencian en las producciones de los usuarios en el Espacio Creativo y la Asamblea Sala 12. En varios encuentros, los participantes plasmaron sus deseos mediante dibujos y escritos. Un usuario creó una casa de campo con un molino de viento manifestando su anhelo de vivir en un entorno tranquilo. Otro recurrentemente dibujaba barcos, expresando su deseo de navegar. En el Taller del Diario, mediante su creación se abordaron temáticas como la situación de calle y el reciclaje, donde los participantes compartieron sus experiencias y aspiraciones. Desde la necesidad de no volver a vivir en la calle, hasta experiencias de mujeres siendo recolectoras.

El acto de compartir una obra genera un proceso de reflexión tanto singular como colectiva. Un ejemplo es como ante la consigna de realizar un personaje con diversos materiales un usuario realizó una niña llamada Alicia y escribió: "Alicia tiene 7 años, es muy histriónica y posesiva. Suele buscarme, e imponerme sus ideas. Nunca me falló. La veo todo el tiempo y ya me tiene muy asfixiado. Le temo, y aún no me acostumbro a su presencia" (Diario de campo, 22 de enero de 2024).

Al presentar su trabajo, se generó un intercambio entre el grupo, donde se problematizó la presencia de esta figura en su vida, facilitando la externalización de su vivencia a través de la creación artística. De esta forma, algo que antes pertenecía a su mundo interno y le generaba malestar pudo convertirse en una obra, generando un movimiento y accionar. Por lo tanto, se logra visualizar la utilidad de estos talleres en el tratamiento y la expresión emocional de los participantes.

A pesar de la relevancia de estos espacios, dentro del Hospital se evidencia una desconexión entre el trabajo de cada sector y entre sus profesionales, lo que dificulta la articulación del trabajo artístico con otras instancias del tratamiento. Es relevante aclarar que siempre que se trabaja con la creación artística, existe un trabajo de reflexión y problematización de los propios participantes, teniendo en consideración que las obras y los procesos de cada uno, expresan múltiples sentidos y afectos que las palabras de estos sujetos no siempre pueden transmitir. De aquí se desprende la importancia de integrar el trabajo en estos espacios como insumos para valorar y pensar los procesos de los usuarios en su estadía por el Hospital, en clave de un abordaje integral en Salud Mental.

En una ocasión, se generó una situación de acoso de un usuario hacia las coordinadoras del Espacio Creativo. Se realizó una reunión con el psicólogo encargado de su sala, donde se compartieron observaciones sobre este y otros tres usuarios que asistían al Espacio Creativo y al Taller del Diario. Se identificaron patrones de comportamiento que también se manifestaban en la sala de internación, lo que permitió generar intervenciones específicas para abordar estas problemáticas.

Otro caso relevante fue el de "JL", quien en el taller solía dibujar billetes detallados, afirmando que con ese dinero sería millonario. Debido a esta reunión, se comprendió que su fijación con el dinero estaba relacionada con la situación de abuso financiero que sufría por parte de su curador, el cuál se quedaba con la plata de su pensión. Esta información permitió trabajar la temática en el taller, abriendo nuevas posibilidades de producción y expresión.

En conclusión, el trabajo en los espacios artísticos no solo permite la expresión y la problematización de los sucesos vitales de los usuarios, sino que se configura como una herramienta terapéutica y de intervención para el proceso de rehabilitación. Estos espacios abren la posibilidad de resignificar experiencias, potenciar la creatividad como motor de transformación subjetiva y propiciar la emergencia de nuevos modos de habitar la realidad.

A través de la producción artística, los usuarios no solo encuentran un canal para comunicar aquello que en variadas ocasiones las palabras no logran expresar, sino que también generan lazos grupales que habilitan otras formas de vinculación y construcción de identidad. En este sentido, el arte dentro del Hospital no es solo un medio de expresión, sino una vía de resistencia ante la homogeneización del diagnóstico y el encierro, recuperando el protagonismo de los sujetos en la configuración de su propio devenir.

5.2 Mirada, escucha e identidad

Durante mi pasaje por el Hospital Vilardebó, participé como practicante de psicología en diferentes espacios y sectores. Uno de ellos fue la sala 12 de internación para hombres, donde en una ocasión, entrevistando a un usuario, este nos comenta: “Cuando estaba en la calle sentía que las personas no me veían, me empujaban como si no estuviera, como si no existiera” (Diario de campo 25 de Setiembre de 2023). En el momento pensé en variadas explicaciones para este acontecimiento: que podía estar bajo los efectos de alguna droga, que este malestar se debía a su patología, entre otras justificaciones. Sin embargo, reflexionando sobre la respuesta de este sujeto y pensando en otros usuarios del Hospital, me pregunté ¿es el único usuario que siente que no lo pueden ver? ¿Cómo son mirados los “enfermos mentales”? ¿O siquiera son mirados?

Reflexionando sobre estas interrogantes recuerdo haber escuchado en el transporte público, frases como “acá están los peores. Los peores de Uruguay” (Diario de campo, 10 de marzo de 2023), o a familiares de usuarios decir “creo que lo que más duele no son las personas que los miran con mala cara, sino la gran cantidad de personas que ni siquiera les dirigen una mirada” (Diario de campo, 18 de agosto de 2023).

García Badaracco (2006), menciona que socialmente el ‘enfermo mental’, ‘el loco’, es mirado como “todo enfermedad, todo locura” (p.2). Es enfermante para la persona, ser reducida a esa mirada que solo la percibe como ‘enferma’. Esta visión impide que se

reconozcan otras dimensiones de la persona, esa "virtualidad sana", todo lo que la identifica más allá de su diagnóstico.

Esta mirada reduccionista se refuerza en la existencia de hospitales monovalentes, los cuales agrupan a las personas con un criterio único de enfermedad, aislandolos y reduciendolos a la categoría de enfermos mentales. Este modelo ha sido cuestionado, reafirmando la necesidad de priorizar la hospitalización en hospitales generales en lugar de monovalentes, debido a la importancia de atender la salud de manera integral, permitiendo que las personas con sufrimiento psíquico puedan acceder a otros servicios médicos y estudios complementarios mientras transitan una hospitalización por salud mental.

La reducción de la salud mental a un sinónimo de enfermedad mental ha sido objeto de críticas desde diferentes enfoques. Como señala Fernández (2012), la salud mental no debe entenderse únicamente desde la lógica dicotómica de salud/enfermedad, sino como un proceso que integra componentes biológicos, subjetivos e histórico-sociales. Asimismo, se afirma que el sufrimiento psíquico no puede analizarse sólo en términos individuales, sino dentro del entramado social en el que se inscribe (Galende, 199, como se cita en Fernández, 2012). Desde esta perspectiva, las clasificaciones nosográficas, como el DSM o el CIE-10, presentan limitaciones al centrarse en la identificación de trastornos y no en la comprensión de los procesos de malestar psíquico en su contexto.

La noción de enfermedad mental ha sido históricamente comprendida dentro de un modelo biomédico que la inscribe en una lógica clasificatoria centrada en la identificación de trastornos y en la aplicación de criterios diagnósticos nosográficos. Con el tiempo, este término ha sido reemplazado por el de trastorno mental, que, si bien intenta desmarcarse de la idea de enfermedad, sigue anclado en una perspectiva reduccionista. Como señala Fernández (2012), el concepto de trastorno mental, promovido principalmente por el DSM y el CIE-10, responde a una lógica clasificatoria que busca delimitar síndromes mediante criterios diagnósticos, sin considerar las dimensiones subjetivas, históricas y sociales del sufrimiento psíquico.

En este sentido, aunque el término trastorno parece correrse de la idea de enfermedad, en la práctica sigue cumpliendo la misma función patologizante. La lógica dicotómica de salud/enfermedad no permite dar cuenta de la complejidad del sufrimiento mental, ya que el padecimiento psíquico no siempre encaja en categorías fijas. La clasificación de los malestares humanos en términos de trastornos refuerza el estigma y la medicalización excesiva, invisibilizando los factores sociales y culturales que inciden en su aparición (Augsburger y Gerlero, 2005, como se cita en Fernández, 2012)

Este estigma se refleja tanto en la sociedad como dentro de los propios hospitales psiquiátricos. Goffman (1961/2001) menciona que, una vez que una persona es internada, su estado social cambia y sus derechos se ven alterados, “Hasta que se internan, todo lo que hacen es normal” (p.134). En mi experiencia, esto se evidencia en múltiples ocasiones dentro del hospital psiquiátrico, donde los usuarios son ignorados o reciben malos tratos por parte del sistema médico y los profesionales de las salas, reforzando la lógica manicomial y el lugar subordinado que se les asigna dentro de la institución.

En base a esto, creo que una de las razones por la que los usuarios asisten a los grupos, es el papel crucial que juega la mirada en estos encuentros. ¿Qué importancia tiene la mirada?

Considero que el ser mirado es una afirmación a nuestra propia existencia. Si soy mirado existo, como transmite el usuario que siente que no existe porque en la calle no se siente mirado. Asimismo, la mirada ofrece el reconocimiento de los sujetos, de su valor como persona. En este sentido, Sartre (1993) plantea que la mirada del otro nos constituye, ya que al ser mirados tomamos conciencia de nosotros mismos como objeto de percepción ajena. También Lévinas (2000) resalta la importancia ética de la mirada del otro en la construcción del sujeto, destacando que solo en la relación con el otro podemos afirmar nuestra humanidad.

Por ello considero importante comprender que la identidad no puede quedar anclada a un diagnóstico, a la categoría de enfermo, ya que ahí se genera un abismo donde no visualizamos “los misterios de una historia, sus pesadillas y felicidades, la opacidad de su destino, su narrativa siempre incompleta” (Percia, 2008, p. 1). De esta forma con el encasillamiento, opacamos e invisibilizamos múltiples aspectos de la identidad de una persona.

En los talleres, algo recurrente es la necesidad de los usuarios en que los coordinadores miren sus obras, buscando la aprobación y valorización. Este comportamiento es similar al de los niños pequeños cuando, por ejemplo, dibujan algo y se lo muestran a sus familiares o a la maestra. En los encuentros los usuarios se dirigían frecuentemente a los coordinadores usando los términos “maestra” y “profe”. En el Espacio Creativo, esto sucedía con regularidad, como menciono en mi diario de campo

De vez en cuando (los usuarios) te llamaban para mostrarte cómo les estaba quedando, esperaban la aprobación de nosotras. Siento que ocupamos un rol de maestras o profesoras. De hecho hoy varias veces me dijeron maestra y profe. Es

interesante, porque a la maestra se la considera como una segunda madre (Diario de campo, 27 de noviembre de 2023)

Como mencionan Jarreau y Paín (1995), los niños crean obras destinadas a ser vistas y evaluadas estéticamente, esperando la admiración de los otros. En base a la aprobación o desaprobación de estas producciones, el niño va a realizar una clasificación de las características que tanto él como sus obras deben tener para ser aceptadas socialmente. En la adultez, esta necesidad de validación persiste, y en contextos de estigmatización, la mirada del otro adquiere un peso significativo en la autovaloración de los sujetos.

En los espacios artísticos, algunos usuarios preguntaban qué debían hacer, o querían plasmar una copia exacta de las imágenes de inspiración que les mostrábamos. Preguntaban si lo estaban haciendo bien o si nos gustaba lo que estaban creando. Ante esto, las coordinadoras decidimos incentivar a que creen lo que les parezca, guste o deseen, alentándolos en el proceso de producción. Esta dinámica, fomentaba la expresión personal, la creatividad y la experimentación. Además incidía en el autoestima y promovía el reconocimiento de otras facetas de su identidad, desafiando el encasillamiento de “enfermo mental” y resaltando la “virtualidad sana” de la persona.

En los distintos espacios artísticos, los participantes no solo son mirados por los coordinadores, sino también por sus compañeros. Esto en varias ocasiones, genera intercambios enriquecedores, promoviendo el fortalecimiento de lazos dentro del grupo. Sin embargo, este intercambio de miradas también puede generar resistencias. En una ocasión en el Espacio Creativo se propuso que cada participante, mediante alguna técnica artística produjera una obra representativa de sí mismo, que luego debía ser intercambiada con otro compañero. Este último debía intervenir la obra inicial según su interpretación. Se observó una resistencia a compartir las obras con los otros, e incluso algunos se retiraron del taller sin decir nada o expresando que no deseaban compartir. Otros aceptaron la propuesta de intercambio, generando un clima distendido y de compañerismo, celebrando las obras realizadas y agradeciendo las modificaciones aportadas por los demás.

Más allá de que compartir y socializar con otros se relaciona con las características personales de cada sujeto, en situaciones de mayor inestabilidad mental, la empatía y la conexión con el trabajo de los demás pueden resultar más complejas (Figuerola y Pérez, 2016).

En base a lo planteado anteriormente, me parece relevante enfatizar el papel fundamental de la mirada del otro. Como señala Percia (2008), “El rostro es eso que uno

olvida, relevado por la mirada del otro o el testimonio de los espejos” (p.1). En este sentido, resulta imprescindible reflexionar sobre lo que refleja la sociedad hacia las personas con sufrimiento psíquico, especialmente sobre quienes están internados en el Hospital Vilardebó. Tal como mencioné al inicio, lo que se refleja es miedo, disgusto, rechazo o, en el peor de los casos, la negación absoluta de su existencia a través de la indiferencia, donde no se devuelve ni el reflejo ni la mirada.

Compartir los talleres entre participantes y coordinadores, es fundamental para la construcción de la identidad de los sujetos, para reflejar otros aspectos que los componen, potenciando la visibilización de otras dimensiones identitarias. Como menciona Saavedra (2011) “sólo a través de la mirada de los otros, podemos construir una identidad compartible.” (p. 131).

El taller del Diario “Tras Bambalinas”, funcionó como un lugar donde los usuarios podían expresarse y dar voz a sus vivencias, intereses e inquietudes. El tema central de cada número del Diario, se elegía en base a los intereses de los participantes, que en muchas ocasiones se relacionaban con sus propias experiencias. Un ejemplo, fue el número sobre “Personas en situación de calle” que surgió debido a que muchos usuarios vivían en la calle y en refugios del estado. De esta forma pudieron plasmar sus vivencias, consejos y apoyo hacia otras personas que atravesaran situaciones similares.

Asimismo, el número sobre “8M día y mes de la mujer”, se centró principalmente en las vivencias que tuvieron las usuarias participantes del taller. En el número sobre reciclaje, las usuarias relataron sus experiencias como recolectoras y subrayaron la importancia de reciclar y cuidar el planeta, proponiendo que el Hospital adoptara prácticas de reciclaje. Cada número del diario, de este modo, se convirtió en un espacio para la reflexión y el debate sobre problemáticas de interés común, muchas de las cuales los usuarios estaban transitando, generando diálogos enriquecedores con compañeros y coordinadores. De esta forma, se genera un espacio donde poder darle voz a las vivencias de los usuarios, donde cobra importancia el reconocimiento del otro.

Finalmente, resulta relevante destacar la importancia de la mirada de los propios coordinadores y profesionales. Muchas veces, nosotros mismos nos quedamos atrapados en una mirada encasillada y estigmatizante, y asumimos de antemano lo que los usuarios pueden o no hacer, simplemente por tener un diagnóstico. En Dirección Nacional en Salud Mental y Adicciones (2018), se menciona que “nadie puede establecer de antemano lo que una persona puede, en tanto ello se va descubriendo en la experiencia compartida” (p.30). Un claro ejemplo de esto, es el ya mencionado más arriba sobre el usuario “J”, donde gracias a la problematización las coordinadores pudimos corrernos de la mirada de

estigmatización, infantilización y patologización, y reconocer la potencia del propio usuario, incentivando su autonomía.

En este sentido, es fundamental comprender que “las personas internadas en un hospital psiquiátrico cargan con las lápidas de sus diagnósticos (...) Identificaciones que se ofrecen como explicaciones empobrecidas de sus vidas.” (Percia, 2008, p.12). Si ampliamos la mirada y visualizamos otras dimensiones de la identidad y la vida de estos sujetos, así como si les ofrecemos una escucha genuina y atenta, podremos reconocer sus singularidades y necesidades más allá del diagnóstico. Esto no solo permite potenciar aspectos sanos, sino también favorecer procesos terapéuticos más integrales y humanizados.

5.3 El ocio y la productividad

Entrando al sector de usuarios masculinos, observo el patio y me doy cuenta que siempre están los mismos. Siempre los mismos rostros. ¿Dónde están los demás? Claramente acostados o dentro de las salas. Capaz alguno está tirado en el pasillo, o en el mejor de los casos, en algún taller. Menos mal que para el Espacio Creativo vamos a buscarlos a las salas, de lo contrario, siempre irían solo los que están en el patio. Recuerdo que en un grupo varios usuarios mencionaron que era un peligro ir por el patio. La mayoría solo va para usar el Mate Amigo y llenar el termo con agua. Según ellos, si salen les pegan, o como me decía uno: es para lío, me roban el tabaco, me roban la yerba. También mencionan que les disgustan las salas, aludiendo a que son deprimentes, no tienen nada para hacer y, además deben compartir el espacio con personas con las que no desean convivir. Estábamos por empezar el taller, cuando me pregunto ¿Por qué vienen los usuarios? ¿Qué representa este espacio para ellos? ¿y qué representa este espacio para mí? (Diario de campo, 31 de octubre de 2023).

Una de las problemáticas observadas en el Vilardebó es la forma en que los usuarios pasan sus días: acostados, durmiendo, encerrados en las salas de internación. En variadas ocasiones, cuando se les preguntaba por qué, mencionaban que no tenían ninguna actividad para realizar. Además, para muchos no era una opción ir al patio debido a los constantes robos de sus pertenencias (tabaco, mate, ropa, entre otras), y a las situaciones de violencia que allí ocurren.

A su vez, las actividades dentro del Hospital son acotadas para el gran número de usuarios que hay internados. Muchos de estos grupos y talleres se realizan en Centro Diurno, donde para asistir necesitan un pase otorgado por un profesional de la sala en la que se encuentra internado el usuario. Asimismo, los grupos que realizamos y menciono en este trabajo, son para un número reducido de participantes, ya que la infraestructura y el personal no son suficientes para llevarlos a cabo con mayor frecuencia o con más integrantes.

Por todo esto, considero relevante pensar la importancia de lo lúdico y lo recreativo, debido a que, como menciona Gadamer (1991), el divertimento y el juego son esenciales para nuestra existencia, y forman parte de nuestra cultura. Tener estos espacios son parte de nuestros derechos. Mediante el juego nos desarrollamos como personas y compartimos con otros. El juego es puro movimiento, y en entornos manicomiales, donde predomina la quietud, es fundamental generar vaivenes que nos muevan de espacios que parecen inamovibles. Mediante el arte, posibilitamos momentos de recreación en los que se construyen otras formas de transitar la existencia.

En varias ocasiones, algún usuario entraba solo a mirar, a escuchar la música de fondo o disfrutar de la tranquilidad del espacio. En la Asamblea sala 12, realizábamos una dinámica en la que cada usuario elegía una canción que le gustara o le recordara a un momento de su vida. Luego de escucharla y ver el videoclip proyectado, el participante explicaba por qué la había elegido, y los demás comentaban sobre la canción y su significado. En estos encuentros, otros usuarios de distintas salas se paraban afuera, mirando por las ventanas, escuchando las canciones y observando los videoclips, debido a que no podían ingresar. En muchos casos pedían para entrar, queriendo participar, pero se les explicaba que el espacio era destinado exclusivamente a usuarios de sala 12. Esto evidencia el valor de la recreación, fomentando el disfrute del tiempo libre, fortaleciendo la conexión grupal y social, y permitiendo el desarrollo subjetivo.

Asimismo, recuerdo un día de lluvia en Mariposa Azul, cuando decidimos suspender el taller del Diario porque las usuarias debían bajar una escalera y exponerse a la lluvia para llegar al espacio.

Estábamos editando el diario, no íbamos a realizar el taller, pero cuatro usuarias bajaron solas. Como el guardia las conoce y vio que estábamos adentro, las dejó pasar debido a que ellas estaban ansiosas porque no las fuimos a buscar y querían ir al taller. Se notó el interés y la importancia que le dan al espacio. Es increíble como se acuerdan del día y la hora en que lo realizamos, cuando la mayoría de

usuarios no saben en qué día y hora estamos. Siento que hay una necesidad de tener espacios de talleres, lugares donde se sienten bien o como dijeron ellas hoy:

-Este espacio me gusta porque ocupo la mente y me distraigo.

-Me gusta venir porque comparto con las compañeras.

-Yo acá aprendo muchas cosas (Diario de campo, 18 de abril de 2023).

Esta ocupación del tiempo se relaciona con la importancia del ocio que, como menciona Gómez et al. (2003), cumple funciones fundamentales de “salud, bienestar y socialización” siendo totalmente relevantes para la rehabilitación de personas con padecimientos psíquicos. Monteagudo (2008), recalca la importancia del ocio para mejorar la salud, incidiendo en “la percepción más o menos positiva que tiene esa persona, grupo o sociedad acerca de su bienestar y calidad de vida” (p.310). De esta forma, también se genera una apertura al accionar proactivo donde el sujeto es protagonista de sus propios cambios, crecimientos y avances, pudiendo generar formas novedosas de existencia.

De este modo, el tiempo libre de los usuarios puede experimentarse como un tiempo “muerto”, caracterizado por la pasividad de actividades como permanecer acostado en la cama, sentado en el pasillo, tomando mate o fumando. Esta experiencia temporal contribuye a la percepción de que tanto el tiempo como la internación son infinitos, lo que obstaculiza la capacidad de los sujetos para accionar sobre su propia vida. No obstante, cuando el ocio es aprovechado dentro de los grupos, se convierte en un recurso terapéutico, al ser utilizado activamente para la producción artística y el accionar de los participantes. En este contexto, el tiempo libre adquiere una función transformadora, ya que se orienta a la generación de efectos a nivel subjetivo, la construcción de vínculos grupales y la posibilidad de generar movimientos.

Pero no solo lo lúdico y los tiempos de ocio están en juego al momento de asistir a los talleres, también emerge la importancia de la productividad. A lo largo de mi experiencia en el Hospital, era recurrente que los usuarios que asistían a los espacios artísticos me hablaran sobre la importancia de ser productivos. Mencionaban la improductividad como un aspecto enfermante, generándoles sensaciones de inutilidad y de no aportar nada. Expresaban que asistían a los talleres para aprovechar el tiempo, llenar los espacios vacíos, sentirse útiles, que aportan en algo. Recordaban sus vidas cuando no estaban internados, cuando trabajaban, estudiaban o ayudaban con las tareas del hogar. La internación en el Hospital la sienten como un quiebre en sus vidas, en la capacidad de ser útiles para la sociedad, para la comunidad.

La productividad está ligada al sistema capitalista en el que vivimos. Producir se internaliza como un imperativo social. En este sentido, la productividad se convierte en una norma impuesta que valida la existencia humana en función de su capacidad para producir (Guattari, 1996). Sin embargo, también puede brindar un sentido de propósito. La pérdida de este sentimiento de utilidad podría generar un gran vacío.

Un ejemplo de esto, fue el usuario “D” que luego de jubilarse comenzó a experimentar un gran sufrimiento psíquico al no encontrar cómo ocupar su tiempo ni sentirse útil para alguien más o para la sociedad. Participar en los talleres fue clave en su rehabilitación, permitiéndole redescubrir una forma de sentirse productivo. De esta forma al momento del alta médica, su participación en estos lugares ayudó a reflexionar sobre su egreso, buscando espacios de talleres cerca de su hogar.

En un grupo por el mes de la salud mental, leímos que la Organización Mundial de la Salud (s.f.) la define como “un estado de bienestar que permite a las personas: Desarrollar su potencial, Afrontar las tensiones de la vida, Trabajar de manera productiva, Contribuir a su comunidad.” (párr. 1).

Ante esto se generó un intercambio entre los usuarios:

-¿Qué se entiende por trabajo productivo?

-Ser funcional al sistema.

-Desarrollar metas potenciales: es como que tenés que destacar en algo. Es impuesto por la sociedad, no me gusta.

-Sí o sí tenés que ser bueno para algo, si no sos un enfermo mental.

-Si no destacás sos un mediocre (Diario de campo, 6 de octubre de 2023).

Frente a esto, recalcan la importancia de asistir a espacios de talleres, donde se les permite crear o producir, ya que de esta forma sienten que son productivos, útiles y valorados. Como mencionó un usuario en uno de los encuentros del taller del diario del Hospital “Es como un trabajo. O por lo menos ocupás tu tiempo, hacés algo” (Diario de campo, 23 de octubre de 2023).

La creación artística, la escritura en el Diario o la selección de canciones en la Asamblea Sala 12 generan en los usuarios un sentimiento de utilidad. Estos grupos existen gracias a sus participantes, cobrando sentido la importancia de sus producciones. Como menciona Arendt (1958/2005) “El trabajo y su producto artificial hecho por el hombre,

concede una medida de permanencia y durabilidad a la futilidad de la vida mortal y al efímero carácter del tiempo humano.” (p. 22), de esta forma las producciones cobran importancia ante la impermanencia y lo efímero de la vida, el proceso creativo es una forma de prevalecer en el tiempo, de trascender ante la inmanencia de la existencia.

La satisfacción sentida por los usuarios, tiene que ver con lo significativo del trabajo logrado, de ser útil para un espacio y para la creación de una obra. La productividad tiene relación con el esfuerzo dedicado en lo producido y la validación del grupo hacia ese producto. A su vez, la importancia se logra en el proceso de aprendizaje, que día tras día se va generando (Sennett, 2009).

En este sentido, los grupos no solo fomentan la expresión y el disfrute, sino que también permiten resignificar el tiempo y el ser en el mundo. La posibilidad de crear, compartir y participar en un proceso colectivo contribuye a la construcción de nuevas narrativas subjetivas, alejadas del estigma y la pasividad impuesta por la institucionalización. De este modo, el ocio y la productividad en estos espacios no solo cumplen una función recreativa, sino que se transforman en herramientas de agencia y reconstrucción identitaria, habilitando a los usuarios a imaginar y proyectar otras formas de estar y habitar su realidad.

6. Líneas de fuga en espacios de encierro: tensiones y resistencias

¿Qué potencialidades tienen estos espacios que intentan escapar de la lógica manicomial? A lo largo de mi experiencia como practicante en psicología, tuve la oportunidad de aproximarme a las dinámicas de un hospital psiquiátrico de estas características. Reflexionando sobre las palabras que más resuenan al pensar en este espacio, emergen dos nociones fundamentales: el encierro y lo que ha quedado en el tiempo. La huella de lo antiguo se refleja no solo en la arquitectura—las baldosas gastadas, las estatuas en ruinas, la capilla deteriorada, los techos altos y la vegetación que invade los muros—sino también en las prácticas cotidianas naturalizadas por los propios trabajadores.

En mi diario de campo menciono que “cuando las cosas quedan estáticas, se reproducen las lógicas manicomiales. El movimiento es una condición necesaria para evitar la cristalización de estas prácticas” (Diario de campo, 13 de octubre de 2023). En este sentido, es pertinente preguntarse: ¿qué movimientos se han generado en los talleres? Reflexionar sobre estos espacios implica reconocer su potencial transformador sin caer en una visión dicotómica. No se trata de una oposición de lógicas, sino de una red compleja de líneas que se cruzan, se entrelazan y se deshacen, componiendo y descomponiendo, generando aperturas y cierres. Si bien en estos talleres se han producido fugas de lo instituido, también es necesario cuestionar en qué medida persisten ciertas estructuras y lógicas manicomiales.

Como menciona Deleuze (1989), las líneas de fuga emergen como desplazamientos que se sustraen de las relaciones de fuerza establecidas, desafiando los saberes constituidos. A su vez, Deleuze y Guattari (1980/2002) advierten que estas líneas no son sólo “fenómenos de resistencia o de respuesta, sino máximos de creación y de desterritorialización” (p.153). La creación, entendida como movimiento, permite la emergencia de nuevos territorios existenciales y la ruptura con los sedimentos que sostienen las estructuras instituidas. Por ello la importancia de los talleres como espacios de creación y conexión.

No obstante, estas fugas no se dan en abstracto, sino que tienen efectos concretos en quienes participan de estos espacios. Durante los talleres, los usuarios describieron estas experiencias como momentos de bienestar, conexión y tranquilidad. Sus propias palabras reflejan cómo estos espacios se diferencian del resto del hospital y habilitan otro tipo de vivencias, como se puede encontrar en diferentes momentos de mi diario de campo: “Es algo diferente, fuera de lo común, por eso me gusta (el espacio). Se forma una

armonía”, “Hay muy buena onda, ustedes son buena onda”, “esto sirve para bajar la ansiedad”, “Tendría que haber más talleres distintos todos los días. Estos nos conectan con lo sano, lo libre, hacer amigos, con la gente”, “es agradable hacer algo, para ir matando el tiempo. No estar tanto en la celda. Me gusta hacer cosas.”, “Me gusta por la tranquilidad”, “Algo más de libertad por el momento que estoy pasando ahora”, “Nos vamos contentos y más tranquilos”, “Mejor estar en un lugar como este, y no en los pasillos o la sala que hay lío”, “Me encantó, pudimos hablar tranquilos”, “Estuvo lindo el taller. Yo le digo a los compas que participen de los talleres, porque a veces andan aburridos caminando con pensamientos malos.”, “Esto está cada vez mejor (dijo hoy un usuario porque prendimos un palo santo)”.

Estos testimonios evidencian que los talleres logran abrir fisuras dentro de la institución, habilitando experiencias que escapan, aunque sea momentáneamente, de las lógicas del encierro, el control y su reproducción. En un contexto donde la deshumanización y la rutina hospitalaria predominan, estos espacios permiten el encuentro con lo otro: con el arte, con la palabra, con el juego, con los vínculos. Pero, al mismo tiempo, habilitan la pregunta sobre los límites de estas fugas. ¿En qué otros espacios podrían realizarse estos talleres? ¿No sería más adecuado que se llevaran a cabo fuera de los muros del hospital, en contacto con la comunidad?

Una de las cuestiones fundamentales en el Hospital es el desgaste profesional en los equipos técnicos. A lo largo del año, varios funcionarios expresaron que trabajar con esta población resulta extremadamente agotador. Muchos describían la sensación de que los pacientes les “chupaban la energía”, comparándolos con vampiros, y señalaban un desgaste derivado de la exigencia de prestar su psiquismo ante el deterioro psíquico de los usuarios. Esto generaba un cansancio recurrente, pero ¿el desgaste será por la población o por el sostén de las lógicas inherentes a la institución psiquiátrica?

Según Bibbó (2015), la angustia en las instituciones es algo natural que opera en interjuego con el deseo. Puede promover la transformación y ser motor para actuar. Pero cuando el sufrimiento impide el movimiento del equipo y no se reconoce, se vuelve una traba para el trabajo institucional, generando un estancamiento y naturalización de las prácticas cotidianas. Este malestar no reconocido, se torna patológico y provoca que se pierda “la capacidad de pensar, deteriorándose el funcionamiento y el logro de las metas definidas por la tarea primaria” (Bibbó, 2015, p.5).

Asimismo, Ulloa (2011), menciona el concepto de “mortificación” relacionado con lo “mortecino, por falta de fuerza, apagado, sin viveza, en relación con un cuerpo agobiado por la astenia...” (p. 239). Esto lo podemos relacionar con el estado de fatiga crónica,

malhumor, angustia y resignación que tienen los funcionarios del manicomio, donde los sujetos “se encuentra(n) coartado(s), al borde de la supresión como individuo pensante” (p. 239).

A lo largo de mi práctica, pude observar esta incapacidad de pensar en distintos sectores del hospital. Muchas prácticas se perpetúan sin ser cuestionadas, incluso cuando los propios usuarios las critican o denuncian. Además, noté una marcada resistencia a la formación teórica: estudiar, leer y problematizar textos en conjunto se percibe como una actividad ajena al trabajo, una pérdida de tiempo. Las escasas reuniones de equipo tienen un carácter meramente informativo, sin espacio para la reflexión. Esta falta de problematización no solo impide la transformación, sino que también contribuye a la apatía y a la indiferencia hacia nuevas ideas.

Sin embargo, en los talleres en los que participé se generaba un bienestar que no solo impacta en los usuarios, sino también en los funcionarios. En un contexto laboral marcado por la sobrecarga, la falta de cuestionamiento y la naturalización de las prácticas, los talleres funcionan como instancias de respiro y reconexión con la dimensión más humana del trabajo en salud mental. Al bordear las lógicas manicomiales basadas en la violencia, la estigmatización, el control y la jerarquización, se produce un cambio en el clima emocional, generando una sensación de gratificación. Sin embargo, para sostener estos espacios y evitar que sean absorbidos por las dinámicas instituidas, es necesario un ejercicio constante de reflexión sobre las propias prácticas: preguntarnos por qué hacemos lo que hacemos, cómo lo hacemos y qué efectos genera en quienes participan.

Un aspecto relevante de estos espacios fue la llegada de practicantes y residentes de psicología. Nuestra participación permitió construir una mirada poco naturalizada sobre las prácticas cotidianas, sobre la violencia, el hastío, la falta de escucha hacia los usuarios, la ausencia de problematización de las intervenciones y el desgaste emocional de los funcionarios. Así, la interpelación de nuestras propias actitudes y de lo generado en los encuentros, produjo el movimiento de las lógicas establecidas.

Sin embargo, esto no se trata de una concepción binarista donde se está en un extremo de fugas o en otro de estratos, sino que son líneas que van enlazándose y generando diferentes aperturas y cierres.

Por ello es importante permitir la apertura hacia nuevos territorios, como mencionan Deleuze y Guattari (1980/2002), las líneas de fuga permiten “fragmentar los estratos, romper las raíces y efectuar nuevas conexiones.” (p. 20). Esto no quiere decir romper con todo lo establecido, sino que se generan aperturas, pequeñas luces que se expanden por

estas lógicas manicomiales. De este modo, los modos de relacionamiento en estos espacios tienden a volverse más empáticos, horizontales y abiertos a la escucha. Se genera un ida y vuelta de gratitud, donde los participantes valoran el espacio y los coordinadores encuentran en ellos una razón para sostener los talleres. Estas pequeñas rupturas son las luces que emergen en la oscuridad, las líneas de fuga que permiten vislumbrar otras formas posibles de habitar y vincularse dentro de la institución. Siguiendo a Didi-Huberman (2012), “las resistencias tienen que ver con iluminar la noche con algunos resplandores de pensamiento” (p. 21).

Pero estas desviaciones no solo dependen de la apertura de los funcionarios, sino también de los propios participantes de los talleres. En palabras de Didi-Huberman (2012), “los seres humanos se vuelven luciérnagas: seres luminiscentes, danzantes, erráticos, inaprehensibles y, como tales, resistentes ante nuestra mirada maravillada” (p.16). Estas pequeñas luces, aunque a veces invisibilizadas por la sociedad, insisten en brillar. En un espacio donde predomina la resignación, se vuelven esenciales las prácticas que generan movimiento, que abren la posibilidad de lo nuevo, que invitan a buscar activamente esas luces y, sobre todo, a no dejar de seguirlas.

Es un escape, pero también un deseo. Las líneas de fuga emergen de diagramas de deseo que posibilitan otras formas de vivir la vida, otras maneras de existir. Son pequeñas luces de esperanza en lugares tan oscuros, que arrastran formas antiguas y anticuadas de abordar el sufrimiento psíquico.

Es importante comprender que estas pequeñas luces de resistencia a menudo pasan desapercibidas para la sociedad. En estos espacios manicomiales se encuentran aquellos que no se adaptan al sistema, lo que la sociedad prefiere no ver. En una población con tantas luces invisibilizadas, estos tenues destellos muchas veces quedan fuera de la mirada. Como menciona Didi-Huberman (2012), las luces de las luciérnagas, estos pequeños focos de resistencia, “<desaparecen> en la sola medida en que el espectador renuncia a seguirlas. Desaparecen de su vista porque se queda en su lugar, que no es ya el lugar adecuado para percibirlos” (p.35).

Por eso, en estos lugares, es fundamental buscar y generar estos focos de resistencia ante prácticas instauradas que generan sufrimiento tanto en funcionarios como en usuarios. Se vuelve una necesidad “abrir los ojos en medio de la noche, desplazarse sin descanso, ponerse a buscar luciérnagas” (Didi-Huberman, 2012, p.36) para pensar dispositivos alternativos que no sigan instaurando las mismas lógicas manicomiales del Hospital. Alternativas, que vayan en consonancia con lo establecido por la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017).

7. Consideraciones finales

Este trabajo ha sido una oportunidad para reflexionar sobre mi experiencia como practicante en el Hospital Vilardebó, especialmente en la coordinación de tres grupos que, desde el arte y la expresión, intentaron generar espacios alternativos dentro de una institución regida por lógicas manicomiales. A lo largo del análisis, ha quedado en evidencia cómo estos espacios pueden operar como dispositivos de resistencia y fuga frente a las formas tradicionales de atención en salud mental, aunque no sin tensiones y contradicciones.

Esta práctica me permitió conectar con una realidad que desconocía. Como bien sabemos, los medios de comunicación y la falta de información sobre lo que ocurre en el Vilardebó, han generado una visión “terrorífica” sobre las personas que se encuentran internadas en el establecimiento. Fue relevante generar una apertura a la problematización y entendimiento de las dinámicas institucionales, así como ampliar la mirada desde la empatía y la humanidad desde mi rol de practicante de psicología.

Este escrito, surge desde el desafío de desnaturalizar y cuestionar prácticas tan arraigadas en la institución. De esta manera pude generar movimientos que me permitieron buscar nuevas formas de llevar a cabo el rol de coordinadora en los grupos y de entender la salud mental. Como menciona Didi-Huberman (2018) “Un ser en devenir no podría reflejarse en imagen fija y duradera, en imagen de un acá. Le es necesario, pues, el *movimiento*, la metamorfosis: flujos refluyentes, protensiones supervivientes, retornos intempestivos” (p.140). Por lo tanto, es relevante generar estos movimientos que permitan buscar nuevas formas de ejercer la psicología.

Para ello, algo significativo para nuestro rol, es lo que Rodríguez Nebot (2010) llamó la clínica móvil. Él menciona la existencia de dispositivos cerrados donde el profesional iría con intervenciones y afirmaciones preconcebidas y prediseñadas. A mi parecer, esto obstaculizaría las intervenciones y el aprendizaje, debido a que este modelo no permitiría la construcción colectiva e inmanente que requieren las prácticas psicológicas. Por otro lado, el autor menciona un modelo de trabajo diferente que es el de la clínica móvil, que “tiene una característica esencial, la de no presuponer un espacio diagramado de antemano” (Rodríguez Nebot, 2010, p. 27). Cada situación a abordar es particular y diferente, cada usuario tiene su historia y singularidad, cada grupo es una multiplicidad que no se encuentra preestablecida de antemano, no se puede diagramar previamente las intervenciones a realizar. Creo que es fundamental abrirse a cada cada situación, teniendo la apertura y

empatía para escuchar y acompañar. Hay que pensar antes de actuar, estar disponible. En consonancia con esto, Rodríguez Nebot (2010) trae la idea de estar a la “deriva” que sería “dejarse llevar por la fuerza genética del discurso y de la acción sufriente del paciente, pero es un dejarse llevar con monitoreo y con direccionalidad” (p.38).

Asimismo, uno de los principales aprendizajes de esta experiencia ha sido la importancia de los grupos como instancias de subjetivación y vinculación dentro del hospital. En un contexto donde los usuarios suelen ser reducidos a etiquetas diagnósticas, medicalizados y encerrados en dinámicas de control, los grupos ofrecieron la posibilidad de que se expresaran desde otros lugares. En múltiples ocasiones, se evidenció cómo la producción artística, la palabra y el intercambio grupal se convirtieron en herramientas para recuperar aspectos identitarios que habían sido invisibilizados por las lógicas manicomiales, logrando visibilizar nuevas formas de existencia.

Por ello, es esencial proporcionar una mirada y escucha atenta dentro de estos espacios para el reconocimiento de los otros, y para generar modos horizontales de trabajo, comprendiendo la importancia de la participación activa de los usuarios. Como menciona Percia (2004), “Tal vez acompañar es hacer experiencia del no control” (p.35), es construir y crear con los usuarios, soltando el control, y dando apertura al fluir y al acontecer grupal.

En términos de resistencia y fuga, los grupos analizados demostraron que es posible generar dinámicas alternativas dentro de la institución, aunque siempre en tensión con las lógicas instituidas. Estos grupos habilitaron espacios de expresión que generaron aperturas y movimientos, que cuestionaron las lógicas manicomiales. Sin embargo, también se evidenció que estos espacios continúan inscriptos dentro de la estructura manicomial, lo que plantea interrogantes sobre su verdadero potencial transformador. ¿Hasta qué punto pueden realmente operar como dispositivos de resistencia si dependen de la estructura institucional para existir? ¿Cómo evitar que las alternativas novedosas no perpetúen las lógicas manicomiales?

En este sentido, la desinstitucionalización no puede ser entendida únicamente como el cierre de los hospitales psiquiátricos, sino como un cambio profundo en la manera en que concebimos la salud mental y el sufrimiento psíquico. Es necesario repensar los dispositivos de atención desde una lógica que no reproduzca la exclusión, la violencia y la dependencia, sino que promueva espacios de cuidado basados en el reconocimiento del otro y en la construcción colectiva de sentido.

Finalmente, este trabajo ha sido una invitación a pensar en la potencia de lo común en los espacios de salud mental, en la posibilidad de generar encuentros que sostengan la

multiplicidad sin reducirla a una homogeneización. Como mencionan Deleuze y Guattari (1980/2002), las líneas de fuga no solo son formas de resistencia, sino también de creación. En este sentido, la existencia de pequeños focos de resistencia dentro de la institución nos recuerda que, incluso en los contextos más rígidos, siempre es posible imaginar y construir otras formas de habitar el mundo. Como mencionó una funcionaria “es preferible soñar un poquito, porque si no soñamos ¿qué hacemos acá?” (diario de campo, 4 de mayo de 2023).

8. Referencias bibliográficas

- Alvárez, C., Sosa, A., Vacarezza, M. y Vignolo, J. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- Alzate, T., Morales, R. y Puerta, A. (2008). Una mediación pedagógica en educación superior en salud. El diario de campo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47(4), 1-10. <https://rieoei.org/historico/deloslectores/2541Alzate.pdf>
- Apud, I., Borges, C. y Techera, A. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Universidad de la República, Unidad de Comunicación, Departamento de Publicaciones. DOI:[10.13140/2.1.1347.4242](https://doi.org/10.13140/2.1.1347.4242)
- Arendt, H. (2005). *La condición humana*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1958).
- Augsburger, A. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médico sociales*, (81), 61-75. <https://www.latindex.org/latindex/ficha/5418>
- Baroni, C. (2023). *Una cartografía antimanicomial. Historias de la locura en Uruguay (1985-2017)*. Universidad de la República.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Topía.
- Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A. y Muniz, A. (s.f.). *Primer Congreso Latinoamericano de salud: determinantes sociales y participación ciudadana Formación de psicólogos para el sistema de salud. Programa de Practicantados y Residencias*. Facultad de Psicología de la Universidad de la República. https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20-%20Bianchi%20-%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf
- Bibbó, L. (2015). *Expresiones de la angustia en los equipos técnicos: el sufrimiento institucional*. <https://vidayeducacion.files.wordpress.com/2016/10/expresiones-de-la-angustia-en-los-equipos-luis-bibbo.pdf>

- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2 (2), 22-51.
<https://www.relmeecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/RELMECSv02n02a03>
- Carrizo, L. (2010). Interdisciplinariedad y valores. En T. Bernardo y A. Tallone (coords.), *Educación, valores y ciudadanía* (pp. 171-185). Organización de estados iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura.
<https://oei.int/wp-content/uploads/2012/06/valoreesm.pdf>
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Desclée de Brouwer.
- Deleuze, G. (1989). ¿Qué es un dispositivo?. En E. Balbier et al., *Michael Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Gedisa.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-textos. (Trabajo original publicado en 1980).
- D'Antoni, M., Dinartes, A. y Molina, L. (s.f.). *¡Lógicas manicomiales! ¿Y tú psicología qué tienes que decir al respecto?, te lo pregunto desde mi dolor*.
<https://www.psico.ucr.ac.cr/images/Documentos/Ponencias/Mesa13/4.pdf>
- Didi-Huberman, G. (2012). *Supervivencia de las luciérnagas*. Abada.
- Didi-Huberman, G. (2018). *La imagen superviviente. Historia del Arte y tiempo de lo fantasmas según Aby Warburg*. Abada.
- Di Paola, S. y Roldán, D. (2024). *Esto no es un secreto: la asamblea como instrumento clínico*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
<https://www.aacademica.org/000-048/541>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). *Arte y salud mental*. Ministerio de salud y desarrollo social. Presidencia de la Nación.
- Duffau, N. (2022). El “gran encierro” en Uruguay: del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó, 1860-1950. *Históricas Digital, Instituto de Investigaciones Históricas*, 7, 239-274.
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

- Etcheverry, G. (2011). *Breve ensayo: no hay palabras para todo*. [Maestría en Psicología Social, Universidad de la República].
https://www.academia.edu/4488551/No_hay_palabras_para_todo
- Etcheverry, G. (2022). *Trazos acerca de la producción de lo común en la grupalidad*. Conferencia Inauguración Actividades Académicas 2022. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Fernández, A. (1989.). *El campo grupal : notas para una genealogía*. Nueva Visión.
- Fernández, B. (2012). Salud mental: un concepto polisémico. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 7 (2), 1-10
<https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/65>
- Figueroa, L. y Pérez, V. (2016). *De mi for you. Proyecto artístico de colaboración internacional entre personas afectadas por trastorno mental grave*. Complutense.
<https://doi.org/10.5209/ARTE.54115>
- Gadamer, H. (1991). *La actualidad de lo bello*. Paidós.
- García Badaracco, J. (2006). *Virtualidad Sana*.
<https://es.scribd.com/document/371522245/Virtualidad-Sana-Dr-Jorge-Garcia-Badaracco>
- Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961).
- Gómez, O., Sánchez, M., Sanz, M. y Rullas, M. (2003). Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 35-45.
<https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/80948.pdf>
- Guattari, F. (1996). *Las tres ecologías*. Pre-Textos.
- Departamento de Estadística Hospital Vilardebó. (2022). *Estadística Vilardebó*. Documento de trabajo.
- Jarreau, G. y Paín, S. (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Nueva visión.
- Jasiner, G. (s.f.). *Los grupos, hoy*. Instituto de Investigaciones Grupales.
<https://silviamuzlera.wordpress.com/documentos/>

- Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito*. La balsa de la medusa.
- Martínez Dibarboure, F. (2020). 140 años de historia del Hospital Vilardebó. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 15(2), 1-13.
<https://portal.issn.org/resource/ISSN/2301-0371>
- Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). *Centro de referencia nacional en alteraciones mentales: Hospital psiquiátrico Vilardebó*
<http://guiaderecursos.mides.gub.uy/93009/centro-de-referencia-nacional-en-alteraciones-mentales:-hospital-psiquiatrico-vilardebo>
- Monteagudo, M. (2008). Consecuciones satisfactorias de la experiencia psicológica del ocio. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 8(2), 307-325.
<https://portal.issn.org/resource/ISSN/1518-6148>
- Montero, P. (2005). Cassirer y Gadamer: El arte como símbolo. *Revista de Filosofía*, 23(51), 58-69.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-11712005000300004&lng=es&tlng=es.
- Muniz, A. (2013). *Propuesta de Especialización de Psicología en Servicios de Salud*. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/2017-02/especializacion_en_psicologia_en_servicios_de_salud.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud Mental*.
https://www.who.int/es/health-topics/mental-health?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1
- Padrón, M. (2017). *FISURAS: Elementos para un análisis de los dispositivos manicomiales desde la antropología de la dominación*. Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Caribenha.
<https://dspace.unila.edu.br/server/api/core/bitstreams/fa9693c0-6b34-4882-8237-74c0aeb9642f/content>
- Percia, M. (2004). *Deliberar la psicosis*. Lugar.
- Percia, M. (2008). *Los hombres de Open Door. Apuntes sobre el rostro de la locura*.
- Pichon-Rivière, E. (2011). *El proceso grupal*. Nueva Visión. (Trabajo original publicado en 1977).

Rodríguez Nebot, J. (2010). *Clínica y subjetividad*. Psicolibros Universitario.

Saavedra, F. (2011) Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 18(1), 121-139. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138054008>

Sartre, J. (1993). *El ser y la nada*. Altaya.

Sennett, R. (2009). *El artesano*. Anagrama.

Ulloa, F. (2011). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Libros del Zorzal.

Uruguay (2017, setiembre 19). *Ley n° 19.529: Ley de salud mental*.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por,en%20el%20marco%20del%20Sistema>

Zito Lema, V. (1993). *Conversaciones con Enrique Pichon-Riviére sobre el arte y la locura*. Cinco.

9. Anexos

Anexo A: puerta del espacio de “Sala 14” destinado a las actividades con hombres internados.



Anexo B: “Mariposa Azul”, lugar destinado a las actividades con mujeres internadas.



Anexo C: Taller del diario del hospital con hombres internados.



Anexo D: Tapa del diario del hospital creada por las usuarias del taller.



Anexo E: Asamblea Sala 12.



Anexo F: Espacio creativo.

