



## ***Trabajo Final de Grado***

***Espacio en sala 26 del Hospital Vilardebó***

Docente tutor: Prof. Adj. María Mercedes Couso Lingeri

Autor: Pablo Diego Speyer Silva C.I: 4.550.910-0

Montevideo, 30 de octubre de 2015.

## Índice.

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Justificativa.....	4
Objetivos planteados y preguntas pertinentes.....	7
Acerca de la Locura.....	9
Descripción de la actividad.....	12
Análisis de la experiencia con articulación conceptual.....	16
A modo de conclusión.....	26
Referencias bibliográficas.....	27

## **Resumen.**

El siguiente trabajo pretende dar cuenta de una intervención que, a lo largo de un año, se realizó en el Hospital Vilardebó como parte del Programa de Practicantes y Residentes enmarcado en un convenio entre Facultad de Psicología y ASSE.

La intervención a presentar será la actividad que denominamos “Espacio en sala 26”. Una actividad que surge por las necesidades percibidas a partir del trabajo individual con usuarias de esa sala. Se trata de un dispositivo grupal abierto.

En el inicio del trabajo, se contextualizará la práctica en el convenio y el Servicio de Salud. Así mismo, se justificará la actividad y se presentarán los objetivos e interrogantes planteados para la realización de la misma. Finalmente, se historizará brevemente sobre la concepción de Locura y se desarrollará lo realizado en la intervención con articulación conceptual.

**Palabras clave:** Intervención. Hospital. Locura.

## **Introducción.**

La presente producción surge como una de las modalidades del trabajo final de grado de la Facultad de Psicología (Universidad de la República). La misma consiste en realizar una reflexión conceptual acerca de una intervención psicológica desarrollada en un Servicio de Salud, enmarcado en el Programa de Practicantes y Residentes.

Dicho programa se establece mediante un convenio entre Facultad de Psicología y ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado). El convenio propone aunar esfuerzos de ambas instituciones para la formación de recursos humanos, así como también para la producción de conocimientos psicológicos en el campo de la salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya.

El Programa del Practicantado cuenta con la distribución de practicantes en diversos Servicios de Salud: Policlínicas periféricas, Centros de Rehabilitación, Hospitales Generales y Hospital Psiquiátrico. Se abarcan los tres niveles de atención en salud y se desarrolla tanto en Montevideo como en el Interior del país. El contrato tiene una duración de un año y se requieren 25 horas de trabajo semanal y 15 horas de formación académica.

Los objetivos del dispositivo académico son: contribuir al proceso de aprendizaje de los practicantes, orientándolos académicamente en la reflexión sobre las prácticas y la incorporación de herramientas conceptuales y técnicas pertinentes para su desarrollo. A su vez, se busca promover espacios de sostén, intercambio y aprendizaje colectivo, estimulando así, la cooperación y el trabajo en equipo. Por último, favorecer la delimitación de problemáticas de interés académico que posibiliten enriquecer y profundizar el proceso de cambio de modelo de atención en el marco de la reforma de la salud.

## **Justificativa.**

A partir del Programa de Practicantes y Residentes, comienza el Practicantado en setiembre de 2014 y finaliza en setiembre de 2015. Particularmente, elegí realizar la pasantía en el Hospital Vilardebó junto a otros tres practicantes. Este es el único Hospital Psiquiátrico público de referencia de pacientes agudos del país. Se inauguró el 21 de mayo del año 1880 y se ubica en el barrio Reducto de la ciudad de Montevideo.

Actualmente se trabaja con usuarios que presentan diferentes patologías mentales brindándose una atención tanto a nivel asistencial como de tratamiento y rehabilitación. Para estos abordajes, el Hospital cuenta con diferentes sectores y a su vez brinda diversos servicios: Sector de emergencia, salas de internación de hombres y mujeres, salas de seguridad (usuarios judiciales), actividades de rehabilitación en etapa de internación (Sala 14 y espacio en salas de mujeres), actividades de rehabilitación en Centro Diurno (usuarios ambulatorios), Equipo de Egreso Asistido y Policlínica.

Los practicantes nos integramos en 4 ámbitos de trabajo. Se determinó trabajar en duplas, dividiendo dos lugares para cada dupla y manteniendo los mismos durante todo el año. Una de las duplas, trabajó en la sala 8 del sector de hombres y en el espacio de rehabilitación en salas de mujeres. La otra (en la cual participé), trabajó en la sala 26 del sector de mujeres y en el equipo de Egreso Asistido (UCEA, Unidad de Coordinación de Egreso Asistido). Los lugares seleccionados se asignaron en función de los referentes psicólogos que estaban disponibles en los sitios mencionados.

Las tareas en las salas de internación (salas 8 y 26) consistieron en el seguimiento de usuarios con diversos diagnósticos y problemáticas. Derivados por los psicólogos referentes de cada sala, se intentaron trazar objetivos específicos en referencia a la adhesión al tratamiento. Dependiendo de cada situación se podía intervenir de diferentes maneras, buscando propiciar que surjan los aspectos más vitales y productivos en cada caso.

El espacio de rehabilitación en salas de mujeres (que incluye todas las salas del sector) consistía básicamente en un espacio libre, en el cual la idea era dejar que las usuarias puedan expresarse mediante dibujos, pinturas, recortes o lecturas.

El trabajo en el equipo de UCEA consistió en el seguimiento a usuarios que se encontraban por egresar o ya habían egresado. Se trabajó con ellos las diferentes posibilidades de egreso para que puedan reinsertarse al núcleo familiar y a la sociedad. A su vez, intentar

instrumentar proyectos de inserción laboral.

Percibiendo las necesidades de los usuarios, se generó la idea de crear dos propuestas por parte de los practicantes:

Cine - Foro: Se decidió realizar cada quince días un encuentro en el comedor del Hospital donde, tanto los usuarios del sector femenino como del sector masculino, pudieran mirar una película y luego proponer una etapa de debate acerca de la misma. Consideramos necesario generar espacios de socialización entre los usuarios debido a las rutinas que este tipo de instituciones establecen en la vida de las personas. La proyección de una película nos pareció una actividad que, a su vez, puede dar una reflexión acerca de las situaciones vitales de las personas. Es importante aclarar que la estructura del Hospital separa el sector masculino del femenino. Es así que, los usuarios, no tienen actividades en conjunto, ni siquiera a la hora del almuerzo. Esta actividad intenta articular el respeto y el espacio del otro en relación al género, como forma también de respetar los límites y la socialización.

Espacio en sala 26: Me detendré en particular sobre la segunda propuesta que decidimos llevar a cabo junto con mi compañera de dupla. La misma se realizó tomando como punto de partida el trabajo de rehabilitación a cargo del Lic. Alfredo Perdomo junto con los otros dos practicantes. Esta se enmarca en el programa Puertas Abiertas creado en el año 1993 por el Lic. Raúl Penino. Se realiza en una sala pequeña, la cual es destinada para distintas actividades.

A raíz del transcurso de esta actividad, se percibió la importancia y trascendencia en profundizar la misma en el pasillo de la sala 26 del sector de mujeres.

Se desprenden dos interrogantes: ¿Por qué en la sala 26? y, a su vez, ¿Por qué en el pasillo?

La referente psicóloga de la sala 26, Lic. Geraldina Pezzani, nos brindó la posibilidad de trabajar en la clínica individual con pacientes. Es en la observación y la escucha que se perciben características y dificultades que presentaban las usuarias: deterioro físico y mental, falta de movimiento y dificultad en salir de la sala. A su vez, en la conversación con nuestros compañeros practicantes, vemos como las usuarias de la sala 26 concurrían de manera escasa al espacio de rehabilitación. Teniendo en cuenta estos aspectos, es que se propone el pasillo de la sala como un lugar alternativo (a la sala), para una actividad grupal que las rescate del retraimiento. Entendemos que este movimiento implica intentar ampliar el campo de referencia, pudiendo integrar el afuera.

El “Espacio en sala 26” surge así. Implica brindar un ámbito diferente, en el cual se intenta poder salir por un momento de la lógica institucional y la vida rutinaria que impone a los clínicos, como a los usuarios, el funcionamiento manicomial.

## Objetivos planteados y preguntas pertinentes

### Objetivo general:

- Presentación de la actividad realizada en el “Espacio en sala 26” del Hospital Vilardebó con la articulación teórica correspondiente.

Dicho objetivo deviene de varias interrogantes que datan desde mi primer año de la Licenciatura. A raíz de un trabajo para Taller que proponía investigar acerca del rol del psicólogo, es que visitamos, en el año 2011 (junto a algunos compañeros), el Hospital Vilardebó como institución. Allí comienza mi inquietud en profundizar las posibilidades que un Psicólogo Clínico tiene para poder intervenir en el mundo de la locura.

La experiencia del Practicantado me permite concretar la posibilidad de estar, convivir, pensar y habitar el Hospital, que intentaré re direccionar en un accionar concreto. Esta posibilidad de habitar el Hospital me llevó a una situación de desconcierto. Desconcierto que generaba sentimientos de impotencia, angustia y enojo ante la realidad de las condiciones en que se encuentran el Hospital, los usuarios y la disciplina.

Me surge cuestionarme acerca del lugar que tiene o que ocupa el psicólogo en dicha institución, ¿Tiene un lugar? ¿Cuál es? ¿Cómo se apropia del mismo? ¿Qué función cumple? ¿Cuál es su rol?

### Objetivos específicos:

- Revisar los paradigmas en relación a la concepción de Locura para el posicionamiento de la Psicología en el ámbito Clínico Hospitalario. Para eso se realizará una breve reseña histórica de autores que marcaron mi recorrido.

¿Qué es la Locura? ¿Cómo trabajar con la misma? ¿Se puede desconocer la historia de la Locura para poder trabajar en el Hospital?

- Especificidad de la intervención clínica del “Espacio en sala 26” como agente de socialización entre la población de mujeres:

¿Qué observamos? ¿Qué escuchamos? ¿Qué otros territorios podrían habilitarse con la

instalación de un espacio diferente a la rutina instaurada en el encierro?

A lo largo del trabajo, intentaré problematizar las interrogantes mencionadas.

## **Acerca de la Locura.**

Entiendo que es importante aprender y cuestionarse sobre el lugar en el cual uno está inmerso: El Hospital Psiquiátrico y su lógica manicomial.

Marcelo Percia plantea: “El intento de pensar un padecimiento, en sus nudos propios, únicos, singulares, fracasa. La cuestión institucional se pone en el medio, se adelanta con sus envolturas a cada decisión clínica, impone sus necesidades y razones.” (Percia, M., 2004, p.10).

Michel Foucault (1984) en el texto “Enfermedad mental y personalidad” plantea que las enfermedades se definen y estructuran según las sociedades. La enfermedad no tiene una existencia propia, sino que cobra sentido y se crea en una cultura determinada que observa y categoriza ciertos aspectos y características como patológicas. “Cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia y reprime”. (Foucault, M. 1984, p.85).

En la Edad Media, el loco era considerado como un poseído, un endemoniado, prevaleciendo el poder de la concepción religiosa. Entre los siglos XVII y XIX, la Locura recupera su sentido humano pero aleja al loco del mundo de los hombres, perdiendo de esta manera su carácter sobrenatural, pero atribuyéndole la ausencia de algunas facultades del Hombre.

El enfermo mental ya no es un poseído de Dios y los demonios, sino un desposeído de la sociedad, y se lo empieza a caracterizar por debilidades y demencia: “El delirio religioso aparece en función de la laicización de la cultura: la religión puede ser objeto de una fe delirante en la medida en que la cultura de un grupo no permite asimilar las creencias religiosas o místicas al contenido actual de la experiencia” (Foucault, M. 1984, p.97). De esta manera, “se ha abandonado la concepción demoníaca de la posesión, pero para llegar a una práctica inhumana de la alienación” (Foucault, M. 1984, p. 91)

Nelsón de León (1998), expone que el loco siempre ha existido como figura de significación, variando su sentido social en dependencia del momento histórico. Al crearse los Hospitales, se da “el encierro de los “insensatos”, conjuntamente con otros “asociales” de la época y comienza la construcción institucional de la Locura” (De León, N., 1998, p. 364). Se da la necesidad de establecer un contrato social que exija el establecimiento de normas racionales y si no se respetan serán entendidas como acciones de delincuencia o enfermedad:

O bien el individuo es sujeto autónomo en tanto que es capaz de entregarse a

intercambios racionales, o bien su incapacidad de entrar en un sistema de reciprocidad le irresponsabiliza y debe ser asistido. Y el encierro de la enfermedad mental se va haciendo cada vez más específico, de tal manera de que comienzan a diferenciarse los espacios según sus características. (De León, N., 1998, p. 365).

Se crea el Asilo de dementes en tiempos de la colonia, en el año 1788. En esa época la institución religiosa tenía un fuerte peso que luego irá perdiendo frente al poder médico. Al entrar en el período del Iluminismo es que las ciencias pasarán a tener otra fuerza y la razón ocupará el poder que ocupaba la Iglesia. La medicina toma fuerza y el loco será uno de sus objetos de conocimiento. Surge así la Psiquiatría.

Se depositará el saber de la locura en la Psiquiatría y esta la clasificará, categorizará y patologizará. Siguiendo a Bleger en su texto "Psicohigiene y psicología institucional", podemos anudar que de esta manera se hace necesaria la creación de un espacio de contención y normalización del loco. Con la aparición de los Hospitales Psiquiátricos, se presenta una fuerte disociación entre los objetivos explícitos e implícitos de la institución: curar a los enfermos mentales, pero por otro lado, implícitamente, la Institución Psiquiátrica tiende en su organización total a consolidar la alienación y segregación del enfermo mental. "Los mecanismos de constitución del enfermo mental, han variado con la historia." (De León, N., 1998, p. 365). Desde los primeros locos internados por su trastorno, (cercados tiempo antes en los Hospitales Generales); hasta el día de hoy.

En la década de los 70, los organismos internacionales comienzan a legislar a favor de los Derechos Humanos de los pacientes.

El Plan Nacional de Salud Mental elaborado en 1985/86, establecía la crisis de las estructuras y modelos asistenciales en salud mental, tanto a nivel público, como privado. No se contemplan las necesidades específicas del enfermo mental y del arsenal terapéutico hoy disponible en Salud Mental, sólo se utilizan los psicofármacos y éstos ni siquiera por los especialistas. No parecen ser sólo razones económicas las que motivan esta situación, sino también el concepto preponderante acerca de la naturaleza de la enfermedad mental. (De León, N., 1998, p. 366).

Actualmente en Uruguay, las características y forma de la sociedad en que vivimos, sus exigencias y cotidianidad, demandan de modo urgente un cambio en la legislación en Salud Mental. El planteamiento de una alternativa que contemple al usuario de los Servicios de Salud mental en su totalidad y que propicie la no vulneración de sus derechos como reivindicación de su identidad, es algo que ya se ha presentado. La creación de una nueva Ley de Salud Mental es una de los grandes avances que está en vías de desarrollo.

La historia siempre marca y deja huellas en el presente. “Diría que el proceso de construcción de la enfermedad mental, se produce en relación a la pérdida de identidad social y en la producción de sentido cómo enfermo. En esto incide el posicionamiento del profesional de Salud Mental, y el relacionamiento con el Sistema de atención en Salud Mental.” (De León, N., 1998, p. 366).

Entiendo que esta breve historización de la Locura (de lo que ha marcado la historia para el denominado loco), es muy importante para nuestra disciplina en su búsqueda hacia nuevos caminos para la atención en Salud Mental.

Emiliano Galende (1990) en su libro “Psicoanálisis y Salud Mental” plantea que la ideología asilar, la que segrega y encierra al enfermo mental, no es solo la del psiquiatra alienista sino que forma parte de la conciencia y el comportamiento social. Explica cómo, para su abolición definitiva, se debería actuar sobre los conjuntos humanos y las configuraciones de poder: “Esto es clave ya que cualquier política en Salud Mental que se proponga alternativas a la institución manicomial, debe actuar simultáneamente sobre el aparato estatal, la conciencia social espontánea y su producción imaginaria, y el dispositivo psiquiátrico-profesional.” (Galende, E., 1990, p. 18).

## **Descripción de la actividad.**

*Lo previo al “Espacio en sala 26”: Construyendo el dispositivo.*

A partir de la labor individual con usuarias de sala 26, comenzamos a percibir que se hacía difícil el trabajo con las mismas, debido al deterioro mental y físico que tenían algunas de ellas. Se intentaban trazar objetivos específicos según las problemáticas que iban surgiendo en la consulta. Problemas familiares, problemas de pareja, violencia doméstica y proyectos a pensar luego del egreso, eran algunas de las temáticas trabajadas.

Percibimos que las usuarias que se encontraban en la sala 26 tenían una característica en particular que las diferenciaba del resto de las salas el sector de mujeres. Eran las usuarias con elementos más marcados de apragmatismo, desinterés y abulia relacionados a la cronicidad de su enfermedad. La mayoría eran de edad avanzada y al pactar un encuentro con las mismas sucedía que habitualmente se encontraban acostadas en sus camas durmiendo. Se hacía difícil encontrar un horario fijo en el cual trabajar y frecuentemente debíamos ir varias veces en el correr del día para ver si se encontraban despiertas. Algunas de ellas ni siquiera querían salir de la sala para trabajar, les costaba moverse de la misma y terminábamos simplemente hablando en las camas de la sala.

Existían además, algunas usuarias que eran las que distinguían a la sala. Debido a estar hacía más de un año en la misma, se destacaban ciertos roles entre algunas de ellas. Algunas eran las que golpeaban, otras las que robaban, otras las que no compartían o si lo hacían. Había una usuaria en particular que se encontraba en el Hospital desde hacía 2 años. La misma era la que informaba la hora de las comidas diarias. Al ver que se acercaba la hora gritaba: “¡la comida!” “¡la comida chiquilinas!” con un tono en particular que hacía que su voz fuera reconocida de inmediato. Parecía un acto repetitivo, una estereotipia.

Al hablar con la psicóloga de sala sobre estas características, la misma corroboraba lo que nosotros habíamos percibido. Nos contaba la influencia que existía cuando una de estas usuarias egresaba. Las demás lo sentían y pareciera que un pedazo de la sala ya no existiera. Ese funcionamiento de la sala, a su vez, lo fui percibiendo a medida de concurrir todos los días para trabajar individualmente con algunas de ellas.

Al notar la dificultad de la mayoría de las usuarias en salir de la sala, pensamos en generar una actividad que pueda ayudarlas a ampliar el campo de referencia. Entendíamos que lograr que algunas no estuvieran todo el día allí encerradas era importante.

En diciembre de 2014 al acercarse las fiestas, notamos como la misma no era una fecha más. A raíz de poder hablar con ellas en la consulta individual, aparecía insistentemente la nostalgia por las fechas de navidad y fin de año. Algunas recordaban con alegría ciertos momentos y otras con mucha tristeza y enojo por tener que pasarlo allí en el Hospital. Recuerdo como varias usuarias solicitaban que hablara con la psiquiatra para que la misma les otorgara el alta, sabiendo que muchas veces no iba a poder cumplirse.

Teniendo en cuenta todas estas observaciones, se nos ocurrió hacer una actividad para que pudieran realizar algo específico sobre la navidad. El pasillo de la sala nos pareció un lugar adecuado. La sala 26 tiene la característica de estar al final de un pasillo largo que recorre todo el sector de salas de mujeres. Al final de ese pasillo, si se dobla a la izquierda se encuentra la sala 26. Casualmente o quizás no, las usuarias más crónicas son las que se encuentran al final del pasillo. Y a su vez, las que se encuentran más lejos del patio del sector. A diferencia del resto de las salas, la 26 no tiene ninguna otra al lado. Nos parecía que el pasillo reunía la característica de intentar salir de la sala misma ampliando el campo de referencia y a su vez representaba a la sala por las particularidades espaciales mencionadas.

La primera actividad entonces se realizó con motivo de navidad en diciembre de 2014. Los materiales los compramos en un local cercano al Hospital. Cartulinas, papel glacé, papel crepe, tijeras, cinta, cascola y lápices de colores fueron algunos de los materiales escogidos. El color verde y rojo fueron los que seleccionamos mayormente debido al vínculo que se establece con respecto a la navidad. A su vez se llevaron revistas por si alguna quisiera realizar algún recorte.

### *Consigna del primer encuentro*

La consigna consistió en realizar tarjetas de navidad, tarjetas que podían destinarlas a quien quisieran. La idea era que la creatividad se instalara y pudieran salir diferentes producciones, sin importar la estética de las mismas. A su vez, se explicitó que la que quisiera, podía realizar algún dibujo o lo que tuviera ganas en el momento.

### *Inicio de la experiencia*

La actividad inicial tuvo una muy buena concurrencia. Acudieron más de la mitad de las usuarias de la sala. La mayoría de las que participaron ya las conocíamos debido a nuestras visitas diarias. Igualmente nos presentamos ante ellas y en tanto fueron llegando, preguntamos por sus nombres. Se fueron dejando claras algunas reglas a medida que se iba desarrollando el trabajo. Se enfatizaron algunas características sobre la modalidad de interacción con nosotros y

entre ellas. Un trato de respeto de lo que hablen o hagan. Fuimos instaurando algunos límites en la medida en que iba transcurriendo la experiencia. Por ejemplo, si notábamos que alguna de las usuarias se tornaba muy agresiva con otra, les planteábamos la necesidad de la consideración entre ellas. Explicábamos que esa no era la manera en que queríamos trabajar. La concurrencia era libre y la que quisiera retirarse podía hacerlo.

A medida que fueron realizando algunas producciones se instaló el dialogo, las anécdotas y los recuerdos. En muchos momentos la demanda hacia nosotros era grande debido a que nos pedían ayuda constantemente para realizar sus tarjetas. Intentábamos que se turnen para pedirnos ayuda en sus producciones. Se intentaba también que se puedan escuchar entre ellas, que puedan escuchar lo que la otra compañera tenía para contar. Así se dio la primera actividad del "Espacio en sala 26". Algunas concurren, realizaron sus producciones y se fueron, otras se quedaron, otras no realizaron nada pero estuvieron presentes. Muchas nos regalaron sus tarjetas a nosotros y otras las guardaron para regalárselas a familiares y amigos.

Luego de finalizado el primer encuentro, nos reunimos y evaluamos lo acontecido. Las usuarias demostraron interés y muchas de ellas participaron activamente como no lo habían hecho anteriormente en la sala. Pensamos que era una situación novedosa y promisoria. Les propusimos a las usuarias continuar con la propuesta de llevar distintas actividades puntuales para realizar. Pensamos en una frecuencia de una vez a la semana y una duración de 2 horas y 30 minutos aproximadamente. Desde ese entonces concurrimos todos los lunes por la tarde con una invitación puntual para realizar. Los materiales los comprábamos nosotros y de vez en cuando utilizábamos algunos del espacio de rehabilitación.

*Algunas propuestas planteadas en el Espacio.*

*Realización de cajas:*

Compramos diversos tipos de cartulina. Dos texturas diferentes y en distintos colores. Al comenzar, percibimos que la realización de la caja era altamente compleja. En un principio mostrábamos como hacerlo y luego las que querían intentaban realizarlo. Se daba una demanda continua para la explicación de cada paso de la realización. Muchas veces generaba un desgaste importante para nosotros ya que era una atención a una demanda personalizada y casi inmediata. En un segundo momento, se da la consigna de que pongan en palabras que pondrían adentro de la caja y que dejarían afuera. Se produjo una lluvia de ideas muy interesante. "La familia" fue lo más nombrado por las usuarias para colocar adentro de la caja. Generó más dificultad que piensen sobre lo que dejarían afuera de la misma. Entiendo que la caja se puede pensar como continente, como los límites que permiten contener. Esta consigna permitió materializar en una

caja lo que podría pensarse como lo que contiene. La caja logró de alguna manera juntar o dar cohesión, poner un límite a lo que sienten o piensan. Significa de alguna manera apropiarse de lo que atesoran.

#### *Origami, guirnaldas, flores, libretas...*

Se dieron también otras actividades puntuales como la realización de libretas, flores de papel, guirnaldas o canastos. Todo se realizaba con materiales similares a los mencionados. Por parte de los practicantes también teníamos una caja en la cual guardábamos los materiales y la llevábamos todos los lunes. Asimismo, se realizaron distintos tipos de origami. Con papel glacé, se hicieron corazones, animales y figuras por medio de esta técnica. Se intentaron escoger los de menos complejidad ya que muchas veces se notaba la dificultad en realizar tantos pliegues en el papel. Esto debido a diferentes factores, como problemas de motricidad o efectos secundarios de la medicación.

#### *Realización de Collages:*

Se realizaron varios con distintas consignas. Destaco uno que tenía la consigna de recortar o poner en una cartulina las imágenes o palabras que sientan que las representan. El collage representaba de alguna forma muchas imágenes, palabras o dibujos que podían unirse para reflejarlas a ellas como personas. Los recortes sobre familias nuevamente fueron los más comunes.

Esta modalidad de trabajo se mantuvo durante 4 meses. Reflexionamos acerca de que la misma volvía a las usuarias más dependientes y fue así que se propuso una dinámica más libre. El cambio a una dinámica de este tipo implicó correrlos del lugar de modelo, tratando de que pudieran escucharse y habilitando a que ellas generen propuestas para trabajar o crear. Comenzó a ser una modalidad menos directiva en la cual se llevaban hojas A4, lápices de colores, papel glacé, revistas, cartulinas, entre otras cosas. Allí se generó una gran diversidad de producción de ideas.

## **Análisis de la experiencia con articulación conceptual.**

La propuesta de captar al paciente para alguna actividad, de levantarlo de su cama o arrebatarlo aun momentáneamente a la abulia de la cronicidad, marca la orientación de "ponerlo a hacer algo", muchas veces cuando ya uno mismo no sabe bien qué hacer, pero quiere hacer algo también... algo por el paciente.  
(Elisabeth Maza, s/f).

Elegí este acápite debido a que sentí que representaba lo que pudimos percibir en la sala 26. La referencia a la abulia de la cronicidad como representación de lo que pasaba con muchas usuarias. Lo que intentamos con el Espacio es generar un dispositivo que intente hacer algo por el paciente pero a su vez, algo por nosotros como Psicólogos.

Al comenzar el "Espacio en sala 26", se generó un cambio con respecto a las interrogantes que tenía en un principio en relación al que-hacer del Psicólogo en el Hospital. Los primeros meses fueron de confusión. No tenía claro que podíamos hacer, tampoco cómo. El que-hacer del psicólogo era un tema que me desvelaba. Se genera el cambio a partir de lograr visualizar una manera de hacer algo, pensar una intervención posible. El poder llevarla a cabo y la adhesión que generó en las usuarias me sorprendió.

Elisabeth Araceli Maza (s.f) en "Talleres en el tratamiento de las psicosis" del seminario "El psicoanalista y la práctica hospitalaria" plantea al respecto que algo hay que hacer, pero que hay que prestar mucha atención porque "hacer por el paciente no es lo mismo que hacer junto con el paciente, y hay que saber a qué algo nos referimos" (Maza, E., s/f, p. 4). Es interesante lo que expone la autora acerca de cómo el hacer es terapéutico, trabajar también lo es. Pero, ¿qué hacen los locos? ¿Hacen algo?

*Pensando una manera de correrse de la Lógica Manicomial.*

En un principio nos planteamos objetivos que quizás parezcan simples, pero que en el transcurso del espacio nos dimos cuenta que eran muy significativos. La idea era poder brindar una actividad diferente, en la cual se intenta poder salir por un momento de la lógica institucional y la vida rutinaria que llevan en el Hospital. Al hablar de la lógica institucional me refiero a que los días de las usuarias generalmente están marcados solamente por las comidas diarias: el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena. Prácticamente no tienen actividades para realizar.

Erving Goffman (2001) en su libro "Internados", el cual trata sobre la situación social de los enfermos mentales, explica como el Hospital Psiquiátrico es una institución total. Ésta se definiría

como un “lugar de residencia y trabajo, 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.” (Goffman, E., 2001, p. 13). El autor explica como todos los aspectos de la vida de los internos se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. A su vez, la actividad diaria es compartida siempre por un gran número de otros que tienen el mismo trato y se les exigen las mismas cosas. Finalmente todas las actividades están previamente programadas teniendo una secuencia y cumpliendo la rutina diaria.

Un ensayo llamado “La sociedad del olvido”, realizado por Apud, Techera y Borges (2010) trata sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Un pasaje del mismo explica como los efectos adversos de la reclusión en instituciones psiquiátricas, llevaron a la investigación sobre la cronificación:

No como el efecto de una “enfermedad” en el sentido psiquiátrico, sino como la consecuencia de este nuevo estilo de vida en el que confluyen en forma gradual la pérdida de roles y potencialidades, la ruptura de los vínculos sociales cotidianos, la creciente pasividad y pérdida de autonomía, entre otros. (Apud et al., 2010, p. 26)

Pienso que la posibilidad de tener una actividad que escape a la rutina generada en el Hospital es muy importante. Cañamares hace referencia a la importancia que tienen las actividades de ocio y tiempo libre en los pacientes internados. “Se hablará, entonces, de ocio cuando se logre, desligándose de las actividades productivas y de las obligaciones, disfrutar de las actividades elegidas voluntariamente y siempre que se puedan abandonar cuando se quiera.” (Cañamares, 2007, p. 168).

Entre los beneficios que menciona el autor, se encuentra que facilitan que el usuario recupere un papel activo en ciertos aspectos de su vida. Explica como la persona psicótica habitualmente pierde gran parte del control sobre su vida. Muchas veces, gran parte de su existencia está en manos de los especialistas. Las actividades de ocio son uno de los espacios en que los usuarios pueden tomar sus propias decisiones o pueden participar de las mismas. A su vez, “Mejoran las expectativas de los pacientes sobre su recuperación” (Cañamares, 2007, p. 169). El poder realizar actividades que les produzca satisfacción, genera que se motiven de otra forma para el tratamiento y comiencen a relativizar el impacto negativo de la enfermedad.

Se exponen ciertos problemas o dificultades como la falta de ganas para hacer la actividad o la falta de habilidades para realizarla. Este aspecto planteado por el autor es muy importante, ya que plantea que se debe evaluar bien la relación entre capacidades y demandas al tratar de incorporar al paciente a una actividad.

Elisabeth Araceli Maza propone al respecto que: "Necesariamente se impone pensar al sujeto al que convocamos en sus limitaciones simbólicas, pero el objetivo es afinar los medios para que le sea posible integrarse a la tarea." (Maza, E., s/f, p. 13). Igualmente, lo que se logre con la actividad no era precisamente lo importante. Dice:

El resultado de la actividad no tiene porqué ser un "producto logrado", lo cual, a mi juicio, resuelve provisoriamente una contradicción generalizada: invitar a los pacientes a hacer "algo productivo" sabiendo de antemano que lo que resulte de este hacer no tiene canales de circulación e intercambio en un contexto social donde se supone la retribución del trabajo o el reconocimiento hacia el autor. No tener claridad en este aspecto de la propuesta es someterlos de una forma sutil a una variante más del sinsentido. (Maza, E., s/f, p. 20).

Entiendo que la falta de actividad que existe en el Hospital para los internos, es representativa de la no comunicación.

Alfredo Perdomo (2009) plantea al respecto cómo: "El principal problema en la psicosis puede decirse que está en la comunicación. La cuestión es poder salir de un mundo subjetivo cuasi autístico, mono-lógico, muchas veces indescifrable. Comunicar implica reconocer que hay otro y que tengo algo para decirle." (Perdomo, A., 2009, p.10). El autor explica como en una actividad grupal los usuarios tienen que ser parte del proceso de escuchar y ser escuchados. Cada uno desde su potencia, con sus virtudes y defectos.

El "Espacio en sala 26" pretende habilitar la posibilidad de la palabra como la expresión, a través de un acto creativo. Instalar el diálogo, la escucha y brindar un trato humano es reconocerlas como sujetos. Esto permite la posibilidad de correrse por un momento de las características que instaura la lógica manicomial.

Kaminsky (1990), en su libro "Dispositivos Institucionales" diferencia dos tipos de grupo. El grupo objeto que se somete a consignas instituidas: "soporta y sostiene la jerarquización institucional (su verticalidad). Su acción es la que se espera de ellos. Son "hablados" por la Institución incluso si cumplen mal las funciones y expectativas que les caben." (Kaminsky, 1990, p. 3). El grupo sujeto propone operar desprendimientos de lo establecido: "pueden abrirse a un más allá de sus intereses puntuales aunque esto no constituya necesariamente un más allá institucional. Aspira a "tomar la palabra" porque en el discurso institucional siempre tienen algo que decir." (Kaminsky, 1990, p. 3)

Esta diferenciación permite comprender la relación entre lo instituido y lo instituyente en una institución. Entiendo que el "Espacio en sala 26" instituye algo del ser. Este espacio no pretendía solamente que las usuarias hagan la manualidad propuesta para cada semana, sino

que les permita, también, conectarse con sus afectos, realizando producciones con las cuales puedan elegir qué hacer con las mismas (quedárselas, regalarlas, tirarlas). Recuperar su nombre propio por el cual eran llamadas e instalar una actividad de la cual puedan apropiarse. Siguiendo la línea de Elisabeth Maza: “Nuestro horizonte sigue siendo la palabra, que abre espacios de significación, que sostiene la diferencia y propicia la circulación.” (Maza, E., s/f, p. 15).

### *Tomando el “yo no sé”*

Mercedes Couso (2013) en su texto sobre la Consulta Psicológica como forma de Intervención en la Clínica Hospitalaria, plantea como el sujeto psicótico nos revela con su padecimiento la emergencia de severos conflictos familiares que delatan el resquebrajamiento de una sociedad perturbada. Teniendo en cuenta esto, podemos entender que esa misma sociedad aúne esfuerzos por rechazar y negar sus propias contradicciones. Es así que “la sociedad deposita en determinados sujetos, que por diversos motivos, quedan ellos mismos posicionados como perturbados, alienados y/o peligrosos.” (Couso, M., 2013, p. 3).

La autora plantea que si tomamos en cuenta que todo sujeto es siempre responsable de su ser y de su persona, habría que preguntarse qué sucede con el estatuto de la responsabilidad en la psicosis. El sujeto psicótico está condenado a ocupar el lugar del resto de la cultura y por lo tanto su accionar está pensado solamente desde la irresponsabilidad. Dice: “Discursos y prácticas forman parte de un proceso de objetalización o cosificación, que conducen a pensar los pacientes como sujetos no responsables, incapaces de responder sobre determinados actos propios.” (Couso, M., 2013, p. 3).

Apud, Techera y Borges (2010) plantean que: “La estigmatización es el mecanismo por el cual el conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecuan a sus preceptos. Es nuestra manera de tratar con lo diferente, de marcar simbólicamente a quienes hacen ruido en nuestra vida cotidiana.” (Apud et al., 2010, p. 26) El “Loco” sería una figura más en el álbum de los estereotipos sociales estigmatizantes. Los autores explican cómo “cuando una persona ingresa a este tipo de categoría, comienza a sufrir el peso de sus consecuencias, tanto en los vínculos informales como en los familiares y laborales.” (Apud et al., 2010, p. 27).

La referencia a los autores mencionados se relaciona a lo que sucedió a partir de la nueva dinámica de modalidad más libre que generamos en el Espacio. Al instalar una consigna menos directiva, se fueron notando algunas actitudes que se repetían a lo largo de las semanas. Muchas usuarias decían que no sabían hacer nada. Por ejemplo, siempre que llevábamos los materiales, concurrían pero su expresión era el “yo no sé” constante. Es importante destacar como nosotros

también dibujábamos en el espacio. Nos dimos cuenta que, al dibujar nosotros, se fueron animando a dibujar también las que decían no saber hacer nada. Siempre repetíamos que lo importante no era si el dibujo era lindo o feo, no era importante la estética sino que si teníamos ganas de hacerlo estaba bueno intentarlo. Se me ocurre que, tal vez, tenían la idea de que si yo no dibujaba bien - siendo un estudiante avanzado universitario - ellas también podían animarse a intentarlo.

Se fueron confirmando ciertas ideas acerca de la población de la sala. Ellas mismas muchas veces manifestaban que era la peor sala ya que de noche no podían dormir. Expresaban como siempre había algún problema de robo o pelea entre las mismas. Nosotros preguntábamos acerca del porqué de esa situación. Por qué no podían cuidar sus cosas y cuidarse entre ellas. Decían no poder hacerlo. Parece que la responsabilidad siempre estaba en los demás.

Reflexionando acerca de lo planteado por los autores, entiendo que una de las posibilidades de analizarlo se ve reflejado en este constante no saber de las usuarias. La responsabilidad también estaría por fuera de ellas ubicándolas en un lugar alejado de lo que sí sabe el resto de la sociedad y la cultura. Que otro haga por ellas significa que el otro siempre tiene la responsabilidad. Al tomar el “yo no sé” me pongo en su lugar y dibujo demostrando que yo tampoco sé. En ese momento se intenta que ellas tomen protagonismo intentando usar ese “no saber”. El dibujar por parte de nosotros implica una forma de habilitar, de demostrar que nosotros también podemos no saber hacer.

Se me ocurre que las primeras sensaciones que tenía al ingreso del Practicantado sobre el Hospital - confusión, enojo, angustia, desconcierto, ganas de estar y encontrar un lugar dentro de la institución – no solo son producto de mis fantasías o mis miedos sino que puede pensarse como una transferencia masiva del sentir de las pacientes. Esto lo podía constatar en el funcionamiento del “Espacio en sala 26”. Un tiempo donde se peleaban, hablaban, se reían, lloraban e intentaban agradarnos. Me pregunto acerca de cómo esta repercusión del sentir de las usuarias impacta en la cotidiana de los trabajadores del Hospital.

Marcelo Percia (2004) plantea como el manicomio daña también a quienes trabajan. No valora a quienes pertenecen a la institución, destrozando el deseo de saber. Expone que esto implica a la mayoría, excepto algunos que llegan con la ilusión de pensar, apelando a la ayuda de gente que no trabaja en el Hospital, o quizás los que confían en soluciones químicas. Explica que el resto (la mayoría), se vuelven apáticos, reacios e indiferentes con las ideas. Dice: “Como si el pensamiento, dentro de los muros, fuera un lujo inútil, innecesario, excusa de los que no hacen nada.” (Percia, M., 2004, p. 11).

Muchas veces, el Hospital genera estas sensaciones que describía anteriormente y creo que son reflejo de los sentimientos que también tienen los internos. ¿Internos? ¿Pacientes? ¿Camas? ¿Diagnósticos? ¿Locos? ¿Personas? Ellos también están perdidos, muchas veces no tienen un lugar ni dentro ni fuera de la institución, no tienen a quién recurrir. ¿Cuál es su identidad? Parece que esa identidad de persona se pierde, pasando a identificarse con un diagnóstico, una sala o una cama.

### *De los objetivos y sus efectos en el Espacio*

Uno de los objetivos que fuimos construyendo a medida que transcurría el espacio fue el de intentar devolver algo de esa identidad de persona que parece perderse en el Hospital. Construir, inventar un espacio en el que puedan ser tratados como sujetos y no objetos a ser clasificados o tratados. Una intención de promover - mediante la actividad – el sentir de que no eran solo reconocidas como usuarias sino que en cada una hay un sujeto.

Elisabeth Araceli Maza, explica cómo “hay una relación profundamente organizadora entre el humano y la actividad a la que dedica su tiempo y su esfuerzo, una potencia que articula en un contexto social empujes, fuerzas que surgen de la vida pulsional.” (Maza, E., s/f, p. 6). Es así como expone que tener trabajo o abocarse a una actividad es estar entramado concretamente en relación al Otro social. Poder enlazarse, adquirir un reconocimiento por medio de una actividad u oficio, implica "ser alguien", participar de una red de circulación. Continúa: “Además, esto es correlativo de cierta posición de derecho; trabajar es responder por sí, hacerse responsable, y merecedor de una retribución.” (Maza, E., s/f, p. 7).

La autora plantea como realizar algo, ponerse en actividad significa contactarse con otros y con uno mismo. Explica como los niños no trabajan; otros responden por ellos, sus padres, sus tutores, el Estado. Los niños no trabajan, pero juegan. Los locos no trabajan, ni juegan. “O por lo menos no juegan a nuestro juego de pérdidas, ganancias, equivalencias, diferencias e intercambios.” (Maza, E., s/f, p. 7).

Pienso que el “Espacio en sala 26” es una instancia en la cual se puede pensar una de las posibles intervenciones del psicólogo en el Hospital. La propuesta de instaurar un lugar de trabajo en la cual puedan abocarse a una actividad concreta, contactarse con otros y con ellos mismos. Propuesta que intente a su vez, sacarlos de la despersonalización que implica nominarlos como usuarios de una cama, diagnóstico o sala. ¿Esto es posible? Al menos este es uno de los objetivos que fuimos construyendo a medida que fue desarrollándose el Espacio.

En el transcurso del “Espacio” se dieron procesos de algunas de las usuarias en los cuales intentamos hilvanar algo de lo mencionado. Con una usuaria en particular se dio la posibilidad de que pueda aprender a escribir su nombre. Un efecto esencial de esta actividad para esta usuaria fue la posibilidad de demandar por esta tarea y realizarla semana tras semana. De esta manera nunca renunció a su objetivo. Pudo tolerar la frustración vez a vez y lograr lo que se proponía. Como ella decía: “Escribir mi nombre”. Me generó una sensación de felicidad el ver cómo, al paso del tiempo, pudo lograr escribir su propio nombre y de alguna manera reconocerlo. Entiendo que los logros en el mundo de la psicosis muchas veces no tienen que ver con el mundo de lo compartible sino que a veces los mismos pueden verse en una acción como la mencionada. A veces esos logros que parecen mínimos son los que instituyen a los usuarios como sujetos.

Hubo usuarias que concurren siempre que estuvieron internadas. Otras lo hacían intermitentemente y otras nunca. Algunas concurrían más tiempo y otras menos. Algunas simplemente nos pedían leer revistas, otras recortar, dibujar y otras solo hablar o permanecer en silencio. Ciertas usuarias proponían actividades para realizar y siempre tomábamos sus palabras para diseñar futuros encuentros.

Fuimos percibiendo como a medida que pasaban las semanas las dificultades que teníamos al principio iban cambiando. Las reglas básicas y la presentación de nosotros como practicantes lo íbamos repitiendo cuando veíamos que se sumaba alguna usuaria nueva.

A partir de mayo aproximadamente, una usuaria de la sala nos esperaba todos los lunes y siempre tenía una radio de mano con ella. Ponía música y eso generaba también un ambiente más distendido.

Otro de los objetivos de la intervención que fuimos construyendo (que se entronca con el objetivo ya señalado) es el de intentar brindarles algo como propio. Vemos como los usuarios, en el Hospital y quizás afuera del mismo, no tienen nada propio. Eso hace que esto contribuya al anonimato. Identificados con una cama o con un diagnóstico, caminan para un lado y para el otro esperando la hora del almuerzo, la merienda o la cena.

A lo largo de las semanas, en el espacio, percibí que las actividades que llevábamos para hacer generalmente se realizaban pero siempre o casi siempre nos regalaban lo que hacían a nosotros. “Objetos que nadie invierte de valor alguno, menos que menos los pacientes, que se apresuran a abandonarlos, o bien, a regalarlos a la Sala, a los terapeutas o a los familiares que los incitaron gentilmente a demostrar que, como todos esperamos, los locos pueden hacer algo.” (Maza, E., s/f, p. 8).

Me pregunto el porqué de tantos regalos. Parecía una forma de agradecimiento por la actividad que habíamos instalado, pero luego nos cuestionamos acerca de si esto no tenía algún otro significado. Generalmente cuando sugeríamos si querían quedarse con lo que habían hecho, la respuesta era: “Es para vos” ó “te lo regalo”. La explicación siempre era que si ellas se quedaban con algo, se lo robaban, pero, ¿Quién lo robaba? Es cierto que existe el robo entre ellas, pero, ¿esa sería la explicación a no quedarse con lo que producían?

Quizás, esta manera de regalarnos las cosas es deshacerse de lo que puede ser propio de ellas. Tal vez no tienen y no pueden tener nada propio. Quedarse con su producción podría significar una manera de hacerse cargo de sus cosas, de cuidarse a ellas mismas y de integrarse. No podían cuidarse ni de ellas mismas ni de las demás. Esto nuevamente se vincula a la responsabilidad del sujeto psicótico. Parecería ser que el poder quedarse con un objeto material significa además apropiarse de las cosas personales. El robo hacia las demás implicaría pensar que siempre la pertenencia del otro es más valiosa que lo que tienen ellas mismas. Si lo pensamos de manera más radical, el otro siempre tiene y ellas no tienen nada. Así se justificaría el robo constante.

Fue pertinente poner en palabras estas dificultades que tenían de poder apropiarse de lo producido. Es así que, con una usuaria que todo el tiempo regalaba sus producciones, se le explicita esta dificultad de quedarse con algo de lo propio. Se hace un acuerdo con la misma en relación a la posibilidad de conservar por una semana su “caja”. Se le plantea que la guarde en un lugar en el que sepa que no lo iban a robar. En el siguiente encuentro ella muestra con gran satisfacción que había podido conservarla y que, de esa manera, lo acordado se había podido lograr. Se le devuelve la importancia de que ella pueda cuidar de sus propias cosas. Creo que no solo logró conservar su producción sino que también tuvo un efecto en ella: la satisfacción vivenciada. Lo antedicho me hace reflexionar en la posibilidad de generar un objeto transicional que le permita a la usuaria conservar algo de esto armado entre ambos, algo de su propia pertenencia. Creo que ese objeto con el cual se quedó, implicaba a su vez, escucharse, cuidarse y hacerse cargo de algo propio.

A partir de esta experiencia pudo darse un efecto en el que otras usuarias pudieron cuidar y encontrar un lugar para sus cosas.

Creo que esta forma de funcionamiento y esta propuesta en la que se fomenta el interjuego de vínculos con nosotros y entre ellas, fue generando una manera de apropiación del espacio mismo y de lo que producen. Un espacio cuidado en el que muchas veces se hacía difícil el contacto o diálogo entre ellas. Generalmente se dirigían hacia nosotros pero, poco a poco, se fue

logrando algo de contacto entre ellas, a veces discutiendo, otras veces simplemente hablando: “La posibilidad de contar con un espacio grupal permite volver a restablecer el lazo social fracturado por el proceso de internación” (Fazio, Pietramala, 2013, s/p).

### *El cierre de nuestra intervención en el Espacio*

Llegando a la finalización del Practicantado, pensamos que este ciclo debía tener un cierre en el cual se pudiera explicar y comentar acerca del fin de nuestro pasaje como practicantes. Para eso, se realizó una exposición de dibujos de algunas de las usuarias que todavía permanecían internadas y de otras que ya habían sido dadas de alta. La selección fue hecha junto con ellas en base a las preferencias que presentaban en dicha selección. Muchas se sorprendían al ver producciones de ellas mismas de hacía 3 meses atrás. Algunas tenían sus nombres y otras eran reconocidas con solo mirarlas. Intentamos que cada usuaria pudiera elegir como máximo 3 dibujos propios. La muestra se realizó en la entrada de la sala 26. Las risas y anécdotas fueron parte de los últimos tres encuentros en que se realizó la exposición. En el último encuentro, dimos por inaugurada la exposición del espacio en sala 26 cortando un hilo en su representación. En relación a los coordinadores, se generó un sentimiento de tristeza al comunicar nuestra partida y devolvimos un agradecimiento hacia ellas por haber participado y formado parte del proceso.

Simplemente a modo de anécdota, es muy interesante lo que ocurrió ese día con una usuaria que todos los lunes concurría al Espacio. Al ir pensando sobre si la exposición debería tener un nombre o no, ella planteo ponerle “restauración”. Al preguntarle por qué, no supo decir bien el motivo. Fue algo que impactó. ¿Por qué?

Si tomamos la definición de restauración, vemos que refiere a una reparación o arreglo de los desperfectos de una obra de arte, un edificio u otra cosa. Otro significado podría ser una modificación de una cosa para ponerla en el estado o estimación que antes tenía. Es muy interesante pensarlo en el sentido de un proceso, en el cual, quizás, algo estaba roto y ahora empezó mínimamente a trazarse para intentar reconocerse como sujeto. ¿Sería esto lo que pudimos lograr con la instauración del Espacio?

Al realizar el presente trabajo y en mi búsqueda bibliográfica me encontré - para mi sorpresa - con lo que Elisabeth Maza propone en un fragmento contenido en uno de sus trabajos. El mismo guarda una estrecha relación con algunos aspectos de la experiencia que realizamos:

Dudando entre acopiarlas como "fetiches terapéuticos" o condenarlas a la nulidad del basurero, comencé alguna vez por reintroducir periódicamente, en el taller de plástica que coordinaba, los dibujos, collages, afiches, abandonados tiempo atrás; volviendo a

presentarlos, haciéndolos reaparecer de su muda ausencia, se hacía posible el registro de un antes, de lo que alguien había hecho, de lo que cada uno o conjuntamente habíamos hecho. Así se propició un espacio de reencuentro, ¿con qué?, quizá con el valor oscuro e inquietante que puede desplegarse a partir de devolver a los pacientes esos objetos a los que sólo su enigmatización puede elevar al umbral de producciones. (p. 10)

## **A modo de conclusión.**

Las características que tuvo la actividad del Espacio, hace que muchas veces me haya cuestionado si lo que estábamos realizando no llevaba a la “escolarización del paciente” y de la actividad. Como si de alguna manera estuviéramos teniendo una lógica escolar en la que tratáramos a las usuarias de una manera infantil. Me pregunto: ¿Esto será así?

Pienso que el objetivo del “Espacio en sala 26” no intentaba que se realice una producción acabada o que se genere un objeto material terminado. Se intentó habilitar la palabra y la creación de las usuarias. Esa creación y ese “hacer” de las usuarias habilitó a que intenten poder “hacerse” ellas mismas. Un “hacer” pensado no como algo ingenuo sino como la posibilidad de que puedan hacer parte de lo suyo propio. Entiendo que se trató de producir y no solamente hacer. “Cuando mínimamente nos acercan las palabras que tratan de significar sobre lo hecho la certeza de sus padecimientos, cuando no pretendemos expulsar del espacio del taller lo bizarro que forma parte del psiquismo del paciente, sino alojarlo, y además "vestirlo", más que cubrirlo: pero no "evangélicamente" con nuestra propia capa: le prestamos elementos para que entreteja con su propio hilo.” (Maza, E., s/f, p. 11)

La rehabilitación psicosocial sería uno de los objetivos que creo imprescindibles para las usuarias internadas. Entiendo que parte de lo realizado en el Espacio implica a la rehabilitación. De todas maneras, lo entiendo como un objetivo a ser pensado a largo plazo ya que es difícil pensarlo en una intervención con una duración de un año.

Pichon Rivière plantea que: “Es imprescindible, sin excepción, estimular la actividad creadora en todos los órdenes y en todos los hombres.” (Zito Lema, 1976, p.142). Además menciona cómo, en el caso específico de los reclusos en los hospitales, esa actividad lleva al cumplimiento de dar placer al sujeto que la realiza, desencadenar un mayor grado de libertad emocional (de gran utilidad tanto para el diagnóstico como para el tratamiento) y es índice informativo de los cambios de conducta y de estado del paciente.

Entiendo que el “Espacio en sala 26” nos permitió pensar en una intervención posible desde la disciplina psicológica. Además de los objetivos propuestos y más allá de los logros obtenidos, la experiencia me devolvió la posibilidad de pensar un espacio a crear y, a su vez, brindarle un sentido a nuestra práctica. Esto es lo que me alienta a reflexionar sobre la existencia de nuevos campos en la disciplina. Al ver este espacio instituyente, entiendo que existen muchos espacios a conquistar. El desafío de buscarlos, pensarlos y ponerlos en práctica está en nosotros.

## Referencias bibliográficas.

Apud, I., et al. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República

Couso, M. (2013). *La Consulta Psicológica, una forma de Intervención en la Clínica Hospitalaria*.  
Inédito

Del Castillo, et al. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*.  
Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

De León, N. (1998). *Institucionalización de la locura: La enfermedad mental*. En: IV Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo: Impresiones y Ediciones Tack Ltda

Fazio, G. & Pietramala, K. (2013). *Postdata sobre las psicosis y el lazo social. Relato de una experiencia*. Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheronta22/fazio.htm>

Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica

Foucault, M. (1984). *Enfermedad Mental y Personalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual.  
Buenos Aires: Ed. Paidós.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Maza, E. (s/f). *Talleres en el tratamiento de la Psicosis*. En: Pujó, M. El psicoanalista y la práctica Hospitalaria. Recuperado de: <http://www.edupsi.com/psa-htal/>

Pavlovsky, E., et al. (2004). *Salud mental y derechos humanos*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo

Percia, M. (2004). *Deliberar las Psicosis*. Buenos Aires: Ed. Lugar

Perdomo, A. (2012). *Un espacio humanizante en un hospital psiquiátrico*. Recuperado de: [http://www.psicologos.org.uy/documentos10/XXIEncuentro\\_trabajos2010/XXI%20Encuentro%20Trabajo\\_Perdomo%20Penino.pdf](http://www.psicologos.org.uy/documentos10/XXIEncuentro_trabajos2010/XXI%20Encuentro%20Trabajo_Perdomo%20Penino.pdf)

Perdomo, A. (2009). *Andamiajes Esquizoanalíticos. Devenires grupales psicosociales en el Hospital Vilardebó*. Recuperado de: <http://perdomoesquizoanalisis.blogspot.com.uy/>

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios*. Buenos Aires: Topia Editorial

Zito Lema, V. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere. Sobre el Arte y la Locura*.  
Buenos Aires: Ediciones Cinco