

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL ZONA ATLÁNTICA
DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO DE TESIS

AUTOR: GABRIEL PAVELKA

DIRECTORA: PATRICIA WEIGANDT

“SUJETOS PRODUCIENDO/ SUJETOS PRODUCIDOS”

***El valor del aprendizaje y la producción artística en instituciones de
encierro, y el lugar del psicopedagogo como posibilitador de la producción
de lazo social.***

AÑO: 2007

A todas aquellas personas que se encuentran derribando incesantemente los muros de la marginalidad y la exclusión social, a través de su producción artística.

“LOS LOCOS VIVEN
INVENTANDO MUNDOS
Y LOS CUERDOS EN
MUNDOS INVENTADOS¹”

Mis agradecimientos a la Lic. Patricia Weigandt por su apuesta persistente y gran compromiso en la transmisión del psicoanálisis.

A Gisela Miranda por su afecto, fuerza y acompañamiento durante el desarrollo de esta producción. A Lilia Pacheco y Anahí Encina por haberme acompañado en las diferentes instancias de formación en psicopedagogía. A Daniella Ferri y Mabel Luna, de quienes aprendo cotidianamente en el devenir de la práctica institucional. A Carlos Názara por haber supervisado mis prácticas de forma desinteresada y con muy buena disponibilidad y amabilidad;

Por último, mis agradecimientos al C.U.RZ.A y particularmente a la carrera Lic. en Psicopedagogía por haberme brindado un lugar para comenzar a desarrollar mis capacidades creadoras.

¹ Esta frase es autoría de pacientes del Borda y se encuentra en un mural ubicado en los jardines del Hospital.

INDICE GENERAL:

1-	<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>06</u>
1.1-	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>	<u>07</u>
1.2-	<u>PROBLEMA</u>	<u>09</u>
1.3-	<u>OBJETIVOS</u>	<u>11</u>
1.3.1-	<u>OBJETIVOS GENERALES</u>	<u>11</u>
1.3.2-	<u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u>	<u>11</u>
2-	<u>ESTADO DEL ARTE</u>	<u>13</u>
2.1-	<u>LA INSTITUCION HOSPITALARIA Y LA DIVERSIDAD DISCURSIVA</u>	<u>13</u>
2.2-	<u>MODOS DE CONCEPTULIZAR LA PSICOSIS Y POSIBLES INTERVENCIONES EN INSTITUCIONES</u>	<u>17</u>
2.3-	<u>OTROS ENFOQUES Y DISPOSITIVOS</u>	<u>21</u>
2.3-	<u>PRODUCCIONES GENERADAS EN EL MARCO DE LA PSICOPEGADOGÍA</u>	<u>24</u>
3-	<u>ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO</u>	<u>27</u>
3.1-	<u>MARCO TEÓRICO</u>	<u>27</u>
3.2-	<u>MARCO METODOLÓGICO</u>	<u>31</u>
3.2.1-	<u>SOBRE LA ESCRITURA Y EL ESTILO: UN INTENTO DE TRANSMISIÓN</u>	<u>31</u>
3.2.2-	<u>DIMENSIONES DE ANÁLISIS</u>	<u>34</u>
3.2.3-	<u>TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS</u>	<u>35</u>
4-	<u>PRODUCCIÓN</u>	<u>37</u>
4.1-	<u>ACERCA DE LA LOCURA Y SUS POSIBLES ABORDAJES</u>	<u>37</u>
4.1.1-	<u>UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO POR LA LOCURA</u>	<u>38</u>
4.1.2-	<u>(UN) RECORRIDO POR (UNA) MIRADA SOCIOLÓGICA DE LOS INTERNADOS EN INSTITUCIONES TOTALES</u>	<u>40</u>
4.1.3-	<u>PSICOANÁLISIS Y HOSPITAL</u>	<u>47</u>
4.1.4-	<u>UN HOSPITAL DIFERENTE</u>	<u>56</u>
4.1.5-	<u>HOSPITAL DE DÍA: UN DISPOSITIVO DIFERENTE</u>	<u>57</u>
4.1.6-	<u>PSICOSIS-PSICOANALISIS E INSTITUCIÓN</u>	<u>60</u>
4.2-	<u>ACERCA DE LA PRODUCCIÓN ARTÍSTICA,</u>	

<u>SUS EFECTOS RESPECTO DE LA PRODUCCIÓN SUBJETIVA</u>	
<u>Y EL LUGAR DE LOS APRENDIZAJES</u>	<u>63</u>
4.2.1- <u>UN RECORRIDO POR LA HISTORIA Y SURGIMIENTO DEL ARTE</u>	<u>64</u>
4.2.2- <u>EL ARTE, EL PSICOANÁLISIS, EL APRENDIZAJE Y SUS EFECTOS</u>	<u>67</u>
4.2.3- <u>CONSTRUYENDO (EN) UN TALLER GRUPAL</u>	<u>71</u>
4.2.4- <u>EL TALLER COMO ÁMBITO DE CREACIÓN</u>	<u>75</u>
4.2.5- <u>ACERCA DEL SÍNTOMA</u>	<u>79</u>
4.2.6- <u>INTENTANDO ABRIR UN ESPACIO DE RE-CREACIÓN</u>	<u>83</u>
4.2.7- <u>ENTREVISTAS REALIZADAS A PROFESIONALES</u>	
<u>DE HOSPITALES PUBLICOS, EN RELACION AL</u>	
<u>TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS</u>	<u>90</u>
4.3- <u>OTRAS MIRADAS POSIBLES</u>	<u>95</u>
4.3.1- <u>(A)CERCA DE LA EDUCACIÓN POPULAR</u>	<u>96</u>
4.3.2- <u>SOBRE LAS EXPLICACIONES QUE IMPOSIBILITAN</u>	
<u>Y UNA ALTERNATIVA</u>	
<u>DIFERENTE DE TRANSMISIÓN</u>	<u>99</u>
4.3.3- <u>EL ARTE Y LA LOCURA DESDE UNA MIRADA DIFERENTE</u>	<u>103</u>
5- <u>ANTE UN INTENTO DE CONCLUIR</u>	<u>108</u>
6- <u>RECOMENDACIONES</u>	<u>111</u>
7- <u>APÉNDICE</u>	<u>112</u>
8- <u>ANEXO 1</u>	<u>113</u>
9- <u>ANEXO 2</u>	<u>151</u>
10- <u>ANEXO 3</u>	<u>164</u>
11- <u>ANEXO 4</u>	<u>173</u>
12- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>178</u>

ABSTRACT:

La intervención psicopedagógica queda reducida muchas veces al abordaje de niños y adolescentes que presentan determinadas problemáticas en relación a sus aprendizajes. Son muy pocas las veces que se ha pensado en la inclusión del psicopedagogo en hospitales psiquiátricos trabajando con sujetos “adultos” en situación de aprendizaje.

La presente investigación profundiza sobre las diferentes alternativas de abordaje e intervención psicopedagógica en hospitales psiquiátricos en general, e instituciones de encierro en particular. Se toman diversos aportes bibliográficos, entrevistas y experiencias prácticas del Hospital Borda, Hospital Pedro Ecay, Centro de Contención Hogar Pagano, entre otras, a los fines de enriquecer el análisis.

Se intenta a lo largo del trabajo aportar a la construcción de un posicionamiento psicopedagógico, basado en el psicoanálisis, que permite realizar un recorrido del que se desprende un modo de lectura, análisis e intervención, con la consecuente inscripción de un “estilo” de trabajo.

Asimismo, se realiza un profundo análisis de las modalidades de trabajo grupal basadas en lo que se denominará “talleres re-creativos”, intentando dar cuenta del valor de la producción artística en el seno de las instituciones de encierro y sus efectos en la subjetividad.

1. INTRODUCCIÓN:

Durante el recorrido por las diferentes instancias de formación en Psicopedagogía, han insistido en mí una serie de interrogantes inherentes al alcance y las posibilidades de la práctica en el marco de dicha profesión. Esencialmente, mi interés ha residido en las posibles practicas en hospitales psiquiátricos en general e instituciones de encierro en particular.

A través de cierto material bibliográfico se intentará dar respuestas, en diferentes momentos, a algunos de los interrogantes que se plantean. No obstante, se hacía necesario, insoslayablemente, comenzar a incursionar a través de experiencias prácticas.

Por esto, realizo la residencia de la carrera Lic. en Psicopedagogía, incluyéndome en tres cursos teórico-prácticos intensivos de post grado dictados en el Hospital Dr. José Borda, Buenos Aires, durante los primeros cuatro meses del año 2005. Continuando la residencia, en el Hospital Dr. Pedro Eca, Carmen de Patagones, creando y coordinando un taller re-creativo con los pacientes de la institución, durante los últimos cuatro meses del año 2005.

Asimismo en el año 2006 me incluyo en el equipo técnico del Hogar Pagano de Viedma, con la función de *técnico psicopedagogo*², la cual implica, el seguimiento y evaluación de las diversas instancias de aprendizaje que atraviesan los jóvenes durante su internación, elaboración y presentación de estrategias de tratamiento a los juzgados intervinientes, coordinación de grupo de reflexión, entrevistas a padres, coordinación de un taller de música, entre otras actividades que ofrece el dispositivo institucional de tratamiento. Función que continúo desempeñando en la actualidad.

Luego de entrar en el juego dialéctico de la práctica y la teoría, es que me propongo intentar escribir (o inscribir) algo de lo que tiene que ver con un

² Es importante mencionar que la función de "Técnico Psicopedagogo" se crea a partir de mi inclusión en dicha institución, ya que no se registran antecedentes de prácticas con similares características en Hogar Pagano.

recorrido, intervención y reflexión, que producen un *estilo*³ de producción. Intentando pensar en la construcción de alternativas diferentes de escucha y trabajo grupal, a través de talleres re-creativos, por ejemplo, allí en donde muchas veces no hay más que un vacío. Un vacío desolador y desesperanzado que solo permite ver objetos de muros y rejas con un camino directo hacia la cronicidad. Es desde este vacío que, a partir de un posicionamiento basado en el psicoanálisis, se intentará **crear**:

- **Por un lado, se abordará la práctica psicopedagógica desde un lugar que permita alojar en ese vacío a un sujeto de deseo;**
- **Por otro lado, se apostará a que el sujeto advenga en la creación de su “propio arte”.**

Por lo tanto, la presente producción consta de cierto recorrido bibliográfico respecto del tema a investigar, articulado con experiencias prácticas-teóricas realizadas en diversas instituciones de encierro. Entre ellas:

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial, Dr. José Tiburcio Borda. (Buenos Aires)

Centro de Salud Mental, Hospital Dr. Pedro Ecay (Carmen de Patagones)

Centro de Alta Contención, Hogar Adalberto Pagano (Viedma).

1.1 FUNDAMENTACIÓN:

La práctica psicopedagógica puede ser pensada desde una amplia diversidad de posicionamientos para un *saber hacer*. Estas prácticas están sustentadas por marcos teóricos que, lógicamente, varían respecto de la especificidad de la formación y del campo de acción en el cual se intervenga.

Este escrito pretenderá dejar plasmado UN posicionamiento teórico posible, a través del cual se intentará producir cambios en UN posible campo de acción, en este caso las instituciones de encierro.

UNA de las más reconocidas instituciones de encierro de nuestro país es el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José Tiburcio Borda. El cual, lleva mas de 130 años dedicados a la atención e investigación en Psiquiatría,

³ Patricia Luján, recurriendo al texto de la enseñanza de Lacan, dice que si el psicoanálisis es un arte, el estilo es el modo en que toma forma en cada caso la operación propia de ese arte.

Neurología, Psicología y en las últimas décadas también a los diversos aportes del psicoanálisis. Por lo tanto, se caracteriza por ser una institución decana en el abordaje y enseñanza de las disciplinas que se ocupan de la enfermedad y salud mental. Es por esto que decido realizar parte de la residencia en el seno de dicha institución, a los fines de poder teorizar en este escrito una serie de cuestiones inherentes a la posibilidad de generar espacios alternativos de aprendizaje en hospitales psiquiátricos e instituciones de encierro, que concentran mi deseo de aprender en la práctica psicopedagógica.

Teniendo en cuenta que dentro de la amplia gama de profesionales que trabajan en el Hospital Borda, muy difícilmente es mencionada la Psicopedagogía, en tanto que parece quedar generalmente asociada con prácticas relativas a sujetos que se encuentran atravesando la franja de edad que los ubica en la infancia-adolescencia, a través de esta investigación se plantea la necesidad de dar cuenta que en el marco de un Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario de adultos, el psicopedagogo posicionado desde el lugar a exponer tiene incumbencia y formación pertinente para generar propuestas y aportes varios.

Asimismo, me he encontrado en más de una ocasión con que el psicopedagogo parece quedar excluido del ámbito de la salud mental – lo cual puede dilucidarse tanto a través del discurso social como del de la mayoría de los profesionales que trabajan en el Hospital Borda, los cuales reducen la práctica psicopedagógica a la enseñanza, o bien no le dan lugar, al decir del DR. Anibal Goldchluck⁴“...la verdad es que no veo una utilidad inmediata que se desprenda de la naturaleza de los hechos que nosotros tratamos acá para que un psicopedagogo se incorpore participando en los procesos terapéuticos que acá se llevan a cabo...”, -. (Ver Anexo I).

Son, básicamente, estas cuestiones las que me movilizaron a intentar el desafío de investigar este posible campo de la psicopedagogía.

Debido a la necesidad de incursionar e intentar **crear** algo diferente en el seno de las instituciones de encierro, así como de pensar en una institución que aloje

⁴ Entrevista a Anibal Goldchluck. Medico psiquiatra con formación Psicoanalítica. Jefe del Servicio de Consultorios Externos. Hospital Borda.2005.

*sujetos*⁵, es que se expondrán en el presente escrito algunos ejemplos de experiencias prácticas en el Hogar Pagano y también en el Centro de Salud mental, Dr. Pedro Ecay.

Me propongo, a través de esta investigación, ampliar mi conocimiento y formación, al mismo tiempo que realizar aportes al campo psicopedagógico, en relación a las posibles prácticas institucionales y el aprendizaje, situándolas y recortándolas dentro del gran espectro que el campo de la psicopedagogía ofrece.

Por lo tanto, la idea de realizar esta investigación surge a partir de un interés basado en poder pensar, reflexionar, criticar, cuestionar, las posibilidades y el alcance del psicopedagogo en su contribución al tratamiento de las psicosis y su actividad laboral en instituciones de encierro. También de profundizar y aprender sobre las diversas posibilidades de aprendizaje en el ámbito institucional.

La relevancia institucional se relaciona con lo que ésta investigación pueda brindar al campo de la Psicopedagogía respecto de los diferentes ámbitos laborales.

La relevancia científica refiere al aporte que esta investigación pueda brindar a la producción de conocimientos científicos, y el rol psicopedagógico en las denominadas *instituciones totales*⁶.

Por otro lado, en mi tránsito por la carrera de psicopedagogía me he sentido convocado en varias oportunidades por el arte y sus posibles relaciones con el psicoanálisis. Como así también, por diversas cuestiones en relación a la educación popular y la psicología social. Es por esto que, se propone pensar el aporte de estas disciplinas en el marco de una posible práctica psicopedagógica.

1.2- PROBLEMA:

La presente investigación se origina a partir de formulado el siguiente interrogante:

⁵ Entendido desde la concepción psicoanalítica del término. Ya no como un individuo, que por tanto se plantea indivisible. Sino como un sujeto dividido por el inconsciente. Singular, sujetado al Otro.

⁶ Instituciones totales: es un término que utiliza Ervin Goffman en su obra "Internados" (1972). Y hace referencia a "...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" (pag:13).

¿Cuál sería el valor de los talleres re-creativos/artísticos y espacios grupales en hospitales psiquiátricos e instituciones de encierro en general?:

- ¿Qué lugar tendría el psicopedagogo, en tanto coordinador y co-inventor de talleres re-creativos y espacios grupales, en el tratamiento interdisciplinario de pacientes psicóticos en instituciones hospitalarias; y en el tratamiento de adolescentes judicializados en instituciones de encierro?
- ¿Cuál podría ser el rol o desempeño del psicopedagogo y sus posibles intervenciones?
- ¿Cuáles serían las posibilidades y limitaciones en el marco de dichas instituciones respecto del alcance de la Psicopedagogía?
- ¿De qué aspectos podría servirse el psicopedagogo en el trabajo interdisciplinario?
- ¿Que aportes podría brindar el psicopedagogo en el trabajo interdisciplinario?
- ¿El psicopedagogo estaría más apto para el trabajo en talleres?; ¿clínica con derivación de casos?; ¿actividades recreativas...?
- ¿Hay aprendizaje en la locura?

Con el propósito de intentar aproximar algunas respuestas a los interrogantes formulados se realizarán análisis y consideraciones de los diversos discursos que sostienen las diferentes clínicas frente a las psicosis en el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario. Dr. José Tiburcio Borda.

Se trabajarán entrevistas realizadas a profesionales de tres de los servicios que componen el Hospital:

- Servicio de Asistencia Primaria 2;
- Servicio de Consultorios Externos;
- Servicio de Arte Terapia.-
- Asimismo se ejemplificará con una experiencia práctica realizada en el centro de Salud Mental del Hospital Pedro Ecay, Carmen de Patagones, otras experiencias en el Centro de Alta Contención para Adolescentes, Hogar

Adalberto Pagano de Viedma. Como también a través de cierto recorrido bibliográfico.

1.3– OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES:

- Investigar respecto de la inclusión del psicopedagogo en instituciones de encierro, diversos abordajes en el área de Salud Mental, Interdisciplinariedad, práctica hospitalaria psicoasistencial con sujetos adultos, –según su edad cronológica- , diversos dispositivos de abordaje frente a sujetos estructurados a la manera de la psicosis; y el abordaje de sujetos adolescentes internados en instituciones de encierro.
- Realizar un recorrido por las distintas experiencias prácticas tanto psicoanalíticas como de otras disciplinas, con el objetivo de teorizar respecto de las posibilidades y recursos del psicopedagogo para ofrecer alternativas diferentes de intervención.
- Investigar sobre el valor del arte, el trabajo en talleres y espacios grupales en instituciones de encierro.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar un acercamiento a un Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario; un centro de contención para jóvenes y un centro de salud mental.
- Diferenciar las apuestas y modalidades de abordaje que sostienen, tanto el discurso médico/psiquiátrico como el psicoanalítico dentro del Hospital Borda.
- Intentar construir un posicionamiento psicopedagógico en base a determinados aportes de la teoría psicoanalítica -estableciendo diferencias con otras disciplinas como la psicología social y la educación popular-.

- Adoptar o construir cierto posicionamiento respecto de los diferentes discursos que sustentan las prácticas en el marco de las instituciones de encierro. A partir de la lectura crítica de entrevistas realizadas a una serie de profesionales del ámbito hospitalario.
- Intentar dar cuenta de la importancia del psicopedagogo en el ámbito hospitalario psicoasistencial e instituciones de encierro en general.
- Indagar acerca del fenómeno de la psicosis, el arte y los aprendizajes desde un marco psicopedagógico.

2- ESTADO DEL ARTE:

Luego de realizar un amplio buceo bibliográfico en investigaciones, textos, artículos y páginas web, se dividirá el tema en tres perspectivas, que a continuación serán expuestas, de modo que proporcione cierto ordenamiento con el objeto de amenizar la lectura. Las perspectivas a trabajar son las siguientes:

- LA INSTITUCION HOSPITALARIA Y LA DIVERSIDAD DISCURSIVA;
- MODOS DE CONCEPTUALIZAR LA PSICOSIS Y POSIBLES INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN INSTITUCIONES;
- OTROS ENFOQUES Y DISPOSITIVOS.

2.1- LA INSTITUCION HOSPITALARIA Y LA DIVERSIDAD DISCURSIVA:

En el presente apartado se expondrán una serie de producciones relacionadas con el ingreso del psicoanálisis en las instituciones hospitalarias, las diferenciaciones entre el modelo médico y el psicoanalítico, y el lugar del profesional y de la demanda:

En la conferencia denominada: “Problemas clínicos para el psicoanálisis” (1981)⁷, se hace referencia a problemas clínicos para el psicoanálisis en el seno del hospital, en tanto se destaca que, “...el subsuelo de la clínica psicoanalítica se arraiga en la herencia psiquiátrica”. En este artículo se considera que la clínica psiquiátrica de esa época es, pura y simplemente, una clínica de la medicación, vale decir, una clínica que alivia las afecciones del paciente a partir de los posibles efectos de los medicamentos.

Frente a esa clínica, los autores proponen una eventual *clínica del significante*. Esta es una clínica porque como lo recordaba Lacan, supone un lecho sobre el cual se acuesta alguien y se le propone que hable.

En este artículo son diferenciadas las diversas conceptualizaciones de –*síntoma*–, en tanto para la clínica médica será pensado como una afección a silenciar y

⁷ Conferencia dictada en el marco de la sección clínica del departamento de psicoanálisis de la Universidad de Paris VIII.

aliviar, mientras que para la psicoanalítica, será pensado como una formación inconsciente y por tanto la apuesta se dirigirá a desplegar el síntoma, interrogarlo y trabajarlo a través de la palabra.

Asimismo, se establece una diferenciación entre *clínica muda* (de esta forma se denominará a la clínica médica), y *clínica del significante* (de este modo se denominará a la clínica psicoanalítica).

Resulta elocuente tomar estos aportes, ya que es importante rastrear desde sus orígenes la inclusión del psicoanálisis en el hospital, para poder pensar en una práctica psicopedagógica en el hospital, desde un posicionamiento psicoanalítico.

Asimismo cabe aclarar que en la actualidad la práctica psiquiátrica, en algunos casos tiene mayor flexibilidad, en tanto que, se le da gran importancia a la palabra por sobre la medicación, aunque sostengan a la medicación como referencial. El posicionamiento psiquiátrico ortodoxo descrito anteriormente no ocurre en todos los casos y esto se evidencia en las entrevistas realizadas a profesionales de hospitales públicos (véase anexos I y II).

Otra de las obras importantes para este recorrido es: "Notas sobre psiquiatría y psicoanálisis" (Fischman, M. 1982).

El autor realiza una diferenciación entre los diagnósticos psiquiátrico y psicoanalítico. Se servirá de algunos aportes de Sigmund Freud, considerando al método descriptivo como prevalente en la psiquiatría. Coincidirá con Freud en que, dicho método es insuficiente e incapaz de establecer una nosología (y una semiología) racional.

También dirá que el psicoanálisis nace en un corte epistemológico que al realizarse implica re-ubicar todos los términos. Asimismo, plantea que el método descriptivo se demostró incapaz de dilucidar el problema de la causa. La aplicación del nuevo método de interpretación (método psicoanalítico) constituye la apuesta freudiana para resolver el problema de la etiología.

Plantea además que, la enseñanza de Lacan retoma y sigue este camino, determinando la exigencia de un diagnóstico estructural de los cuadros clínicos y no de acuerdo a la descripción de sus síntomas y del fenómeno.

Fischman dirá que el diagnóstico es interno al campo del psicoanálisis e influye en la dirección de la cura. La lectura y el estatuto del síntoma, se encuentran muy lejos del discurso psiquiátrico para el autor.

Esta obra fue tomada esencialmente por las particularidades que se destacan del diagnóstico psicoanalítico en diferencia de otros. Conceptualización que permitirá pensar en qué lugar cabría ubicar al diagnóstico psicopedagógico.

Por otro lado, en la Jornada denominada: “ “3” Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Prov. De Buenos Aires”. (La Plata 1989), se realiza una caracterización de las demandas que desde la institución médica se dirigen al “psi”, a través de la llamada *interconsulta*. Los disertantes plantean que la interconsulta se revela como un campo heterogéneo, en una intersección, en un entre-dos discursos, en el que las distintas presentaciones de la demanda médica responden a distintas razones coyunturales a partir de las cuales se intentará descubrir los resortes estructurales.

Se plantea que hay dos éticas que divergen: la ética médica y la ética psicoanalítica.

En la medicina en general, se ha tratado de recuperar la función sagrada del médico, que convoca al profesional “psi” allí donde algo falla, este intento de convertir la profesión médica en una “forma de técnica de filantropía”, en una suerte de ideología, armada en torno de la función social de la medicina, retorna, al decir de los autores, como imposibilidad, la interconsulta. Retorno que, como efecto de verdad, Freud llamó malestar o síntoma.

Continuando con el recorrido, en una entrevista realizada a Emiliano Galende (1990)⁸, éste plantea que la particularidad del psicoanálisis es que genera una

⁸ Entrevista a Emiliano Galende. “Diarios Clínicos 2. En los bordes de las psicosis”. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires .(1990).

demanda dentro del territorio de las prácticas terapéuticas, pero al mismo tiempo no la responde de acuerdo a las prácticas terapéuticas. Esto es, demanda de salud, demanda de bienestar, demanda de curación, que **se responde bajo una forma interrogativa**. A diferencia del psiquiatra que, entiende el autor, asume esa demanda para responderla y la responde en plenitud. **Aquí se crea una especificidad y una diferenciación del psicoanálisis. Lo que varía es el modo de respuesta.**

Culmina el artículo con la siguiente frase "...me parece legítimo que mucha gente que no logre sostenerse en esa situación conflictiva de trabajar en el seno de una institución, se aleje; no me parece bien que digan que es porque el psicoanálisis no se puede hacer en la institución..." (Galende, E; 1990).

En este punto será importante mencionar que es a partir de que el sujeto comienza a interrogar su demanda que se podrá iniciar un trabajo en relación a su deseo. Y que, cuando los dispositivos institucionales no permiten trabajar desde determinados posicionamientos, pues habrá que **INVENTAR formas y dispositivos de intervención**.

En el artículo: "Psicoanálisis en el Hospital" (Bekerman, J. 1990), el autor se propone articular algunas consideraciones referentes al lugar del psicoanálisis en el hospital. Se preguntará si el lugar es de teoría o de práctica. Dirá que la definición de una práctica como analítica proviene no de elementos empíricos (frecuencia o duración de las sesiones, diván, etc.) sino teóricos.

Se interrogará acerca de la posibilidad del análisis en un hospital, a lo que propone considerar el-caso-por-caso predominando sobre la generalización y la anticipación.

Plantea que, la intervención psicoanalíticamente eficaz –o sea el sujeto como enigma para sí mismo- tiene una persistencia en el tiempo que es irreductible a la duración concreta de su tratamiento en el hospital.

Y dirá por último que, el más significativo de los factores que pueden responder por la dificultad de la práctica analítica en el hospital es el dinero.

Es importante indagar acerca de los obstáculos que se le presentan a la práctica analítica en el hospital, para poder trabajar, más adelante, las posibilidades de la práctica psicopedagógica con bases psicoanalíticas.

Con respecto al pago, por ejemplo, podrá pensarse, desde la práctica psicopedagógica, la posibilidad de que los sujetos puedan retribuir a través de sus producciones, tanto en el seno de un taller de arte, espacio grupal de reflexión, etc.

En la publicación de las Jornadas denominadas: “ “IV” Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Prov. De Buenos Aires” (S/F), se plantea la pregunta de: ¿el psicoanálisis y la medicina pueden convivir en un hospital general?. También se interroga sobre la posibilidad del psicoanálisis en una institución hospitalaria. En un momento el autor disertante se sirve de una frase de Lacan de, “Psicoanálisis y medicina” en donde dice: “...se trata del lugar que ocupa el psicoanálisis en la medicina, que hasta el momento ha sido un lugar extraterritorial, marginal”. (S/F).

El ingreso del psicoanálisis en las instituciones hospitalarias puede aparecer como sinónimo de su integración en el orden médico, ya que, plantean los autores, quien acude a buscar alivio a un hospital, no sabe de antemano que puede encontrarse con la oferta de un que-hacer con su padecimiento, diferente al de la medicina. Culminará concluyendo que **ambos discursos pueden convivir en el hospital, sin que uno invalide al otro, ni se complementen**. Son diferentes, simplemente.

Se entiende que la convivencia institucional entre la medicina y el psicoanálisis, en la actualidad ya es un hecho, y esto se puede corroborar con el material de entrevistas realizadas a profesionales de Hospitales Públicos (véase anexo I y II).

En el artículo: “El lugar del psicoanalista en una guardia médica. ¿psicoanálisis de urgencia?⁹”, se expone un trabajo basado en la experiencia profesional de

⁹ Psicoanálisis y Hospital. “El lugar del psicoanalista en una guardia medica. ¿psicoanálisis de urgencia?”. Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. Buenos Aires. (S/F).

integrantes de una guardia médica de hospital general perteneciente a la denominada área de urgencia.

En la siguiente frase queda resumida, de alguna manera, la postura del artículo: "...la opacidad de las paredes de las instituciones encierran en sus ámbitos rodeados los secretos de la práctica cotidiana, esa que por repetida deja de ser posible de replanteo, se vuelve objeto vacío de reflexión. La práctica psicoanalítica en un área de urgencia, cuestiona, repiensa ese lugar cotidiano y coloca al saber fuera de su cliché de Amo, para convertirlo en discurso que (se)interroga".

En este punto será importante promover una práctica, en el seno de una institución, que apunte no solo a que los sujetos puedan interrogarse respecto de su saber, sino también a que quien coordine o intervenga desde este lugar tenga la capacidad y flexibilidad como para interrogar, pensar, re-pensar, y re-plantear su práctica, en función de los efectos que se producen en la singularidad de los sujetos con los cuales trabaja.

2.2- MODOS DE CONCEPTUALIZAR LA PSICOSIS Y POSIBLES INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN INSTITUCIONES:

En el presente se intentó buscar producciones referidas a conceptualizaciones de las psicosis y sus posibles modalidades de abordaje.

Se expondrán conceptualizaciones psicoanalíticas que permitan diferenciar a la estructura psicótica de la neurótica, en relación al saber, la certeza, la pregunta, entre otras características estructurales:

En la obra "Desencadenante y estabilización en la psicosis" (luorno, R; 1989), se plantea que, "...en la neurosis es característico el *enigma del Otro..*", refiriendo a: "...ese punto de ignorancia que se sustituye en la psicosis por la certeza, que prodiga y dirige la alucinación como respuesta en el lugar del Otro¹⁰, respuesta

¹⁰ Otro: En el marco psicoanalítico, se hace referencia al Otro, con mayúscula, diferenciándolo de cualquier otro semejante, como una función constituyente para el sujeto, en tanto la figura es de "Otro primordial", es decir, quien en los momentos iniciales le dará un lugar, le aportará significantes, lo nombrará, etc.

alucinatoria anterior a toda pregunta que el sujeto pueda formularse ahí”. El autor propone, que el analista se ubique como *testigo y garante* del esfuerzo y el sufrimiento por el que el psicótico debe pasar para (re) instaurar su nuevo universo.

Estas son importantes herramientas, que permitirán pensar el lugar del psicopedagogo en la institución y posibles intervenciones.

En este punto, se sostiene que la práctica no apuntará a callar el delirio en caso de que se presente en los sujetos con los cuales se trabaje, sino desplegarlo e intentar a partir de éste *construir* algo en el orden del aprendizaje y del sujeto en su singularidad, que le posibilite, entre otros efectos, producir lazo social, en lugar de quedar excluido de la sociedad.

En la Obra: “La Maldición Psicótica” (Kreszes, D; 1993), se menciona la necesidad de que a un sujeto, le sea otorgado *un lugar*, independientemente del carácter del mismo. Formalizado por Lacan en “... de una cuestión preliminar...” como efecto de la sustitución del deseo de la madre por el nombre del padre, en la fórmula de la metáfora paterna. Operación esta que funda un lugar como fálico.

En cuanto a la posibilidad de ofrecer un lugar a un sujeto psicótico, esto será de primordial importancia a nivel estructural, en tanto que la estructura psicótica se caracteriza por la ausencia de un lugar de terceridad que produzca un corte a la relación dual en la que suele quedar “atrapado” el sujeto.

En este punto, la hipótesis de la presente tesis, consiste en que éste lugar de terceridad, podrá ser otorgado en la práctica, a través del dispositivo mismo de trabajo, como también de diversos objetos ofrecidos para trabajar, producir, socializar en el marco de la cultura.

En la obra “Un psicótico en análisis. Psicosis y psicoanálisis”. (Silvestre, M; 1995), respecto del **saber**, el autor dirá que cuando este emerge para el psicótico, cuando le salta a la vista, es más bien como saber del Otro. Y ese no es un saber

supuesto, el autor lo plantea como un saber que se impone al sujeto. En relación a *el lugar del análisis* el autor, a lo largo de su artículo, plantea que muchas veces el análisis ofrecerá la posibilidad de una economía del goce, administración del goce.

En este punto será considerable pensar, en la posibilidad de ofrecer un dispositivo que permita al sujeto regular su goce. Dispositivo que podrá contemplar la creación por parte de los sujetos, y la socialización de sus producciones.

En el artículo: “Testigo en la psicosis. Psicosis e institución¹¹”. (Oliveira, S; S/F), respecto del desencadenamiento de una psicosis, se plantea que este se debe a una falta en el orden del significante, cuando no son suficientes “las muletas imaginarias”. Asimismo agrega que, “...al producirse un llamado al lugar del Otro, en ese momento nadie responde. Solo la riqueza alterada de los fenómenos en el campo del lenguaje”.

En relación al lugar del analista, entiende Oliveira que al ofrecerse como testigo y garante, brinda la posibilidad de sostener su existencia en la realidad. Al desalojarlo del lugar de completud del Otro, pone límite al goce que aniquila al psicótico.

Es fundamental, en este punto, apelar a la hipótesis de que, en la medida que el sujeto pueda sostenerse generando su propio arte, probablemente este trabajo contribuya también a la prevención de desencadenamientos psicóticos, en el punto en que le estaría brindando mayores herramientas del orden de lo simbólico al sujeto, con apoyatura imaginaria.

En la obra, “El sujeto psicótico escribe...”. (Laurent, E; S/F), se tomará la conceptualización de inconsciente de Freud, quien dirá que, se halla, en la psicosis, al descubierto. Eric Laurent continuará su recorrido con Lacan, quien indicará por consiguiente, que el psicoanalista deberá prestarse a ser el secretario

¹¹ Oliveira, Silvia. “Testigo en la psicosis. Psicosis e institución”. Psicoanálisis y el Hospital N°9. (S/F)

del alienado, pero esto no significa simplemente ponerse en el lugar del dispositivo de toma de notas. Ser el secretario del alienado es también hacer lo que Freud ha hecho: *introducir el sujeto*.

Por su posición misma, el acto psicoanalítico aspira a introducir el sujeto en el texto psicótico, y a ordenar, a partir de allí, la producción que va a escalonarse.

Esta posición planteada por Eric Laurent, podríamos hacerla extensiva por intermedio de esta tesis, siendo ni menos que la introducción de un horizonte de deseo para el sujeto, en el dispositivo que compromete a su manera de vincularse con los otros en torno a una producción, a su modo de aprender.

2.3- OTROS ENFOQUES Y DISPOSITIVOS:

Las siguientes producciones refieren esencialmente a la educación popular, la psicología social, el trabajo grupal, el arte. Ya que resulta interesante poder evidenciar otros antecedentes de intentos de pensar la articulación entre subjetivación y aprendizaje:

En la obra: “La educación como práctica de la libertad”¹². (Freire, P; 1973), el autor se interrogará acerca de... “¿qué significa educar, en medio de las agudas y dolorosas transformaciones que están viviendo nuestras sociedades latinoamericanas, en esta segunda mitad del siglo XX?”.

Frente a lo cual revelará que entiende a la educación verdadera como: praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo.

La pedagogía de Paulo Freire es, por excelencia, una “pedagogía del oprimido”. No postula, por lo tanto, modelos de adaptación, ni de transición, ni de “modernidad” de nuestras sociedades. Postula modelos de ruptura, de cambio, de transformación total.

¹² Freire, Paulo. 1973. La educación como práctica de la libertad. XXI siglo veintiuno editores sa. Argentina.

Con respecto a la posición que adopta Paulo Freire en esta obra, es substancial aclarar que, es referenciado en este trabajo en tanto propone un quiebre con la modalidad tradicional de educar, en el cual cuestiona el orden social y apuesta al hombre como alguien que con su reflexión y su práctica puede generar transformaciones sociales. Lo cual revela una manera de pensar al sujeto que no tiene que ver con un objeto sobre el cual se depositan conocimientos.

El trabajo psicopedagógico que se propone en esta tesis, apuntará a la singularidad de las personas en cuanto a sus modos de producción, y se apostará a un sujeto del inconsciente. No obstante, en lo que tiene que ver con la “transmisión” se promoverá la reflexión y la producción en el contexto cultural y social actual.

En la obra “El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual¹³”. (Ranciere, J; 2005), se presenta una “aventura intelectual”, en la que Joseph Jacotot, lector de literatura francesa, se encuentra, en la Universidad de Lovaina, intentando enseñar holandés siendo que el ignoraba este idioma, y además tenía que enseñarlo a un buen número de estudiantes que ignoraban el Francés.

El se propone hacerlo para responder a los deseos de ellos y con la consigna de no explicar...

Esta es una experiencia que resulta atractiva, en tanto presenta una modalidad de transmisión que se orienta en el deseo de quienes son beneficiarios. En dicha obra, se evidencia la importancia de no “explicar” al sujeto lo que podría aprender solo.

Servirá para pensar que la apuesta a que un sujeto pueda aprender no se orienta por el deseo de quien enseña, sí por un deseo común, en el que el del sujeto es irremplazable. Y se tratará de respetar los tiempos y las formas de aprender de cada sujeto en singular.

¹³ Ranciere. Jacques. El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual. EDITORIAL LAERTES. 2005. Barcelona.

En el Seminario: “El Proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere”¹⁴. (Freire, P; Quiroga, A; 1985), se plantea que la sociedad procura garantizar el orden social y su propia continuidad. Crea una pedagogía que pretende la internalización de modelos generadores de sujetos, que continúen reproduciendo la sociedad.

Convergen Paulo Freire y Pichón-Riviere al instrumentalizar a las personas para que desarrollen un proceso educativo que facilite el surgimiento de “nuevas cabezas”. El educador y el psicólogo social se complementan al explicar cómo es el sujeto, cómo es la práctica revolucionaria que el sujeto puede realizar, cuán importante es la capacidad creativa de los hombres.

En la mencionada obra se valoriza primordialmente la capacidad de crear de los hombres, valor que se otorga en cuanto a los efectos que pueda producir en el orden social.

La importancia de la producción creativa para este trabajo de tesis, se relacionará no solo con los efectos que genere en el orden social, sino también y sobre todo con los efectos que produzca en la subjetividad del sujeto que aprende, socializa, crea.

En la obra: “Conversaciones con Enrique Pichón-Riviere sobre el arte y la locura” (Zito Lema, V; 1998), puede apreciarse un interesante recorrido y experiencias varias de Pichón-Riviere en su tránsito por los hospicios, que revela sus modalidades de abordaje, sus modos de entender al aprendizaje, y la valorización del arte respecto de la locura, entre otros temas.

Las experiencias de Enrique Pichón Riviere contribuyen sobremanera al campo de la locura y el arte, el autor relata la importancia que tuvo haber implementado el deporte con pacientes psiquiátricos, espacios grupales, promoción de creaciones

¹⁴ Freire, P; Quiroga, A. Seminario: “El Proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere. EDICIONES CINCO. San Pablo, Brasil, 20, 21 y 22 de Septiembre de 1985.

artísticas, etc. Es posible hacer diferentes lecturas de los efectos que generaron las prácticas de Pichón Riviere en sus internos, incluso éstas prácticas podrán ser leídas desde diferentes disciplinas.

Desde el posicionamiento psicopedagógico que se plantea, la implementación de este tipo de prácticas se considera de gran importancia, en tanto se las piense como instancias de aprendizaje y re-creación en las que los sujetos se comprometen, en ocasiones, subjetivamente, y por lo tanto la actividad produce determinados efectos en su subjetividad.

2. 4 – PRODUCCIONES GENERADAS EN EL MARCO DE LA PSICOPEDAGOGÍA:

En referencia a las producciones generadas en el marco de la psicopedagogía que apunten a una práctica que proponga al arte como herramienta de intervención en instituciones de encierro, con adolescentes y adultos, no se ha encontrado ningún antecedente.

Sí se encontró, una obra de la Lic. Scanio Elsa Lino, denominada “Arterapia¹⁵”. *Por una clínica en zona de arte*. La cual consta de conceptualizaciones teóricas y experiencias prácticas con niños y adolescentes muy ricas e innovadoras en Hospitales públicos.

En la mencionada obra, la autora plantea que, “Una clínica en zona de arte no centra su interés en el esteticismo del producto, sino en los aspectos relativos a los procesos artísticos y su equivalencia con los procesos de elaboración de un conflicto”. (Scanio, E; 2004).

Es en este punto que la autora pondrá mayor énfasis a lo largo de su producción: en los procesos artísticos y de elaboración, por sobre el producto terminado.

Y argumenta su postura diciendo que, “...la obra lista no muestra a los ojos del afuera el silencio inicial de la hoja en blanco, ni el caos previo al primer corte, al primer trazo” (...) “Lo que aparece enmarcado, prolijamente expuesto en las

¹⁵ Elsa Scanio. Buenos Aires – México. 2004.

paredes de las galerías no deja entrever el azar de las mezclas ni el olor de las tintas ni los pequeños ruidos de la intimidad del taller” (Scanio, E; 2004).

Más adelante, sintetiza su argumento de la siguiente forma: “...nosotros, como terapeutas, privilegiamos esa intimidad, a favor del proceso clínico, porque ésa será nuestra zona de posible intervención. Es en ese clima, equivalente, no igual, al del estudio o *atelier* del artista, donde tendremos alguna posibilidad de capitalizar las virtudes del proceso sobre el producto. (Scanio, E; 2004).

El posicionamiento de este trabajo de tesis, se diferencia del que se expone, en el punto en que se valorizará tanto el proceso de creación, en términos de aprendizaje, como el producto realizado, el cual será socializado y producirá lazo social. Esto generará efectos a nivel subjetivo y de re-inserción social. En tanto el sujeto puede ser nombrado socio-culturalmente a través de su producción.

En relación al lugar que la autora le da al arte en la clínica, menciona, “...esta clínica no está relacionada con lo catártico ni con una exaltación de la expresividad; tampoco con una psicología de la representación, sino con reciclar el carácter “diferencial” del conflicto en acontecimiento de lo diverso. Este acontecer hará su itinerario en diferentes registros (corporal, plástico, literario o dramático)”. (Scanio, E; 2004).

En este punto, la diferencia con el presente escrito se establece en que, en éste se profundizará sobre los efectos subjetivos que produce la creación y socialización en el marco de lo que Lacan planteó como “El Síntoma” en 1976 (Seminario 23).

Asimismo, la autora, agrega que, “hablar de arte a secas” es hablar de producto terminado, resultado, a veces también rótulo, título o encabezamiento, pero en ninguno de los casos el arte en su carácter de sustantivo alude a un arte en proceso.

Por último, Elsa Scanio propone abrir el término *arte* al verbo infinitivo: *artear*, “...para luego encontrar la metáfora de arte en proceso, un gerundio del arte: *arteando*”. (Scanio, E; 2004).

Términos estos, que trabajará a lo largo de su obra y que le permiten, nuevamente, valorar el proceso y la elaboración, sobre el producto realizado.

3- ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO:

3.1- MARCO TEÓRICO:

La labor psicopedagógica para quien opta por trabajar desde un marco teórico psicoanalítico, con bases freudo-lacanianas¹⁶, deberá ser pensada como una práctica que en su complejidad tiene en cuenta al **sujeto del inconsciente** en su contexto cultural-social-familiar e interviene sobre él , muchas veces, apostando a instaurar algo en el orden de la falta, la ley, el deseo de saber, o producir un re-posicionamiento subjetivo.

Históricamente la “locura” ha sido pensada de variadas formas. En sus orígenes se creía ésta era una “posesión” que “transformaba” al hombre en otro distinto,

¹⁶ El término refiere a las bases teóricas que sostuvieron Sigmund Freud y Jacques Lacan.

asimismo se creía en la existencia de una fuerza externa que actuaba sobre el hombre.

Después del Renacimiento esta “posesión” es pensada como posesión del espíritu, abolición de la libertad. Siendo relacionada la locura con lo demoníaco.

En los siglos XVIII y XIX se restituye a la enfermedad mental su sentido humano pero se excluye de la sociedad a quien la padece.

En este marco es que las instituciones de encierro son creadas en función de alojar a aquellas personas que por diferentes motivos se considera que no podrían convivir en sociedad, al menos provisoriamente.

Pensar en la posibilidad de que un sujeto pueda ser “alojado” por la institución, implicará necesariamente, ante la postura del presente escrito, la creación de un lugar de contención que promueva y potencie en los sujetos sus capacidades de socializarse, subjetivarse, sea a través de la palabra, la música, el arte.

En el Hospital Dr. José Tiburcio Borda¹⁷, convive una amplia trama interdiscursiva que sostiene cada modalidad y/o dispositivo de abordaje. Dentro de esta diversidad de discursos y prácticas será considerable pensar que algunos discursos se encuentren más fuertemente arraigados que otros, más aún si cuentan con historias fundacionales. En tanto el Hospital en mención está fundado desde la tradición médica.

Desde una mirada analítica se puede evidenciar que la institución médica se administrará desde un lugar, donde lo que se supone es que los hospitales existen porque existen las enfermedades (es decir que estas instituciones son el efecto de una causa), y esta “causa” de los hospitales, es su objeto.

En la “3” Jornada de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Prov.” (1989), se afirma que si el objeto de la medicina es la enfermedad, ésta es, como *objeto “a”*¹⁸, causa de su deseo. **El psicoanálisis, se dirige al sujeto del inconsciente y su objeto es una ausencia, una falta que causa el deseo de este sujeto.**

¹⁷ Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario. Ciudad de Buenos Aires.

¹⁸ Objeto a: Se entiende por objeto a, en el marco psicoanalítico, al resto real resultante de la operación de barramiento del Otro.

El saber, en el marco de la tradición médica, será entendido como propiedad del médico: el enfermo debe informar (sus síntomas), obedecer (el tratamiento) y sanar. El hecho de tomar en cuenta la disposición del enfermo supone que, aunque el médico sepa, también es necesario que el enfermo “crea” en su saber, que le suponga un saber.

Desde el posicionamiento psicoanalítico, no habrá un saber previo que deba ser impuesto al sujeto, que lo restituiría a una normalidad preestablecida, sino que **es el sujeto quien sustenta un saber, pero que no lo sabe.**

El hecho de que el sujeto pueda “creer” en un saber lo llevará a poder “crear” un saber respecto de su subjetividad, su relación frente a los otros y la singularidad de su deseo. Es a esta **creación** que se apostará respecto de la intervención del psicopedagogo.

Una de las causas posibles de las dificultades que los sujetos presentan en relación a la construcción de sus aprendizajes podrá estar relacionada justamente con el *saber*¹⁹. El saber se funda a partir de las relaciones de carácter estructurantes con otros significativos para el sujeto. Hay un núcleo subjetivador fundamental que en psicoanálisis se denomina: *Complejo de Edipo y de Castración*, a partir de los cuales se conforma lo esencial de la subjetividad humana. El psicoanálisis concibe al humano como un *sujeto dividido por el inconsciente*.

Respecto del **Saber Médico**, a diferencia del psicoanalítico, el primero debe obtener un saber a partir de ese cuerpo con síntomas que el paciente ofrece. **Debe entender qué es lo que le ocurre para poder diagnosticar y tratar.**

¹⁹ Saber: Desde este marco teórico el saber se entenderá como un saber de carácter inconsciente.

La apuesta del psicoanálisis, en este punto, será a que el diagnóstico se vaya construyendo, en la medida que un tratamiento, transferencia²⁰ mediante, pueda advenir de la mano del protagonismo y compromiso subjetivo del sujeto. El *saber* no estará vinculado al profesional, sino al sujeto en cuestión.

El *síntoma* se entenderá en psicoanálisis como una formación del inconsciente. Asimismo la *escucha analítica* implicará la posibilidad de que el sujeto pueda entrever que en ese síntoma haya algo más que lo visible.

Por lo tanto el lugar que se describe, respecto del psicoanálisis, tendrá que ver con una presencia que escucha y orienta al sujeto en función de su deseo.

Atendiendo a que el campo psicopedagógico, como se ha mencionado, viene apoyándose y nutriéndose de diferentes paradigmas desde su nacimiento, **esta producción psicopedagógica**, en definitiva, **propone pensar el abordaje del sujeto y su relación con el aprendizaje y la creación desde un posicionamiento psicoanalítico**. Desde este lugar se entenderá que la vida psíquica de un sujeto funciona sobre la base de tres registros: *lo real*, *lo imaginario* y *lo simbólico* y con la lógica propia del inconsciente que condiciona el pensar y la reflexión consciente.

Clemencia Baraldi (Baraldi, C; 1998) en relación a la constitución subjetiva y el aprendizaje, toma de Jaques Lacan lo que éste denominó: el pasaje del *yo soy* al *yo pienso*. Dirá que, el *-yo soy-* tiene que ver con un primer tiempo en el que se empezaría a constituir un cuerpo, en el que se aprende sin saber que se aprende. No hay búsqueda de saber. El sujeto no está consolidado en tanto tal. Se es para el Otro, es lo que se denomina el primer tiempo del *Complejo de Edipo*. En cambio el *-yo pienso-* se relaciona con el tiempo en el que existe ya la constatación de la falta en el Otro, existe la *castración*. Sería el pasaje al plano simbólico en el que el niño aprende sabiendo que aprende. Tiempo en el que existe un sujeto barrado, dividido, un sujeto del lenguaje y por lo tanto existe la palabra como articulación de significantes (S1-S2). Lo que se denomina el tercer tiempo del Complejo de Edipo.

²⁰ Transferencia: En el marco psicoanalítico, se entenderá por transferencia al hecho en el cual un sujeto le supone a otro (analista) un saber que tiene que ver con marcas singulares del inconsciente del sujeto (analizante).

Desde el marco psicoanalítico, se entiende que **la psicosis** es una estructura subjetiva. En el psicótico falla lo elemental, la metáfora paterna, esto es, hay forclusión del significante en el Nombre del Padre –la forclusión designa el rechazo radical del elemento en cuestión, en este caso del significante que representa a la función paterna (S2)-.

En la psicosis, no habiendo operado la metáfora paterna, ésta se presentifica en lo real.

Se considera que, es el anudamiento de los tres registros que actuaría como posibilitador del acceso al aprendizaje por parte del sujeto. Mientras que, en el caso de no producirse la castración simbólica, el sujeto se encontrará con dificultades para acceder a la búsqueda de objetos en la cultura, en tanto que **de no haber falta no habría motor de búsqueda, ni terceridad**. En la psicosis el sujeto contaría con un Saber de carácter certero que asegura la completud del Otro, y frente a lo que no cabría lugar para la interrogación.

En este punto se puede pensar en la intervención del psicopedagogo como facilitadora de la utilización de dispositivos o artificios de la cultura que le permitan al sujeto *anudarse*. Esto es, sustituir la ausencia del significante del Nombre del Padre con una producción cultural. Este cuarto nudo que anudaría el nudo borromeo (real, simbólico e imaginario) es el que Lacan en 1976²¹, denominó “El Sínthoma”.

3.2- MARCO METODOLÓGICO:

3.2.1- SOBRE LA ESCRITURA Y EL ESTILO: UN INTENTO DE TRANSMISIÓN

Carlos Escars, caracteriza a la escritura psicoanalítica del siguiente modo, “... como aquella escritura de crisis, escritura a-sistemática, escritura que no alude a

²¹ Lacan, Jacques. Seminario 23. “EL SINTHOMA”. (Versión crítica). 1975-1976. CEP.

la perspectiva, que no se pretende total, definitiva, objetiva, ni omnisciente. Escritura de lo singular, del no-todo...” (Escars, C; 2001).

El autor aborda el concepto de “ensayo”, en tanto UN modo de escritura:

Dirá que el ensayo adquiere una función significativa hacia fines del siglo XIX. Agotados los grandes sistemas filosóficos, la dignidad del “tratado”, de la exposición metódica, global y razonada, surge un movimiento de vindicación del ensayo en tanto “escritura de crisis y de crítica a las condiciones de la cultura” (este es un aporte tomado por el autor de Casullo; 1998), como testimonio del agotamiento de un lenguaje de la razón.

Más adelante Escars toma aportes de Adorno, en cuanto a que los pro-ensayistas subrayan la no pretensión de totalidad que ese modo de escritura supone, Adorno dice: “El ensayo piensa discontinuamente, como la realidad es discontinua, y encuentra su unidad a través de las rupturas, no intentando taparlas. (Adorno; 1962).

El ensayo, cita el autor, esta vez a Casullo, “...aparece como un planteo de querrela, de polémica, contra un saber constituido, reivindicativo lo fragmentario, la argumentación parcial, y cierta dimensión subjetiva”. (Casullo;1998).

Luego Escars toma aportes de Alberto Giordano (Giordano; 1991), quien proviene de la literatura, y entiende que es la escritura de Borges la que permite organizar las características del ensayo. El autor destaca tres características principales que definirían a un ensayo como tal:

- En primer lugar se destaca su argumentación polémica:

La polémica es indisociable, según Giordano, de la dimensión de un Ensayo, que no esta compuesto de afirmaciones abstractas, indubitables y anónimas, sino de argumentaciones hechas desde una determinada perspectiva, y por lo tanto en tensión con otras posiciones;

- La segunda caracterización es la valorización del detalle:

Hay un acto de lectura a partir del detalle, de lo fragmentario, una búsqueda que subvierte el método cartesiano, que no evade la complejidad y que elude los panoramas: de lo simple a presupuesto, a lo complejo experimentado, por tanteos inciertos y fragmentarios;

- La intrusión de la subjetividad:

Esto se manifiesta en la modalidad enunciativa del Ensayo, en la perspectiva singular desde la que habla el ensayista. Es el recurso a la primera persona, un método dramático que pone en escena una enunciación y no una reflexión, que simula un discurso en lugar de describirlo.

De acuerdo con el autor, se deduce que no será tarea simple encuadrar o categorizar al modo de escritura psicoanalítica, no obstante se considera que es bastante ajustado para la presente producción, haciendo la salvedad de lo singular del estilo, poder pensar en un modo de escritura similar al del Ensayo.

De todos modos, el sentido del acto de escritura estará enmarcado en intentar , al decir del autor, "...generar un saber aplicable y comunicable..." (Escars, E; 2001).

Por otro lado, en referencia al *Estilo*, se entiende que este mantendrá un *enlace significativa* que permitirá situar una configuración subjetiva.

Patricia Luján en el artículo "Transmisión Clínica y Estilo" (S/F), dirá que, "...el término *estilo* proviene del latín *stilus*: estilo, aguja o punzón con el cual escribían los antiguos en tablas cerradas". En el diccionario de la Real Academia Española, se encuentra como definición de Estilo: "Modo, manera, forma. Uso, práctica, costumbre, moda. Carácter especial que, en cuanto al modo de expresar los conceptos, da un autor a sus obras". Patricia Luján, recurriendo al texto de la enseñanza de Lacan, dice que si el psicoanálisis es un arte, el estilo es el modo en que toma forma en cada caso la operación propia de ese arte. La interrogación sobre el estilo plantea la cuestión del lazo entre la escritura y la práctica que un analista lleva adelante. En este sentido la escritura sería causa y efecto de la experiencia clínica que conduce. La pregunta que se plantea la autora es como escribimos eso que leemos, suponiendo que cuando escuchamos, leemos.

Si retomamos la etimología de la palabra **estilo** podemos pensar que ese objeto, punzón que hace traza, permite hacer de un decir un estilo, entremezclando en su tejido palabra y letra. Por lo tanto, si algo de la experiencia clínica que el analista

conduce hace escritura, pareciera que no es sin que el estilo se juegue en ese texto.

Nora Altman en su artículo “Modos de decir la clínica” (S/F), señalará: “...nuestro instrumento es la palabra, pero, paradójicamente, aquello que intentamos abordar no puede aprehenderse completamente por esa vía. Tanto la clínica como la teorización que podamos hacer de ella buscan alcanzar algo que está más allá de la palabra, aunque ese “algo” sólo sea abordable a través de esta”. (Altman, N; S/F).

Entonces si de lo que se trata es de transmitir, vemos en el artículo mencionado que el término *transmisión* conduce etimológicamente a la noción de atravesamiento; ruptura y superación: el prefijo “trans” significa “más allá”. En algún sentido podría implicar lo contrario: romper con formas conocidas para que sea posible acceder a algo de un orden muy diferente.

Consiguientemente, se propone, mediante este trabajo, transmitir un modo de intervenir y de pensar la cuestión del arte, la locura y las instituciones, a través de una producción escrita, en tanto producción “artística”. Se plantea la transmisión a través de la creación.

Nora Altman dice, “...toda narración, aún la narración de hechos acontecidos, tiene necesariamente en mayor o menor medida, un componente ficcional”. (Altman, N; S/F).

Tomando el término ficción y observando que su procedencia etimológica nos conduce a nociones como: dar forma, fabricar, crear, modelar; consideramos que lo buscado debería ser el espacio para lo no sabido y para lo que no cierra. Y de esta forma el aprendizaje y la creación podrán acontecer.

Altman expresa “...no se trata de no ir en busca de lo que se sabe, sino de acudir al encuentro de lo inesperado” (Altman, N; S/F).

Igualmente, respecto de la *escucha*, la apuesta será a escuchar lo novedoso, a permitirnos sorprendernos...

3.2.2- DIMENSIONES DE ANÁLISIS:

- Los puntos esenciales a trabajar serán:

Respecto de las entrevistas a profesionales del ámbito hospitalario:

- Concepción de psicopedagogía y función del psicopedagogo;
- Lugar del psicopedagogo en hospitales psiquiátricos;
- Opiniones en torno a las políticas de salud mental que ponen en cuestionamiento la existencia y la lógica de las instituciones de encierro;
- Aprendizaje y psicosis;
- Apuestas y propuestas para el trabajo con sujetos psicóticos en el seno de hospitales psiquiátricos;

Respecto del material bibliográfico:

- Arte, psicoanálisis y psicopedagogía;
- Trabajo grupal, modalidad de taller, el valor de lo diferente;

Respecto de las experiencias prácticas:

- Análisis desde el marco teórico de referencia;
- Articulación: práctica y teoría.

3.2.3- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO: El material bibliográfico utilizado no solo contribuirá a una mayor riqueza respecto del estado del arte y a una mayor solidez del desarrollo del texto, sino que será trabajado a la manera de contrapunto entre los autores y quien escribe. Apostando de esta manera a una producción innovadora.

OBSERVACIONES NO PARTICIPANTES: Esta técnica será aplicada en las diferentes instituciones de encierro que han sido mencionadas: Hogar Pagano, Hospital Ecay, Hospital Borda. De manera que en el momento en que se realiza el

análisis bibliográfico también se cuenta con información empírica, que permitirá darle mayor rigurosidad a la investigación.

COORDINACIÓN DE TALLERES: La experiencia práctica de coordinar talleres re-creativos en instituciones de encierro, y el análisis crítico que se pueda realizar, contribuirá a la propuesta que se trabajará.

REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS (*entrevistas semiestructuradas*): Esta técnica será muy substancial en la presente investigación, ya que, se cuenta con la posibilidad de entrevistar a profesionales del ámbito hospitalario, algunos de ellos con muchos años de trabajo e investigación, referentes formativos de generaciones de profesionales de lo “psi”, dedicados fuertemente, entre otras cosas, a la transmisión.

Este tipo de técnica se relaciona con el método de recoger información mediante una conversación directa con los sujetos implicados. Las entrevistas serán abiertas, flexibles y posibilitadoras del despliegue discursivo propicio para una interacción dialéctica entre el investigador y los profesionales a entrevistar.

Esta técnica posibilitará extraer datos específicos de las diversas modalidades de abordaje e intervención, diagnóstico y tratamiento; para poder pensar la cuestión de la inclusión del psicopedagogo en instituciones de encierro.

4- PRODUCCIÓN

4.1- ACERCA DE LA LOCURA Y SUS POSIBLES ABORDAJES

4.1.1- UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO POR LA LOCURA:

“la historia, no recordará
a esos espectros, que andan solos con su alma
cabalغان, cabalغان, cabalغان en sus fantasías
persiguen lo deseable
y no se frenan con drogas inyectables”²²

A través de la obra “Enfermedad Mental y Personalidad” de Michel Foucault²³ se pretenderá evidenciar el lugar que se le fue dando a la locura históricamente, y en particular profundizando sobre su carácter alienante.

²² “Homenaje a los locos del Borda”. Bersuit Bergarabat.

²³ Foucault. M. Buenos Aires. 1º Edición 1961.

El autor propone, "...buscar la forma primitiva de la alienación en esa posesión en la que se ha visto, desde la antigüedad, el signo mayor de la locura, la transformación del hombre en "otro" distinto; el *energoumenos* de los griegos, o el *mente captus* de los latinos es aquel en quien actúa o se debate una fuerza venida de no se sabe donde" (Foucault, M;1961).

Este mismo "energúmeno" es recogido históricamente por la tradición cristiana para denunciar al demonio que lo habita y ahuyentar mediante la palabra el espíritu impuro desencadenado en él.

Asimismo el autor relata que, "... después del Renacimiento, la posesión adquiere un nuevo sentido en el pensamiento cristiano. Ya no es más perversión del cuerpo que deja intacta la libertad del alma, sino posesión del espíritu por el espíritu, abolición de la libertad, mientras que la naturaleza, obra divina, permanece indiferente al tumulto del corazón" (Foucault, M;1961).

La diferenciación que se intenta establecer reside en que, parafraseando al autor, el cristianismo despoja a la enfermedad mental de su sentido humano y la ubica en el interior de su universo; la posesión arranca al hombre de la humanidad para librarlo a lo demoníaco, pero lo mantiene en un mundo cristiano, en el que cada hombre puede reconocer su destino.

El autor sintetiza indicando, "...la obra de los siglos XVIII y XIX es inversa: restituye a la enfermedad mental su sentido humano, pero aleja al enfermo mental del mundo de los hombres" (Foucault, M;1961).

Este momento es importante porque a partir de allí comienza a ser la locura considerada como algo inherente al ser humano. Podría pensarse ya como una enfermedad mental, y lo paradójico es el método alienante que se le dispone. Se le detecta humanidad y por consecuencia se lo aísla de la humanidad.

De igual modo, en la actualidad se puede ver que la mayoría de los hospitales psiquiátricos de la Argentina se encuentran alejados del centro de las ciudades, también que en el imaginario social circulan muchos interrogantes en relación a

los “locos”, a los “loqueros”, y esto tiene que ver con que evidentemente la exclusión social hacía “la locura” continúa estando vigente de diversas formas.

Reanudando con el recorrido, el autor describe como el siglo XVIII aporta una idea capital: que la locura no es una superposición de un mundo sobrenatural al orden de lo natural, un añadido demoníaco a la obra de Dios, sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre. Por lo tanto, continuando el recorrido del autor, “...la ceguera se ha convertido en el rasgo principal de la locura; el insano ya no es un poseído, en todo caso, es un desposeído” (Foucault, M;1961).

Este momento histórico permite discernir que el siglo XVIII restituyó al enfermo mental su naturaleza humana, pero el siglo XIX lo priva de los derechos y del ejercicio de los derechos derivados de esta naturaleza. El autor agrega “...lo ha ubicado en una humanidad abstracta despidiéndolo de la sociedad concreta: esta “abstracción” se realiza en la internación” (...). “El enfermo ya no puede reconocerse en su propia voluntad puesto que se le supone una que él no conoce” (Foucault, M;1961).

Acerca de los efectos de la alineación, parafraseando al autor, se entiende que desde el sentimiento de irrealidad hasta las reacciones de indiferencia, pasando por la “anulación” de los demás, hay toda una serie de fenómenos patológicos cuyo origen podría ser denunciado en la situación de alienación en la que se encuentra todo enfermo mental.

Ante este recorrido histórico se hace ineludible cuestionar y re-pensar el lugar de las instituciones de encierro, en tanto que, será considerable deducir que podrán tener una función de “aislamiento” de la persona afectada por determinada patología, o bien como un lugar de contención y “tratamiento” que promueva y potencie en los sujetos sus capacidades creadoras, sea a través de la palabra, la música, el arte. En función de esta última opción se orienta el presente escrito, desde un aporte psicopedagógico y en post de una posible modificación.

4.1.2- (UN) RECORRIDO POR (UNA) MIRADA SOCIOLÓGICA DE LOS INTERNADOS EN INSTITUCIONES TOTALES:

A continuación se expondrá un recorrido realizado por la obra “Internados” de Erving Goffman²⁴, a los efectos de instalar una serie de elementos acerca de los efectos del lugar que ocupa un sujeto en una institución de encierro, que en oportunidades es de sometimiento.

En primer lugar cabe definir dos de los conceptos fundamentales que se van a tomar del mencionado autor, el de **institución**: “...se llama a sitios tales como habitaciones, conjuntos de habitaciones, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad” (Goffman, E; 1970); mientras que una *institución total* podrá definirse 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; 1970).

En relación a estas definiciones, en principio, sería importante revalorizar los términos **trabajo** y **actividad**, en tanto una forma de **aprendizaje** y **ocupación** que elevaría en algún punto la dignidad de los sujetos. Ya que, entre otros efectos, le haría sentir al sujeto cierto grado de relación con el afuera y de humanidad, es decir, en términos psicoanalíticos hacer **lazo social**. El lazo social será lo que humanice en tanto el sujeto ingrese en el discurso.

El autor esboza la siguiente hipótesis con respecto a la vida social de los internados: “...cualquier grupo de personas –sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados- forma una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal” (Goffman, E; 1970).

²⁴ Goffman, E. Buenos Aires. Primera Edición en Castellano 1970.

Se considerará de gran importancia instalar en instituciones de encierro prácticas que valoricen la palabra, por ejemplo, asambleas, espacios grupales de reflexión, entre otras actividades, de manera que los internos tengan una participación activa en su tratamiento e incluso puedan ser críticos en relación al orden institucional.

Otra de las características que el autor describe tiene que ver con que toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes.

Más adelante Goffman complementa, "...la tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros".

Atendiendo a que en la orientación práctica del presente trabajo de tesis se apuntará a trabajar con sujetos intentando reforzar sus posibilidades de lazo social, así como también se pretenderá producir efectos que impidan la cronicidad de las internaciones; el distanciamiento mencionado por Goffman con la sociedad produciría serias dificultades en relación a estos objetivos.

Prosiguiendo con Goffman, el autor dice, "...un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes co-participantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida" (Goffman, E; 1970).

Intentar que dichos momentos sean llevados a cabo por los sujetos sosteniendo la intención de realizar algunas en diferentes ámbitos sería un objetivo primordial. Este punto sirve para acentuar la necesidad de alguna clase de juego o actividad estimuladora de la creación.

Uno de los puntos claves de las instituciones totales lo describe Goffman como "...el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización

burocrática de conglomerados humanos, indivisibles –sea o no un medio necesario o efectivo de organización social, en las circunstancias dadas– (Goffman, E; 1970).

Es indudable que en estas prácticas no se atendería a la singularidad de los sujetos. A diferencia de nuestro posicionamiento, el cual propone un trabajo grupal sin desatender a la subjetividad de cada sujeto, la creación de un espacio que podrá incluso ser complementario de los espacios individuales de tratamiento.

Más adelante Erving Goffman establece una diferenciación entre el personal y los internos, “...los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo; el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, y está socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles” (Goffman, E; 1970).

Se considerará de primordial importancia, intentar establecer una distancia óptima entre el personal y los internos, de manera que el lugar del operador en la institución no quede afuera ni adentro, sino ubicado en un lugar que permita intervenir en función de construir el afuera desde allí adentro.

Siguiendo con el recorrido de Goffman, en cuanto a las tendencias absorbentes de las *instituciones totales*, el autor afirma que, “...decir que los internos de las instituciones tienen todo su día programado, significa que también se habrán planificado todas sus necesidades esenciales” (Goffman, E; 1970).

Este punto podrá pensarse, desde una mirada analítica, como un claro ejemplo del aplastamiento (materno)institucional que dejaría al sujeto en posición de objeto.

De este modo, el hecho de que generalmente se produzca una diferencia tan pronunciada entre el mundo exterior y el interior institucional, cambia rotundamente los modos de desenvolvimiento social de los sujetos. Lo que representa dificultades para los equipos intervinientes al momento de pensar en el

alta. Ejemplos de desmoralización se ven cotidianamente en los psiquiátricos, cada vez que los sujetos piden desquiciadamente monedas o cigarrillos, por ejemplo.

El autor considera característico que los internos lleguen al establecimiento con una “cultura de presentación” (para modificar una frase psiquiátrica) derivada de un “mundo habitual”, un estilo de vida y una rutina de actividades que se dan por supuestas, hasta el momento del ingreso en la institución.

Es innegable que mucho de lo propio de cada sujeto se pierde al momento de ser institucionalizado. Es por esto que se propone, desde este escrito, orientar las intervenciones en función de recuperar lo propio del ser, poniendo a trabajar aquellas cuestiones relativas a su subjetividad que le permitan elaborar las problemáticas que llevaron a la internación, entre otras cuestiones.

Goffman agrega: “...de ahí que si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado *desculturación* o sea, un *desentrenamiento* que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga” (Goffman, E; 1970).

Este efecto que describe el autor es lo que se denominará, desde nuestro posicionamiento, el fenómeno de la cronificación, esto es, la dificultad que se le presenta al interno para alojarse en el marco de la sociedad y de la cultura.

El autor asegura que, “...el futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible, apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que estas le brindan” (Goffman, E; 1970).

El sujeto, decimos parafraseando a Lacan, está sujeto de su cultura, linajes, costumbres e historia, y por lo tanto despojarlo de lo que conforma y sostiene a su ser podrá tener altos costos subjetivos.

Detallando el funcionamiento de las instituciones totales el autor dice que, "...en muchas instituciones totales, se prohíbe al principio el privilegio de recibir visitas o de hacerlas fuera del establecimiento, asegurándose así un profundo corte que aísla los roles del pasado, y una apreciación del despojo del rol" (Goffman, E; 1970).

En estos casos el efecto que se produce tiene que ver con un corte con la historia de los internos, desde la postura de este trabajo se considera que la historia subjetiva-familiar de cada sujeto es el principal elemento a trabajar para poder pensar en un proceso de "re-habilitación".

Con respecto a los procedimientos de admisión el autor dirá que, "...es muy frecuente encontrar al personal ocupado en lo que se llaman procedimientos de admisión. Dentro de estos procedimientos se incluyen, por ejemplo: historia social del individuo, tomar fotografías o impresiones digitales, controlar el peso, asignar números, efectuar registros, hacer una nómina de los efectos personales para enviarlos a depósito, desvestir al nuevo interno, bañarlo, desinfectarlo, cortarle el pelo, entregarle la ropa de la institución, instruirlo en las normas y asignarle los cuartos" (Goffman, E; 1970).

Además el autor agrega, "...los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor de *preparación* o de *programación*, ya que al someterse a todos esos manoseos el recién llegado permite que lo moldeen y lo clasifiquen como un objeto que puede introducirse en la máquina administrativa del establecimiento, para transformarlo paulatinamente, mediante operaciones de rutina" (Goffman, E; 1970).

En este punto el efecto a producir generaría una desubjetivación en la cual no cabría lugar alguno para que la adaptación se realice mediante una elaboración

por parte del sujeto, la que implicaría respetar sus tiempos y modos particulares de desenvolverse y relacionarse con los otros, es decir, se obstaculiza la posibilidad de aprender; por lo contrario lo que se produce es una imposición en la que el sujeto queda ubicado en posición de objeto, sin posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida.

Será importante en los talleres re-creativos a proponer, trabajar la cuestión de los tiempos subjetivos, modos de aprender, a través de la palabra, juegos, entre otras formas.

El autor continúa con su descripción diciendo que, "...al ingresar en una institución total, probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia, así como de los instrumentos y servicios con los que la mantiene, y que sufra así una desfiguración personal" (Goffman, E; 1970).

En este punto, será elocuente pensar lo dificultoso que resultaría para el sujeto psicótico con dificultades para reconocerse, o para quienes posean ciertos desdoblamientos de la personalidad, el hecho de que se le imponga otro modo de ser.

En relación a los servicios o (mal)tratos del personal frente a los internos, Goffman señala, "...los golpes, la terapia de shock o, en los hospitales psiquiátricos, la cirugía –cualquiera sea la intención del personal al administrar estos servicios a algunos internos- suelen provocar en muchos la impresión de encontrarse en un ambiente que no garantiza su integridad física" (Goffman, E; 1970).

Siguiendo con la línea de análisis anterior, desde este escrito se invita a pensar, cuán nocivo puede resultar este funcionamiento institucional para aquellos sujetos que poseen estructuralmente ciertas disfuncionalidades respecto de la constitución de su yo, de su cuerpo, etc.

A su vez, el funcionamiento y trato que se describe sumado a algunas características propias de la locura producirá, al entender de Goffman, una clase y un nivel peculiares de egoísmo.

A través de los talleres re-creativos, se intentará, entre otros objetivos, trabajar sobre este punto y las posibilidades de intercambiar experiencias, y conformar grupos, promover compañerismo, solidaridad, etc. valores humanos que parecen escaparse de los ofrecimientos de estas instituciones.

En relación al sentir de los internos el autor asegura que, "...existe el sentimiento de que todo el tiempo pasado allí es tiempo perdido, malogrado o robado de la propia vida" (Goffman, E; 1970).

Esto suele escucharse habitualmente, y con mayor frecuencia por los pacientes psiquiátricos crónicos. Por esto será importante revalorizar los procesos de aprendizaje y socialización que como efectos producirán grados de re-habilitación de sus capacidades.

Por último, en relación a la cultura en las instituciones totales, Goffman escribe: "...un factor que parece ser más importante es el de la desculturación, es decir, la pérdida o la incapacidad para adquirir los hábitos que corrientemente se requieren en la sociedad general" (Goffman, E; 1970).

Desde este trabajo de tesis, se propone intentar a través de los talleres re-creativos acotar el abismo impuesto que separa a la vida en sociedad de la vida en condición de internado, institucionalizado, que podría, en principio pensarse como vida en comunidad, instancia de aprendizaje dialéctico, momento de recreación y de pensamiento, que derivará en diversas producciones.

Yanina Kinigsberg refiriendo a internados en instituciones dice:

"Cuando ellos se expresan y ejercen el arte: borran, con coraje y elegancia, las fronteras de la discriminación. (...) El arte entonces, no sólo como una forma de

expresión sino también una manera de encontrar un tratamiento terapéutico. La única salida es la creación”²⁵.

4.1.3- PSICOANÁLISIS Y HOSPITAL

Acerca de las posibilidades, limitaciones y demás cuestiones que suscita la práctica analítica hospitalares:

En el artículo “Psicoanálisis y Medicina” publicado en la Cuarta Jornada de Residentes de Psicología y Psiquiatría se describe el ingreso del Psicoanálisis en las instituciones Hospitalarias como sinónimo de su integración en el orden Médico, ya que, los autores afirman, “...quien acude a buscar alivio a un Hospital, no sabe de antemano que puede encontrarse con la oferta de un qué-hacer con su padecimiento, diferente al de la medicina” (Art. Psicoanálisis y Medicina; S/F).

En el mismo artículo también se menciona que el médico actúa respondiendo a la demanda, situándose como poseedor del saber. A diferencia del psicoanálisis que, al decir de los autores, “... mantiene la demanda como motor, que propone un saber que no es objetivo, no es un saber general; es un saber particular y a constituir” (Art. Psicoanálisis y Medicina; S/F).

Así podemos entender que, este saber, de carácter inconsciente en el marco del psicoanálisis, será altamente valorado en los talleres re-creativos y en oportunidades será una apuesta del taller que este saber pueda advenir, proceso en el cual el sujeto aprende y por tanto, produce lazo social.

Continuando con el recorrido de los autores, se plantea que “...en algunos casos la insistencia de un síntoma hace enigma en el médico y se produce, entonces, la derivación o interconsulta con psicología” (Art. Psicoanálisis y Medicina; S/F).

²⁵ Yanina Kinigsberg. Clarín, 1 de septiembre de 2000.

En esos momentos en donde el enigma irrumpe por sobre las respuestas esperadas, factibles de predecir, es cuando podemos pensar en la posibilidad de introducir una práctica en el marco del psicoanálisis, es decir, la práctica analítica se hace posible ante la no respuesta, ante la falta.

Los autores afirman que, "...la única forma posible de inclusión del psicoanálisis en las instituciones hospitalarias, es la de ocupar un lugar diferente, no de marginal ni de opositor" (Art. Psicoanálisis y Medicina; S/F).

Es importante atender a esta afirmación, en tanto que, cuando se realizan intervenciones contrapuestas, el sujeto es quien padece las consecuencias. Es importante que los equipos intervinientes puedan unificar criterios de trabajo respecto de los tratamientos. Asimismo, el hecho de que algunas prácticas queden aisladas del resto produce fragmentaciones en el tratamiento, entendiendo que una práctica marginal podrá generar mayor aislamiento mientras que los tratamientos integrales producirán mayor "integridad" en relación a los objetivos que nos proponemos.

En relación a la práctica analítica en el seno del hospital, Jorge Bekerman²⁶ en "Psicoanálisis en el Hospital" expresa: "...la definición de una práctica como analítica proviene no de elementos empíricos (frecuencia o duración de las sesiones, diván, etc.) sino teóricos. Lacan formaliza el lazo social característico del análisis como $a/S2 \ \$/S1$. (lo que entendemos como el discurso analítico). Tomando sólo la línea superior ($a - \$$) puede decirse que lo propio del análisis es que el agente del discurso (analista, a) , toma la palabra causando la división subjetiva del otro (paciente, $\$$)" (Bekerman, J; S/F).

Bekerman dice, "...funcionar de *objeto a* es "sencillamente" que el analista no toma la palabra para decir lo que hay que hacer (discurso Amo), ni para enseñar

²⁶ Bekerman, J. S/F.

(discurso universitario), ni para influir a través de la sugestión o el amor (discurso histérico)”.

Es nuestra apuesta aquí que la práctica psicopedagógica apunte a promover la producción de los sujetos. Cuestionando y orientando, no enseñando. Es decir, la práctica psicopedagógica que se propone se enmarcaría en el discurso analítico. Con peculiaridades específicas que ponen mayor énfasis en el aprendizaje y la consecuente producción de lazo social.

Del mismo modo, el autor va a plantear que desde la óptica de Lacan funcionar de agente de discurso como *objeto a*, es utilizar la palabra – o el silencio- para causar la división subjetiva bajo la forma de alguien planteado como enigma para sí mismo.

Ahora bien, el autor afirma que, "...no hay razón alguna que prohíba el funcionamiento de alguien como *objeto a* en el Hospital. El algoritmo no incluye símbolo ni lugar que especifique un requisito de ámbito" (...) "el discurso analítico puede realizarse tanto en el consultorio privado –diván mediante, como en cualquier situación donde haya dos personajes humanos vinculados por la palabra" (Bekerman, J; S/F).

El autor afirma, en concordancia con el artículo antes trabajado ("Psicoanálisis y Medicina"), que: "...la transferencia se plantea con lo médico: con su saber, con su práctica, con sus profesionales y con sus símbolos. En una psicoterapia conducida por un psicólogo, el lugar simbólico de intervención será en principio e ineludiblemente el de representante del saber médico. La interpretación en este plano no será para el paciente algo muy distinto a la prescripción de un medicamento" (Bekerman, J; S/F).

De aquí, que nosotros entendamos que la práctica psicopedagógica en el hospital deberá sostenerse en un lugar de *abstinencia*, en referencia al no ofrecimiento de objetos, como puede ser la medicación o derivación apresurada, así como también

deberá abstenerse de ofrecer respuestas a las demandas de los sujetos. En tanto que no se tratará de cubrir su falta. Lo que no implica neutralidad.

A continuación se expondrán fragmentos de entrevistas realizadas a psicoanalistas que trabajan en Hospitales Públicos, en relación a las posibilidades y limitaciones que cada uno ha encontrado en su propia experiencia práctica:

En relación a la aplicación del Psicoanálisis en hospitales públicos y en particular en el Hospital Borda, el Dr. Anibal Goldchuck²⁷, Jefe del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Borda, dirá :

“Es absolutamente posible, es un hecho que hay psicoanalistas en las instituciones y que hay psicoanalistas que como vos habrás visto acá, desarrollan sus prácticas en esta institución con las características propias de una práctica que no es la del psicoanálisis didáctico, sino que es la del psicoanálisis aplicado con finalidades terapéuticas. Sobre esto hay un campo polémico, un campo controversial, pero si la pregunta es si es posible obviamente que es posible, de hecho esto se indica en la práctica de todos los días en este hospital y en cualquier lugar en donde haya psicoanalistas trabajando, así que eso realmente no representa hoy una discusión sino que ya los años han resaltado eso.

Creo que, lo que tratamos acá en el servicio básicamente es manejar los recursos terapéuticos, el psicoanálisis es uno de ellos, con un criterio de qué es lo que a dado más muestras de eficacia terapéutica en el cuadro que tratamos, el criterio es basado en la evidencia, si hay evidencia de que las psicoterapias analíticas pueden ser más eficaces para un problema educacional, familiar, neurótico, se usa el psicoanálisis, si la medicación ha demostrado ser más eficaz que el psicoanálisis en tratar la esquizofrenia, suponete, por decirte obviedad, se trata con psicofármacos más otro tipo de psicoterapias grupales, familiares, de acuerdo a lo que haya evidencia respecto de eso. De modo tal que, creo que estamos en una época posterior a las controversias de los 80 o de los 90, estamos en una

²⁷ Anexo 1.

época que esta más regida por el sentido práctico, pero no en el sentido práctico desideologizado sino práctico en el sentido de lo que ha demostrado más eficacia en cada cuadro. Ese es el criterio que se maneja en el servicio, y vuelvo a repetir que controversias respecto de hegemonías hoy están superadas en función de hacer lo que sea útil...". (Goldchuck, A; 2005).

El Dr. Miguel Calvano²⁸, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Infante Juvenil Tobar García, dirá:

"Yo hace 28 años que trabajo en este hospital, yo soy psicoanalista. Por supuesto hay que adecuar la cuestión de los tiempos para los tratamientos. Además hay que atender a ciertas preguntas, por qué hay psicoanalistas en hospitales públicos?, porque sí? , porque no tienen donde ir?, bueno en la época actual si habría algo clave, el exceso de oferta. Pero hace 15 años no había exceso de oferta, el psicoanálisis esta en el hospital público porque encaja, porque la psiquiatría tenía un absoluto rechazo con la psicosis, ese motivo hace que, bueno aparecieron unos locos que se ocuparon. El moderno desarrollo de la psicofarmacología y de la neurociencia tiende a revertir esta idea, porque se vuelven a ocupar de los locos, a su manera, como vos quieras, pero, esa cosa, ese rechazo, yo lo he vivido tanto, no lo ven al paciente, no lo ven, uno podría decir no quieren en realidad o es que no pueden, carecieron muchos años de instrumentos y de una doctrina con la que acercarse a un paciente psicótico, eso esta cambiando. Además los nuevos medicamentos tienen distinto efecto que un Halopidol. Cuando yo salí de la facultad, me recibí en el año 76, en marzo del 76, 20 Díaz antes del golpe, ir a un hospital a trabajar era mal visto. Vos abrías un consultorio y empezabas a atender a pacientes, era otra época, a parte en el tiempo trabajar por dos mangos, después se invento lo de trabajar gratis que es una cosa absolutamente inconcebible digamos y que no existe en ningún lugar del mundo, porque además, encima que son psicoanalistas trabajan gratis, es complicado de pensar eso, como es que profesionales trabajan gratis". (...) "Pero bueno, hay miles de personas trabajando gratis. El psicoanálisis es posible, es

²⁸ Anexo 2.

necesario, es factible, hay que adecuarlo, adecuar el tiempo, tenés que incorporarte en un equipo interdisciplinario, los psiquiatras no se incorporaron, la cuestión de la duración de los tratamientos es un problema del cual los psicoanalistas nos tenemos que hacer cargo, como decía un maestro mío, no se trata de terapias breves, se trata de breve tiempo de terapia, lo cual es completamente otra cosa...” (Calvano, M; 2005).

El Lic. Diego Luparello²⁹, integrante del Servicio de Asistencia Primaria II del Hospital Borda, dice:

“...primero hay una cuestión entre psicoanálisis e institución, digo Foucault decía que cuando el psicoanálisis intenta ser ciencia pierde su esencia, porque hay algo del psicoanálisis que en realidad debería escapar del saber o de la verdad, justamente por lo subversivo en sí de su discurso, por lo tanto me parece que hay algo de psicoanálisis e institución que es una relación muy particular, digo, más amplia de desarrollar, pero en fin, el Borda es una institución, por lo tanto tiene que haber una relación particular. Yo no creo que sea posible el psicoanálisis en el hospital, lo que si creo que es posible es la presencia de psicoanalistas en el hospital que es diferente, y no por ser ortodoxo digamos, no es que el psicoanálisis solo será aplicable en diván y bla bla bla, por supuesto que quizás es el encuadre más favorable, pero me parece que hay algo que tiene que ver con la institución que hace imposible cierta cuestión del psicoanálisis, desde el pago, desde el tiempo, desde cierta cuestión transferencial, de cierta cuestión del analista que esta sujeto a la institución y por lo tanto carga con un montón de transferencias imaginarias, me parece que hay un montón de cosas que vienen a complejizar la cuestión del psicoanálisis, en el sentido puro de la palabra si es que lo hay, lo que no quiere decir que no se pueda, primero que no pueda haber la presencia de psicoanalistas, segundo que no pueda ser aplicable algo del discurso psicoanalítico en el hospital, yo creo que si por supuesto. El psicoanálisis, si bien yo no creo que sea una cosmovisión del mundo, ni una filosofía de vida, no queda solamente para una clínica particular, me parece que el

²⁹ Anexo 1.

psicoanálisis por ejemplo aporta elementos técnicos o conceptuales para dar cuenta del sujeto que pueden ser aplicados a conceptos solamente técnicos en el hospital no a la forma de un puro psicoanálisis pero si a la forma de poder pensar ciertas cosas o de cierta terapia con cierta escucha psicoanalítica como se dice en general. Me parece que hay elementos que aporta el psicoanálisis que son ineludibles para entender, por ejemplo, una estructura tan compleja como la psicosis que es la que predomina en este hospital. Yo creo que tenemos mucho para hacer los psicoanalistas acá, pero al mismo tiempo desecho la posibilidad de un psicoanálisis acá, creo que lo que se puede hacer acá es un recorrido hacia un psicoanálisis, me parece que lo que se puede hacer acá es el inicio de un recorrido, creo que el análisis, si uno quiere hacer análisis, tampoco hay análisis en obras sociales en ese sentido yo soy taxativo, digo, me parece que, no te podes analizar con un empleado, entonces, no porque el analista sea o hay que ser el rey sentado en el trono, sino porque hay cierta dinámica en relación a la obra social que va en contra de una apuesta, una cuestión que se tiene que jugar entre analizando y analizante, entonces en ese punto me parece que estando la obra social como institución, el hospital como institución en realidad coarta o dificulta la posibilidad de un tratamiento, lo que no quiere decir que no sea posible hacer un montón de cosas mientras tanto, digo, yo tengo pacientes en mi consultorio, con obra social, uno puede hacer un montón de cosas y no dejo de ser psicoanalista ahí, lo que tengo claro es que no se trata de un análisis en forma, digamos, me explico” (Luparello, D; 2005).

El Dr. Guillermo Onig³⁰, integrante del Servicio de Arte Terapia y Jefe del Servicio 25 de crónicos del Hospital Borda, opina que:

“El psicoanálisis es una forma de entender la clínica y a través de esta forma de entenderla hace a un determinado tipo de intervención que uno puede tener desde el psicoanálisis y a determinado tipo de efecto que uno busca cuando interviene, entonces, no es que el psicoanálisis este limitado, sino que la misma patología hace que en los distintos momentos de un paciente pueda intervenir de distintas

³⁰ Anexo 1.

formas, o sea, si uno piensa al psicoanálisis solo como la díada paciente – terapeuta y la verdad que es bastante limitado en un hospital público, pero si uno lo piensa no solamente como eso, que igualmente uno desde el psicoanálisis trabaja en la díada paciente – analista y es una herramienta que sirve para pensar al paciente y sirve también para hacer cálculos en relación a qué hacer o dejar de hacer en relación a ese paciente, el psicoanálisis sirve también para trabajar en grupos terapéuticos, inclusive en la psicosis, sirve para trabajar en una asamblea de convivencia, para pensar una asamblea de convivencia, sirve para trabajar a mi me sirve para trabajar desde el teatro o de cualquier intervención colectiva o colectivizada artística, también sirve para leer fenómenos institucionales y fenómenos de efectos de discurso institucional, pero lo que pasa es que el psicoanálisis no es el único discurso que atraviesa el hospital, porque inevitablemente este es un hospital y primero hay un discurso administrativo casi jurídico que atraviesa a todos los pacientes, los dos tanto el administrativo que depende de la municipalidad ahora del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, tanto como el jurídico que depende de los jueces, hay un discurso que es el discurso médico porque este es un hospital no es un centro de atención psicoanalítica, entonces además los pacientes se enferman, tienen médico clínico, hay neurología, hay servicio de guardia, hay hasta podología en este hospital... y en el entrecruzamiento de todos esos discursos el discurso analítico también genera efectos, todos esos discursos generan efectos de discurso, los efectos de discurso que generan, bueno, algunos son buenos otros no pero más allá de eso uno tiene que lidiar con los efectos de discurso que se generan y hacer circular a los pacientes en relación a esos discursos, hay discurso administrativo hospitalario, el discurso jurídico del juez que esta a cargo de la internación, el discurso psicoanalítico del analista que esta a cargo del paciente que tiene una visión, el medico que lo medica tendrá otra visión, y hay un entrecruzamiento de discursos, y hay una interfaz que esos discursos comparten algún tipo de mirada clínica, y hay otras que no, pero la verdad que no importa porque cada discurso tiene una epistemología que la sustenta, el psicoanálisis tiene su epistemología, el discurso médico tiene su epistemología, el discurso jurídico también la tiene y

bueno cada uno de esos forma un corpus y actúa en consecuencia, el discurso psicoanalítico tiene lugar en esta institución hace años, es más es una de las primeras instituciones que penso el psicoanálisis en la psicosis, acá trabajo García Badaracco, sigue trabajando en multifamiliares, a principios del sesenta ya estaban pensando el psicoanálisis en el Borda, en psicoanálisis en urgencia, en la cronicidad en distintos espacios” (Onig, G; 2005).

El Lic. Lionel Klimkiewicz³¹, Integrante del Servicio de Asistencia Primaria II del Hospital Borda, dice que:

“Todo depende, digamos, yo estoy acá en este servicio y Alfredo que es el jefe, es psiquiatra, tiene una visión muy particular de la psiquiatría, e incluso el opina que hay que sacar a la psiquiatría de la medicina, yo estoy en un lugar así porque me permite a mí trabajar psicoanalíticamente, hay otros lugares donde no puedes, pero me permite porque yo hasta tengo la posibilidad de decir si recibo yo un paciente, la admisión acá para un paciente la hace un psicólogo y si me viene un paciente y yo veo que ese paciente tomó medicación o no, yo puedo decidir como psicólogo derivarlo o no a un psiquiatra, si el camino es al revés pasaría por el psiquiatra que lo medica y ya tenés un obstáculo de entrada que acá por lo menos capaz que lo puedes evitar... ahora, se puede hacer un psicoanálisis en un hospital? No. pero si se puede hacer una terapia psicoanalítica, se puede armar un dispositivo similar al psicoanalítico, bastante parecido, por muchos motivos, por motivos estructurales, por motivos del dispositivo mismo que acá, digamos, el paciente no paga, entonces hay que buscar sustitutos del pago de los honorarios del pago para trabajar, el que no pague con dinero que pague con tiempo, hay muchas formas, pero acá es difícil, los concurrentes vienen cantidad de días, no todos los días, entonces estas supeditado a un montón de cosas institucionales, a un tiempo institucional, acá los pacientes tienen determinado tiempo para realizar la terapia, no hay diván tampoco, un psicoanálisis yo no diría que es imposible, una vez escuche decir a un analista algo muy interesante, dijo yo no sé si es imposible, yo nunca escuche a nadie que lo haya hecho, y esa es la respuesta

³¹ Anexo 1.

para mi, me parece... si llevar adelante una terapia o entrevistas psicoanalíticas, eso es totalmente posible y se ve en la práctica y uno puede dar cuenta de eso, pero siempre que, en un hospital como este, en un servicio que te lo permita, digamos, vos acá te encerrás en el consultorio y mientras hagas un laburo con responsabilidad vos podés llevar adelante la terapia con la formación que tengas” (...) “ y el psicoanálisis cada vez más, bueno con solo leer los cursos que se dictan en este hospital tiene un lugar interesante, cada vez se dictan más cursos de psicoanálisis, el psicoanálisis tiene esa característica históricamente siempre bajo fondos irrumpe y aparece, lo empiezan a sacar. Es un discurso que convoca...” (Klimkiewicz, L; 2005).

4.1.4- UN HOSPITAL DIFERENTE:

Fragments de la entrevista realizada al Dr. MIGUEL CALVANO, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Tobar García.

Acerca de las características y particularidades del Hospital Infanto Juvenil. Dr. Tobar García y el lugar de la psicopedagogía, el Dr. Calvano dice:

“Yo trabajo en el Tobar García, trabajo al lado del Borda, al lado no es más que una cercanía geográfica, trabajo en un hospital que en verdad tiene una estructura muy diferente a la del Borda, tienen en común la estructura de la psicosis, pero se trata de niños, de adolescentes, no viven ahí, si bien tiene servicio de internación la idea es que sean breves, de seis meses a un año, después se va, lo cual da francamente otro perfil institucional. En el Tobar hay psicopedagogos, siempre hubo desde que yo estoy hace ya casi 30 años en este hospital, siempre hubo un servicio de psicopedagogía, un jefe, gerente, consultorios, rentas... o sea que la psicopedagogía forma parte del organigrama. Lo cual ya me parece que le da como una cierta especificidad a la clínica que se hace, y además le da un asiento legal, jurídico, al formar parte de la estructura del hospital no hay duda, no es gente que va a hacer un “trabajito” como por fuera de las estructuras oficiales del hospital. El Tobar igual no es un hospital copiable, es muy particular, no hay otro

así, hasta hace poco tiempo no había en Latinoamérica un hospital así, no es un lugar que pueda ser tomado de ejemplo.

El Tobar García es un hospital que forma parte de la red de hospitales de Buenos Aires, que antes pertenecía al ámbito Nacional y después en el año 1992, hospitales del gobierno nacional pasaron al ámbito municipal, como el Borda, el Tobar, el Moyano, entre otros. Entonces ahora es un hospital Municipal, dispone de consultorios externos, hospital de día, internación, prevención, rehabilitación, así como hay un equipo de psicopedagogía, hay un equipo de fonoaudiología, se trabaja con rentas, presupuesto mínimo pero presupuesto al fin. En ese sentido hay otras opciones que el manicomio clásico o la calle. Además me parece que la psicosis es una cuestión de especialistas, de enfermeros, con buena voluntad, etc.” (Calvano, M; 2005).

4.1.5- HOSPITAL DE DÍA: UN DISPOSITIVO DIFERENTE:

En relación al surgimiento y características del Hospital de Día, resulta elocuente realizar un breve recorrido por la obra “En el Hospital...” de Rodolfo Luorno³². En la misma el autor relata que, “...contra el fondo de la idea imperante “de internación”, como modo de tratar con las enfermedades mentales, surge en 1935 en Rusia, el primer modelo de lo que luego se llamará Hospital de día” (Luorno, R ;2004).

Acerca de los fundamentos de su origen, el autor identifica el móvil económico, en términos de conseguir un dispositivo que lograra reducir costos; dirá también que su creador es M. A. Zahagarov, y la experiencia que realiza lleva el nombre de “experiencia de semi-internación”. Agrega, “...sólo años después E. Cameron en Canadá le dará el nombre definitivo de Hospital de Día, que aún hoy usamos” (Luorno, R ;2004).

En relación al motivo de su creación y objetivos del mismo, se puede ver que, el hecho de quitar las camas, que motivó su creación, funciona como figura de su horizonte ideal en tanto sitúa los objetivos específicos que se le atribuyen al tratamiento que en él se realizan. Objetivos de rehabilitación y resocialización.

³² Luorno, R. Buenos Aires. (2004).

“El hospital de día introduce en su establecimiento, por vía de la ausencia de cama, dos ideas fuertes, que toman un sentido positivo:

- 1) Positiviza la falta de custodia.
- 2) Positiviza la privación de la idea asilar.

Otro aspecto que el autor destaca es la ausencia de las camas, lo cual es tomado como efecto metafórico que introduce el significante: Día. Al ser Hospital DE DÍA, la asistencia se parcializa y además “día” despeja y pone a operar algo relativo a la actividad.

El autor sostiene que el hospital de Día, no es un dispositivo específico para el tratamiento de las psicosis, “...en él también son atendidos casos de neurosis, produciéndose así una comunidad asimétrica de discursos y de espacios terapéuticos, que encuentran a los profesionales de las distintas disciplinas”. (luorno, R ;2004).

Respecto del Hospital de día, como dispositivo, el autor agrega que, “...al hacer parcial la asistencia, y al requerir el día a día la presencia del paciente, permite orientar el tratamiento de las psicosis, desde un primer momento, en función de producir un viraje en la posición de objeto en la que por estructura se encuentra el psicótico, conduciéndolo a situarse en una posición donde “...tendrá que tratar con otro lo que dice que le pasa”.

Acerca de sus beneficios, podemos ver a través del relato de Rodolfo luorno, que este dispositivo reduce costos al momento de los planes de prevención comunitarias y le reduce al paciente el costo de la cronicidad como producto de un modelo de aislamiento propio del que gozan las instituciones totales.

“Es cuando el hospital se hace de día, que lo comunitario toca a la familia misma como necesaria para el tratamiento de la enfermedad mental de uno de sus miembros” (luorno, R ;2004).

Características particulares del dispositivo:

La acción de recuperación comunitaria hace recaer la falta en partes; ya no sólo es el loco el que se encuentra en falta, es también la sociedad misma en tanto se propone resocializarlo. Reforzar su sociabilidad.

- El tratamiento de un Hospital de Día se diferencia del tratamiento ofrecido por otras instituciones por ser la puerta de entrada a lo comunitario, intentando reproducir en su interior una microsociedad con sentido terapéutico.
- El hospital de día, en su compromiso social de rehabilitar y resocializar, no puede desconocer que la locura, además de encontrarse como fenómeno social, implica singularmente al sujeto con su verdad.
- El que padece la enfermedad ya no permanecerá subrogado, internado en un margen de la comunidad, irá y vendrá, se irá resocializando.

Tanto la *rehabilitación* como la *resocialización*, el autor propone pensarlas en relación a la demanda singular que cada sujeto pueda efectuar durante el proceso de su tratamiento.

Recursos prácticos del Dispositivo:

El hospital de día brinda un tratamiento complejo: tratamiento individual, familiar, grupal, psicofarmacológico, terapia ocupacional, asistencia social, espacios de asamblea que van desde la asamblea que abre la semana, la asamblea llamada multifamiliar y la asamblea que cierra la semana, y una serie de talleres específicos: literario, de expresión corporal, de música, de escritura.

4.1.6- PSICOSIS-PSICOANALISIS E INSTITUCION:

Rodolfo Luorno, en la obra "En el Hospital...", refiriendo a la fundamentación de la práctica dirá, "...no es decir lo que debería hacerse con los psicóticos si las condiciones estarían dadas, o aquello que debería hacerse con las locuras histérica y obsesiva, si se pudiese contar en la institución con otras normas que legislen esa práctica. Se trata de lo que hay, y es lo que es. Entender esto es aproximarse al concepto de imposibilidad en psicoanálisis" (Luorno, R ;2004).

En la presente producción la propuesta consiste en pensar algunas cuestiones relativas a los tratamientos de psicosis en Hospitales Públicos Psicoasistenciales,

Centros de Salud Mental, Instituciones Totales. En su carácter de encierro, que homogeneiza y anonimiza, de custodio de la marginalidad, Rodolfo Luorno dirá, "...como custodio de aquello que no tiene que volver a entrar una vez que ha sido expulsado." (refiriendo al Hospital Psiquiátrico).

A diferencia de los Hospitales de Día, en donde ciertas condiciones de trabajo ya estarían dadas, es decir, los recursos con los que el dispositivo cuenta que fueron detallados anteriormente, los cuales representarían modalidades prácticas posibilitadoras de ir más allá que los tradicionales hospicios de la marginalidad, en relación a los tratamientos que brindan. Lamentablemente, estos últimos, debido, entre otras causas, a las políticas que han atravesado a la Salud Mental en nuestro país, y continúan atravesándola, son los que abundan. Políticas estas que no parecen diferenciarse de las del siglo XIX en cuanto a los efectos de exclusión social de la locura.

Por lo tanto, el desafío será intentar pensar qué de lo posible podría producirse en estas instituciones. Marcando de esta manera el carácter de imposibilidad que presentarían las instituciones en general respecto de las prácticas psicoanalíticas y estos hospitales anteriormente descritos en particular, en referencia a sus intentos de homologar diferencias, acallar decires, aplacar delirios y alucinaciones, entre otras manifestaciones. En donde el chaleco de fuerza y demás prácticas – orientadas a impedir fugas y actos de agresividad- tan parecidas a las torturas, parecen suplantarse por chalecos químicos –utilización de neurolépticos en exceso- que podríamos pensar sostendrían similar propósito en relación a las anteriores modalidades.

Esto no quiere decir que no se vayan a tomar, durante el desarrollo del presente escrito, conceptualizaciones propias del Dispositivo de Hospital de Día, como *Rehabilitación y Resocialización*, u objetivos de las prácticas Antimanicomiales, como el Trabajo Comunitario que apunte a la Reinserción Social, pero justamente como prácticas, como políticas de tratamiento, que se intentará ir adaptando a las instituciones totales.

Rodolfo Luorno dirá, "...la institución goza del privilegio de hacernos pares, imaginariamente recorreremos el mismo espacio, habitamos en las mismas paredes. El cruce de nuestras voces es posible, y el tiempo de cada cual se reduce a un tiempo común a todos" (Luorno, R ;2004).

La posición que se propone respecto al trabajo psicopedagógico en instituciones será la de intentar que el discurso de cada sujeto se pronuncie, en medio de este aplastamiento (materno) institucional de algunos hospitales psico(asistenciales). En donde el paciente queda evidentemente ubicado como objeto, en el mejor de los casos objeto de cuidados –por los enfermeros- en otros ni siquiera esto ocurriría.

Hay instituciones que producen abandono y los pacientes en consecuencia se abandonan, el propósito fundamental sería des-cubrir a estos sujetos, introducir algo relativo a la terceridad. Apostando a *sujetos*, desde la concepción psicoanalítica, para que produzcan y se produzcan.

Darle valor a las palabras de cada uno de los pacientes y poder armar alguna con-versación, resaltando el significado etimológico del término versación³³, pensándolo en relación a las certezas con las que el sujeto de la psicosis suele conducirse, poder llegar a una versión³⁴, de cada (uno) que le posibilite interpretar³⁵ respecto de poder aportarle sentidos distintos a las palabras, por ejemplo, lo que solo sería posible en relación con otros.

Se considera que el diálogo solo podrá advenir frente al "resto" y el intercambio que allí se produzca.

³³ Versación: Erudición, conocimiento o saber en un arte, ciencia o materia determinada. ORIENTE. Diccionario Enciclopédico Ilustrado.

³⁴ Versión: Modo o manera que tiene cada cual de referir a un mismo hecho. // Cualquiera de las formas que puede adoptar la relación de un suceso, el texto de una obra o la interpretación de un tema. ORIENTE.. diccionario Enciclopédico Ilustrado.

³⁵ Interpretar: Explicar o declarar el sentido o la significación de una cosa, y principalmente el de textos faltos de claridad. // Entender o tomar en buen o mal sentido una acción o palabra. ORIENTE. Dccionario Enciclopédico Ilustrado.

4.2- ACERCA DE LA PRODUCCIÓN ARTÍSTICA, SUS EFECTOS RESPECTO DE LA PRODUCCIÓN SUBJETIVA Y EL LUGAR DE LOS APRENDIZAJES.

4.2.1- UN RECORRIDO POR LA HISTORIA Y SURGIMIENTO DEL ARTE:

En el presente se expondrá UN recorrido realizado por la obra “Historia del Arte. Volumen 1. Las primeras civilizaciones³⁶”:

A modo de introducción y tomando como base la división de las tres edades históricas de la humanidad, en la Edad de Piedra se distingue el “Paleolítico” (piedra antigua), período caracterizado por el tallado de la piedra, del “Neolítico” (piedra nueva), época en la que la piedra aparece ya pulida y en la que se inicia la utilización del barro cocido; entre ambos períodos se extiende uno de transición, el “Mesolítico”.

³⁶ “Historia del Arte. Volumen 1. Las primeras civilizaciones”. PLANETA DeAGOSTINI. 1997.

En la obra se relata que, “...el paleolítico es el período en el que se inicia y desarrolla el lento proceso de hominización, caracterizado por la conquista de la posición erecta, la liberación de las manos y su correlación con el cerebro, y el desarrollo de las estructuras cerebrales; el período culminó con la aparición del hombre, quizá a fines de la era terciaria, en el plioceno, hace unos 1,8 millones de años” (Historia del Arte; 1997).

La génesis de la obra de arte:

El concepto *arte*, “...no es definible objetivamente; a lo sumo se puede afirmar que **arte es todo aquello que en un momento** de la historia **un grupo social**, por lo común dominante, **ha considerado como tal**” (Historia del Arte; 1997).

Se menciona que el arte paleolítico ha sido llamado así porque su apreciación ha tenido lugar a fines del siglo XIX y a lo largo del XX; “...pero no cabe la menor duda de que si hubiesen sido descubiertas unos siglos atrás, las pinturas del magdaleniense, por ejemplo, apenas hubiesen sido tenidas por garabatos de gente bárbara” (Historia del Arte; 1997).

Este punto resulta de primordial importancia, en tanto que, desde el surgimiento del arte podemos ver ha sido imprescindible un otro que sentencie y le de el estatuto de arte a la producción que se genera. Lo cual es solidario con nuestra apuesta psicopedagógica, esto es, posibilitar, desde nuestra presencia y nuestra palabra, la producción del sujeto y su propio arte, o sea, el aprendizaje.

No obstante, “...la concreción de normas estéticas es problema de difícil solución no ya en la evolución del arte lítico, sino en la de toda su historia” (Historia del Arte; 1997).

A lo largo de su historia, el arte, según se relata en dicha obra, no ha tenido primordialmente una significación ni una justificación de tipo formal o iconográfico; antes bien, se ha valido de las formas y de los temas como medio para alcanzar la finalidad que la sociedad le ha conferido en un momento determinado.

Aquí se puede ver la estrecha relación entre la producción artística y la sociedad, lo que permite pensar que ineludiblemente se generarán efectos en la producción de lazo social.

En la prehistoria, se describe que, el primer fin quizá fuese la más estricta funcionalidad, es decir su carácter de uso inmediato. El objeto artístico (o hecho con arte) cabe entenderlo, al modo de la Antigüedad y de la Edad Media, como producto de un conocimiento técnico adecuado, de un buen hacer que permite que el objeto sea útil.

El hacer con arte, se entiende, como un requisito de la sobrevivencia del hombre a medida que se va distanciando biológica y psíquicamente de su medio natural.

Se plantea al arte como, "... el primer medio que el hombre utilizó para enfrentarse al mundo e intentar hacerse con él" (Historia del Arte; 1997).

En conversaciones con el Dr. Guillermo Onig³⁷ (véase anexo I), éste diferencia el *arte* de la *artesanía*, quedando esta última relacionada con la funcionalidad, utilidad u objeto de sobrevivencia; mientras que, el arte se liga directamente con una producción subjetiva, con una estética particular.

Acerca de la función simbólica en el arte paleolítico:

La capacidad de abstraer de los objetos algunas de sus cualidades, separando una parte del todo, condujo al proceso de simbolización que parece iniciarse en el paleolítico medio. "Los objetos no solo poseen ya una función primaria, sino que están dotados de una **función simbólica o de sustitución**" (Historia del Arte; 1997).

Se menciona que el hombre, en un primer estadio del proceso simbólico, no creaba símbolos, sino que se relacionaba simbólicamente con su entorno. La sangre -el rojo- sustituía a la destrucción de la vida, a la muerte; el bisonte podía sustituir al alimento, a la vida y al concepto de fuerza. Pero tales sustituciones no

³⁷ Entrevista al Dr. Guillermo Onig. Integrante del Servicio de Arte Terapia y jefe del Servicio 25 de crónicos. Hospital Borda. 2005

solo tenían lugar en el ámbito de la percepción visual, sino también en el de la articulación sonora, ya que la adquisición y el desarrollo del lenguaje fueron paralelos al de la técnica –arte-.

Por último se plantea que, “...el hombre del paleolítico utilizó como principales soportes de sus realizaciones artísticas los lugares en los que habitaba y los objetos que fabricó para subsistir: al primero se le ha denominado arte parietal, y al segundo, arte mobiliario” (Historia del Arte; 1997).

Asimismo, Sigmund Freud resaltaba –en “El Porvenir de una Ilusión³⁸”- tres características esenciales respecto del arte y sus efectos en los sujetos humanos:

- El arte ofrece satisfacciones sustitutivas compensadoras de las primeras y más antiguas renuncias impuestas por la civilización al individuo.
- Además, las creaciones del arte intensifican los sentimientos de identificación, de los que tanto precisa todo sector civilizado, ofreciendo ocasiones de experimentar colectivamente sensaciones elevadas.
- Por último, contribuyen también a la satisfacción narcisista cuando representan el rendimiento de una civilización especial y expresan en forma impresionante sus ideales.

En el diccionario Enciclopédico “ORIENTE³⁹”, se encuentra la siguiente definición de arte:

ARTE: (del lat. ars.) Amb. Virtud, disposición y habilidad para hacer alguna cosa.

En síntesis, lo que se intenta transmitir en este breve recorrido por la historia del arte es que se trata justamente en la práctica de una disposición para producir algo, lo que inevitablemente generará efectos de carácter subjetivo. No obstante, lo importante será **brindar las condiciones para que algo pueda ser producido**, tanto en términos de **un lugar** y **el respeto a los tiempos subjetivos**, como de poder **desplegar nuestro propio arte** en el sentido de la **invención, de crear algo allí en donde no lo hay.**

³⁸ “El Porvenir de una Ilusión. Capítulo II. Obras Completas.

³⁹ ORIENTE. Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Edición 1969. Buenos Aires.

4.2.2- EL ARTE, EL PSICOANALISIS, EL APRENDIZAJE Y SUS EFECTOS:

“...todo acto creativo es una terapia porque un acto creativo es un acto de crecimiento”
Nilda⁴⁰

En el presente apartado se intentará exponer un recorrido en relación al valor del arte en instituciones de encierro y como una posible herramienta para la práctica psicopedagógica:

La obra o producción artística, podrá pensarse como *estetización del síntoma*⁴¹, a su vez como un **objeto tercerizador**, esto es, un objeto que rompería con una relación dual, especular, que por lo tanto **produce diferencias**.

Se considerará de gran importancia el trabajo grupal, ya que, al decir de Rodolfo Luorno⁴², “...el paciente se estabiliza en relación a un grupo de pertenencia” (Luorno, R; 2004). Asimismo dirá que, “...es optimo para los pacientes profundamente alienados que se encuentren con una comunidad grupal en la cual sean sancionados, demandados”.

Es importante esta cuestión de sancionar al otro, entendiéndola como **nombrarlo, significarlo**, apostar a que allí hay un sujeto y que es posible demandarle ya que responderá como tal. Esta podrá ser la apuesta del psicopedagogo que trabaje en talleres, en relación al nivel de exigencia en cuanto a las actividades a proponer.

La idea de operar con actividades grupales para el tratamiento de la locura actúa, dirá Luorno, “...específicamente como límite contra el fenómeno de la cronificación. Es este su límite, este es el campo de su operación” (Luorno, R; 2004).

⁴⁰ Nilda es Actriz y paciente del Hospital Borda. Integra un taller de teatro que se da en el Hospital.

⁴¹ Sergio Zabalza parafraseando a Lacan, en “La Hospitalidad del Síntoma”. Arte y Clínica en un Hospital de Día. Letra Viva. Buenos Aires. 2005.

⁴² Luorno, R. “En el Hospital...”. CATÁLOGOS. Buenos Aires. Argentina. 2004.

A partir de esta cita, se introduce en nuestro texto el término *locura*, y se considera, desde el presente escrito, que en los primeros momentos, hasta no tener un mayor conocimiento de las estructuras psíquicas en juego, lo más preciso sería hablar de la locura en general, abarcando a lo relativo a los delirios y alucinaciones. Rodolfo Luorno indicará –refiriéndose a los delirios y alucinaciones– “...fenómenos que no pertenecen sólo al campo de las psicosis, fenómenos que incluyen a las neurosis, la perversión y las psicosis. Fenómenos de locura, por los cuales, bajo la amplia categoría de sentimientos de influencia y de automatismo, un sujeto no reconoce como propias sus producciones, no reconoce en calidad de suyos, sus acontecimientos”.

Esta podría ser una de las principales apuestas de la práctica psicopedagógica, que los sujetos comiencen a **reconocer como suyas las producciones** que vayan realizando por intermedio del taller.

Brindar un espacio en el cual los sujetos puedan producir y a través de sus producciones socializar, compartir, aprender, expresarse, etc. . En otras palabras, **posibilitar que el sujeto pueda hacer lazo social.**

Norberto Rabinovich en su obra “Producción Simbólica, Amalgama Imaginaria y Nombre Propio⁴³”, dirá, “...el lazo social, tal como lo teoriza Lacan, solo se define como efecto del discurso por el cual el sujeto hace pasar su palabra al Otro como lugar de la lengua” (Rabinovich, N; 1993).

El dispositivo de taller, al decir de Guillermo Onig⁴⁴: “...el taller como metodología de producción”, se propone como facilitador de que el sujeto pueda ser nombrado y nombrarse en relación a lo que produce. Esto es posible, porque **el efecto de discurso sobre la obra –producción- genera efecto de discurso sobre el sujeto, la obra va a hacer lazo social y él también por consecuencia, y podrá nominarse.**

⁴³ Rabinovich, N. Buenos Aires. Argentina. 1993.

⁴⁴ Véase Anéxo I.

El sujeto tiene que poder reconocerse en su producción y poder criticar en relación al aprendizaje.

Sergio Zabalza en “La Hospitalidad del Síntoma” dice, “...el trabajo con el recurso artístico apunta a que un sujeto incorpore un *saber hacer allí* con su síntoma, de forma tal que haciéndose testigo de su propia producción, encuentre vías para hacer algo con eso” (Zabalza, S; 2005).

Las intervenciones, por tanto, no serán dirigidas al ser del sujeto en relación a la obra, sino al intento de la puesta en palabras de lo que a cada uno le genera/sugiera la obra, o le haya generado haberla producido, en lugar de interrogar puntualmente sobre la producción intentando alienar al sujeto a ella.

Otro modo de intervenir podrá pensarse, en el punto en que el sujeto ya está en la obra. En estos casos, tendrá el estatuto del chiste –en el fenómeno de la neurosis- no requerirá explicaciones en tanto genere asociaciones.

De ambos modos se intenta que cada sujeto pueda poner a producir su síntoma, por ejemplo a través de obras artísticas, de manera que en algunos casos este acto pueda representar en sí sujetos producidos. Y en este punto es donde se produce el APRENDIZAJE.

De este modo, es que quien escribe realiza una práctica como coordinador de un taller⁴⁵ en el que la guitarra se propone como objeto en circulación. En donde cada uno a partir de ciertas normas convencionales de la guitarra que serán ofrecidas por quien coordina –con el intento de tercerizar en lugar de ofrecer modelos identificatorios, el ofrecimiento es de un patrón general de la música, un patrón social-, podrá dar cuenta de su estilo, del estilo de música que a cada uno le guste, le genere mayor interés y por tanto, de sus DIFERENCIAS.

A nivel de aprendizaje se podrá vislumbrar también la diferencia en relación a las posibilidades de acercamiento a los objetos, tiempos lógicos, entre otras singularidades. Las diversas formas que cada sujeto vaya adoptando de relacionarse con los otros, ya sea en el trato, en el mal trato, en la necesidad de conversar, en el interés por estar con otros, conocer y dar a conocer sus

⁴⁵ En el centro de Salud Mental del Hospital Dr. Pedro Eca. Carmen de Patagones. 2005.

pensamientos, producciones, historias, etc. En la medida que quien coordine logre promover, instalar o construir allí un deseo, que movilice, genere inquietudes, necesidad de búsqueda.

Norberto Rabinovich⁴⁶ dirá, “encausar el potencial creativo del sujeto, comprometido en la producción de síntomas, por medio de una actividad creativa cuyo producto alcance a tener valor social” (Rabinovich, N; 1993).

Se intentará que las actividades de cada uno sean valoradas por los otros, a través de aplausos, por ejemplo, o el hecho de que entre ellos se vayan enseñando y respetando respecto de sus particularidades. A su vez resulta interesante poder exponer las producciones en distintos eventos de convocatoria social. Pensando a sus **creaciones como posibilitadoras de acceso a la cultura**⁴⁷.

Anteriormente se hizo mención a la posibilidad de que los sujetos a través de sus actos creativos puedan nombrarse y ser nombrados. Es así que Nilda, paciente del Hospital Borda, dice “yo soy actriz”, y el resto de sus compañeros la reconocen como tal. Pacientes integrantes de un taller de fotografía de la misma institución se dicen fotógrafos y de esa manera se los reconoce, y así con los escritores, músicos, etc.

Rabinovich dirá, “...cualquiera fuese la naturaleza o la calidad de lo creado, para poder inscribir en el campo del Otro el nombre propio, es preciso que el producto del trabajo posea algún valor social, valor de intercambio, valor de goce” (Rabinovich, N; 1993).

Esta actividad de valor social propiciará sus modos de relacionarse con el afuera, con la sociedad, a la vez que le aportaría herramientas para poder desenvolverse por sus propios medios.

Por otro lado, en relación al lenguaje podemos ver como la producción artística le permite al sujeto psicótico incluirse en un patrón discursivo del cual queda por fuera, con su discurso delirante, a través de la puesta en circulación de su obra y

⁴⁶ Rabinovich, N. 1993.

⁴⁷ Se entenderá por “cultura”, desde el marco psicoanalítico, al artificio que le posibilita al sujeto velar lo real de la prematuración biológica.

de los efectos de discurso que esta genera sobre el sujeto. Los efectos que genera la producción, la valoración social, de alguna manera contribuye a que el sujeto pueda ser sancionado y producido como tal.

Daniel Zimmerman⁴⁸ dice “...el acto psicoanalítico pone en juego el *objeto a*, que funciona como lugar de captura de goce. Todo creador recupera con su arte justamente ese objeto. El artista es capaz de producir el *objeto a*, y por esa vía encuentra su modo de elaborar el goce”.

4.2.3- CONSTRUYENDO (EN) UN TALLER GRUPAL:

En este apartado se presentará una experiencia práctica realizada en el Hogar Adalberto Pagano⁴⁹:

El 24 de marzo del 2006 se le propone a un grupo de jóvenes⁵⁰ que se encuentran bajo tratamiento tutelar por disposición judicial en el “Hogar Adalberto Pagano”, realizar un taller de reflexión, construcción y re-creación acerca del trigésimo aniversario del golpe militar de 1976.

El deseo de abrir este espacio se produce a partir de la incertidumbre que a estos jóvenes les generaba el feriado decretado para esa fecha. Ya que, durante la semana, ellos venían escuchando que el 24 sería feriado, en la escuela “estudiando” lo que hace 30 años había acontecido, al mismo tiempo que preguntándome algunas cuestiones como por ejemplo: “¿por qué lo hacen feriado si eso ya paso hace mucho?”, “¿eso tiene algo que ver con el che?”, “¿que hicieron los mandaron a la guerra?” , etc. . Estas y una serie de preguntas más hicieron que les proponga abordar el tema el día del feriado a lo que ellos aceptan con entusiasmo.

⁴⁸ Daniel Zimmerman. Arte y psicoanálisis. “En los umbrales de lo imposible”. Artículo de Internet.

⁴⁹ Hogar Pagano: Centro de Contención para adolescentes. Viedma.

⁵⁰ Los cuales se nombrarán con otros nombres que no serán los auténticos a los fines de preservar el anonimato de los mismos.

El taller se inicia con nueve integrantes, dentro de los cuales me incluyo. Comenzamos a dialogar diciendo qué sabíamos cada uno sobre la fecha que se conmemoraba. Néstor nos cuenta qué desaparecieron 30.000 personas, Nicolás agrega que se torturaba a la gente, Rodrigo dice que tiraban a la gente de aviones al mar, Claudio dice que eran como los nazi, Nicolás agrega que mandaban a la gente a “marinas aéreas”, Rodrigo dice que la gente no se podía agrupar...

En medio de un despliegue tan importante de información me propongo intentar intervenir en función de que el marco ideario pueda ir tomando forma y contenido a través del diálogo y la confrontación de ideas. Es decir, que con el aporte de cada uno se pueda generar una producción grupal.

Pregunto: ¿a que gente creen que le hacían lo que describen? Frente lo que quedan en silencio. Les pregunto: ¿era gente que luchaba? Frente a lo que responden que si. Les pregunto: ¿por qué lucharía esa gente?...

Néstor dice que por la libertad, Nicolás agrega por la independencia, Rodrigo dice que por sus derechos, Claudio dice que por los derechos de las mujeres, por ejemplo: que puedan votar. Héctor dice que esa gente no quería que haya pobreza, Néstor agrega que tampoco querían que haya injusticia, que no haya hambre dice Jonathan. Nicolás dice, querían que sean todos iguales, Claudio dice que así pensaba el Che...

Les pregunto: quienes eran estas personas en lucha? Rodrigo dice que eran pibes, Nicolás agrega estudiantes, yo agrego que también artistas, la gente que trabajaba en los medios, músicos, obreros. Néstor dice que no querían a los músicos porque decían la verdad y menciona a Víctor Heredia, León Gieco, Charly García.

Jonathan dice, habría que matar a los milicos. Claudio opina que, habría que torturarlos como a la gente. Néstor dice que no habría que matarlos sino hacerlos entender lo que ellos le hicieron a la gente que luchaba por su libertad y sus derechos. Frente a lo cual el resto coincide.

Claudio pregunta: ¿como llegaron al poder los militares?. Comienzo a hablar sobre la incidencia de Estados Unidos, y surge por Nicolás el tema de la deuda externa, Héctor pregunta sobre la guerra de las Malvinas, Claudio encuentra en

una de las revistas fotos del mundial, conversamos un poco sobre eso, Néstor dice que el mundial fue para entretener a la gente.

Se le pregunta por qué lo entiende de esa forma y el da sus argumentos...

Les pregunto: ¿como ven la sociedad en la actualidad?. Néstor dice que ahora esta disfrazado, coinciden en que sigue habiendo pobreza, injusticia, discriminación, Claudio dice, que los “chetos” discriminan a los “pobres”. Nicolás dice que, en la calle la gente no te ayuda. Y cada uno va ejemplificando sus dichos en base a historias personales.

Más adelante, les pregunto: ¿por qué lucharían ellos y de qué manera?. Dicen que, unidos, pensando las cosas, organizados. “Porque seamos todos por igual”. “Por sacar a todos los milicos de la calle”. “Porque saquen a todos los pibes de la cárcel... porque se les de una oportunidad”. Claudio dice que los presos están por pobreza, no tienen para comer ni para vestirse entonces roban.

A continuación nos proponemos plasmar en un afiche lo que veníamos trabajando, a la manera de cierre y conclusión:

Néstor se ofrece a escribir, Héctor corta fotos de revistas, mientras el resto le sugiere cuales quedarían mejor y debaten que escribir, hasta que finalmente surge:

Una foto de la junta militar y al lado una frase escrita por ellos que dice: “No habría que matarlos sino hacerlos entender lo que ellos le hicieron a la gente que luchaba por su libertad y sus derechos”.

En un costado pegaron fotos de militares agrediendo a la gente, al lado una foto de las madres llorando y culminan escribiendo: “Nuestra propuesta: que seamos todos por igual, que no haya pobreza, ni discriminación. Tendríamos que unirnos y pensar en un país mejor para nuestra sociedad”.

Al terminar el afiche se dio por terminado el taller. Los jóvenes guardaron el afiche, a la tarde lo llevaron a un grupo de reflexión del que participan en el Hospital Zati para “mostrar” lo que habían hecho, y a la noche lo llevaron a la escuela nocturna a la que asisten y lo dejaron pegado en la galería principal de la institución...

Esta experiencia permite reflexionar sobre “una” forma de trabajar en taller grupal:

En relación al intento de orientar la producción hacia la construcción de un saber grupal. Cabe señalar que en dos oportunidades puntuales del desarrollo del taller, parecía perderse la tolerancia o el respeto al tiempo de los otros y a su nivel de producción. Por ejemplo cuando se pregunta: “¿a qué gente creen que le hacían lo que describen? Y rápidamente, frente a un silencio acotado se les pregunta: “¿era gente que luchaba?”;

En otro momento, de manera similar, ante la pregunta de: “¿cómo llegaron al poder los militares?”, rápidamente se comienza a hablar sobre la incidencia de los Estados Unidos y demás.

Lo importante y sobre todo, enriquecedor, es permitir que el sujeto pueda producir desde lo que cree, piensa, imagina, desde su singularidad. Y sin la insistencia de alguien que lo haga por él.

Asimismo la lectura de experiencias prácticas sirve para re-pensar, analizar, cuestionar, la práctica misma, el lugar de las intervenciones, etc. . De manera que, quien coordine pueda involucrarse en tanto sujeto de aprendizaje. Este tipo de revisión de la práctica, también posibilitará el enlace de experiencias prácticas con otros, lo cual ineludiblemente enriquece la producción.

Del mismo modo que se realizó esta práctica específica, con algunos integrantes de este grupo de jóvenes, más adelante se trabajó en taller de música y luego ellos realizaron “recitales” en la escuela; en otro momento, se construyó de forma grupal un mural en el Hogar Pagano, en donde cada uno pudo plasmar un dibujo a libre elección y después pintamos entre todos, entonces ellos consiguieron fotos de revistas en la escuela y tapas de cds que les prestaban en otros ámbitos para realizar la actividad.

De esta forma, se trabaja con los jóvenes ante el intento de inventar diversas alternativas que los ubique en el lugar de “autores”, es decir, que las actividades que se originan en el Hogar Pagano, de una o otra forma trasciendan los muros de la institución hacia otros espacios y otras personas. Con el fin de que el joven

pueda circular con su producción por diferentes espacios, y ya no como “el interno del pagano”, sino como un músico, un artista, un estudiante, etc.

4.2.4- EL TALLER COMO AMBITO DE CREACIÓN:

“Genio es aquel que puede hacer algo con su locura”.

Charly García

En el escrito de Jaques Miller “Reflexiones sobre la envoltura formal del síntoma” (S/F), en referencia a las diferencias existentes entre la medicina y el psicoanálisis en cuanto a las formas de entender al síntoma y conceptualizarlo. El autor dirá, “...la posición médica refiere a la función de armonía, de lo que funciona perfectamente en conjunto, de lo que perturba esa armonía, la altera, la destruye” (Miller, J; S/F).

El síntoma lleva consigo esa connotación médica, esa conexión con lo que “perturba cierta armonía” e inevitablemente cambia de valor cuando ya no se lo aborda desde la posición médica sino en el discurso analítico. Miller afirma que el discurso analítico no está articulado con una “armonía supuesta”, sino con una referencia de otro orden que sin embargo podemos considerar completamente contraria. El autor dice, “... el síntoma cambia radicalmente de sentido cuando se lo vincula no ya con una armonía sino con una disarmonía, es decir, lo que abreviamos llamándolo castración”. Podríamos decir que el síntoma, en el psicoanálisis, es armónico con la castración. Y esto es lo que *crea* problemas para aislar el ser del síntoma en el psicoanálisis.

Asimismo plantea que “...no podemos aislarlo más que como un ser hablante, o bien, el hablanteser del síntoma” (Miller, J; S/F).

El autor relatará, “...si el síntoma tiene estructura de ficción, la posición inicial de Lacan de que hay un límite donde la envoltura formal del síntoma se invierte en efectos de creación, ya nos resulta menos opaca”. Pero se trata, continúa el autor, “... de saber cómo se articulan y distinguen ficción y creación, después de todo

son dos modos de fabricación” (...) “El autor dirá que, ser creador es producir formas, y formas que no están ya en el Otro” (pag:9).

Es interesante en este punto pensar en la función del psicopedagogo, que desde un posicionamiento basado en el psicoanálisis, apueste a un sujeto con posibilidades de crear y entonces producirse como deseante.

Más adelante el autor sintetiza diciendo que, “La condición de la creación es que el sujeto sepa en alguna parte que el Otro no existe” (Miller, J; S/F).

Parafraseando al autor, el síntoma es goce como sentido gozado del sujeto, mientras que la obra ofrece sentido a gozar a quien quiera hacerlo. Por eso, el vaciamiento de la envoltura formal del síntoma es la condición de la creación y, por tanto, del aprendizaje.

La modalidad de taller que se propone, en la presente tesis, deja en evidencia que no habría Otro que se ofrezca como modelo sino alguien que, semblante mediante, desde un lugar de acompañamiento y coordinación despliegue cierta transferencia hacia la tarea, que le posibilite al sujeto producir lazos con otros en la medida que el aprendizaje se va produciendo.

Eric Laurent en “El sujeto psicótico escribe... “ (S/F), toma aportes de Lacan en relación al texto de Schreber, como el hecho de que “Freud introduce en él al sujeto como tal” (...) “Lacan agrega, introducir al sujeto como tal, lo cual significa no calibrar al loco en términos de déficit y de disociación de las funciones, sino en términos de la lógica propia del inconsciente” (Laurent, E; S/F).

Lacan ha podido decir, por consiguiente, según relata el autor, que el psicoanalista debía prestarse a ser el secretario del alienado; esto es, al modo de Freud, *introducir al sujeto*. Por su posición misma el acto psicoanalítico aspira a introducir el sujeto en el texto psicótico, y a ordenar, a partir de allí, la producción que va a escalonarse.

Producción esta que, en este trabajo, será entendida como efecto de aprendizaje. Más adelante Eric Laurent agrega que, "...el efecto de la introducción por el psicoanalista de su categoría sujeto, es el de destacar la literatura como ficción, no en el sentido de fantasía sino como ficción en el sentido de Bentham, o sea una estructura de distribución del goce" (Laurent, E; S/F).

El término ficción, si se lo refiere a Bentham, pertenece a la teoría del derecho, y a este respecto, los textos de Bentham o de quienes actualmente procuran inscribirse en su línea, como por ejemplo John Rawls, lo que descubren y en lo que ponen el acento, es que la ficción pretende ser distribución repartida del goce⁵¹.

El autor insiste: "...la introducción de la categoría "sujeto" por el psicoanalista, conduce en primer término a considerar el texto psicótico como ficción y repartición de goce; y, en segundo término, a hacer valer esta función del texto, no como despliegue de identificaciones sino, hablando estrictamente, como vaciamiento del goce" (Laurent, E; S/F).

Se considera de gran importancia resaltar el valor de apostar a un "sujeto", en prácticas institucionales, en tanto se estaría apostando a su "deseo", se entiende que un **sujeto que produce es sujeto producido** y por tanto se apostará a la producción de su deseo lo cual reducirá su goce.

Este planteo, por supuesto, será muy distinto al de quien considere que un sujeto estructurado a la manera de la psicosis, no es más que un objeto de goce y lo seguirá siendo. Concepción esta que reduce al sujeto a una condición de objeto, y consecuentemente, no puede más que fortalecer ese lugar.

Continuando con el autor, este plantea que, "...si el psicoanalista, en la cura, debe hacerse secretario del alienado, en cuanto concierne al texto del psicótico, no es simplemente en el sentido de tomar notas, sino también en el sentido de no olvidar la función eminente de secretario, que consiste en expedir las cartas" (Laurent, E; S/F).

⁵¹ Goce: En términos psicoanalíticos, se entiende por goce a un modo de funcionamiento pulsional, desmedido, que sitúa al sujeto por fuera del carril de su deseo.

Esta cuestión de “expedir las cartas”, se relaciona directamente con el concepto que se viene trabajando, en el presente escrito, en referencia a una ubicación del psicopedagogo que promueva la posibilidad de que los sujetos puedan poner en circulación sus producciones, generando, de este modo, valoraciones sociales y por tanto creando lazos sociales, que derivarán en aprendizajes.

En la obra “La psicosis en el texto de Lacan” (S/F), Jacques Miller plantea que se acostumbra a considerar la psicosis en términos de déficit. También considera que estamos persuadidos de que a ellos, los psicóticos, les falta algo con relación a nosotros. Pero quizás, propone el autor, “...sería saludable invertir la cuestión y preguntarnos qué nos falta a nosotros para ser psicóticos” (Miller, J; S/F).

Haciendo referencia al delirio, el autor toma a Lacan quien dice que, desde el punto de vista clínico, el delirio es un biombo, un biombo de nada, y que puede hallarse inspirado por un paso al acto –como lo vemos en efecto, en el caso princeps de Lacan, que llega a su conocimiento por el paso al acto de Aimée, quien apuñala a su prójimo. ¿y por qué uno apuñala a su prójimo? Por la sencilla razón de que no logra referirse a él, y como no se logra indicarlo mediante el lenguaje se lo enfrenta en la realidad.

Es por esto que se le dará al lenguaje una importancia primordial, ya que, el sujeto podrá poner en palabras, simbolizar, mucho de lo que, de otro modo implicaría un pasaje al acto. Esto es solidario con el planteo de la función del taller como vaciamiento de goce, en tanto que en el ámbito propio del taller, como metodología de producción, la palabra se pondrá en circulación tanto como la producción. Al mismo tiempo que la palabra misma será pensada como producción.

Por último, Miller dirá que “...la posición de Lacan desde los comienzos de su enseñanza, es la de Hegel, a saber: que la palabra es el asesinato de la cosa, y

que hay una metáfora original, que podría escribirse como *la palabra/la cosa* que conlleva la barra puesta sobre la cosa y su asesinato, y la creación que le es correlativa; la ficción, en efecto”. (Miller, J; S/F).

Es aquí en donde puede verse con mayor énfasis la importancia de la palabra, en cuanto a su efecto de simbolización y la creación como producto de aprendizajes.

4.2.5- ACERCA DEL SINTHOMA:

Algunas consideraciones sobre el síntoma en la neurosis, en la psicosis y la función del analista como sínthoma.

En el artículo “El analista sinthoma” (S/F), Liliana Cazenave, dirá, “... la ausencia de castración del Otro impide la subjetivación del síntoma”.

Más adelante, agregará, “...la forclusión del Nombre del Padre se extiende al orden social y esto da lugar al surgimiento de un orden restitutivo, un orden de hierro que es principio de locura para la subjetividad” (Cazenave, L; S/F).

Es frente a esta ausencia del S2 que se planteará la producción creativa como restitutiva. Y esta producción podrá ser función del psicopedagogo promoverla.

Respecto de la locura, Cazenave dirá “...vemos que, en las enfermedades del lazo, el síntoma se presenta como ser de goce fuera de sentido y no pide interpretación. No se trata de un ser de verdad que requiere del analista como complemento de saber. La transferencia no responde al sujeto supuesto saber y a veces, tampoco al semblante de objeto”.

Parafraseando a la autora, el “síntoma psicótico” es el paradigma del “síntoma letra”, que trata el goce por fuera de la significación, es decir por fuera de la representación del sujeto y del Otro. Propone entonces, la función del analista, no ya como complemento de saber del síntoma, sino como función de sinthoma

-Lacan J. Seminario 23, El Síntoma, versión inédita-. El analista es convocado a sostener el vaciamiento y fijación de goce del síntoma letra y por otro lado a forzar su inscripción en el lazo. Se trata del establecimiento del lazo a partir del síntoma y no a partir de otro consistente y universal.

Cazenave en el artículo, “Del síntoma al Sinthoma” (S/F), dirá, “...la primera conceptualización del síntoma como metáfora o mensaje, corresponde a una articulación significativa inconsciente que produce un sentido oculto a descifrar” (Cazenave, L; S/F).

Este sentido se produce como verdad por la interpretación. Se trata en esta primer axiomática de la enseñanza de Lacan, de una lógica significativa binaria, donde predomina la función de un significante, el Nombre del Padre, que ordena el goce por la significación fálica, que nombra y representa al sujeto.

Cazenave dice que, en “La tercera⁵²”, el síntoma viene de lo real, lo que implica que no es ya un efecto del inconsciente, sino un elemento real que se introduce en el mismo poniéndolo a trabajar en el desciframiento, para reproducirlo.

Más adelante agregará que, “...el síntoma es ahora un nudo significativo y goce, un aparato significativo de tratamiento del goce” (Miller, J. A. El Lenguaje, aparato del goce, Colección Diva, Bs. As. 2000). Esta es una nueva axiomática que se centra en la inexistencia del Otro, ya que el significante en sus efectos de goce no es el significante articulado que produce efectos de comunicación. La estructura SI - S2, significante – significado, es cuestionada por el Uno solo de *lalengua*, disyunto de la estructura del lenguaje.

En “El síntoma psicótico” (S/F), Cazenave dirá, “...se plantea un nuevo modo de tratamiento del goce que no se efectúa por la reconstitución de la cadena y su significación, sino por el significante en tanto no significa nada, la letra, la escritura”. Posteriormente, ante un intento de ejemplificar se menciona a Joyce, ya que “...constituye el paradigma para ilustrar la última clínica. Joyce efectúa con su síntoma un tratamiento del goce mediante la escritura. Su síntoma, es

⁵² Lacan, J. “La Tercera”, en: Intervenciones y textos II, Manantial, Bs. As. 1988.

propriadamente el goce de la letra, no tanto porque consista efectivadamente en un quehacer literario, sino porque su escritura es un modo de saber hacer con el significante en lo real, que irrumpe en lo que él designa "las epifanías". **El trabajo del síntoma impide el desencadenamiento en la locura, demostrando que la psicosis no es una estructura deficitaria**" (Cazenave, L; S/F).

Se puede ver, en este punto, el valor que se le otorga al arte desde este posicionamiento, en tanto que **la apuesta es a la producción de subjetividad**.

Continúa la autora diciendo que, el síntoma así concebido es un saber hacer con la lengua de carácter inventivo que la concilia al lazo. El goce es reglado de un modo singular, más allá del universal Nombre del Padre. El pasaje del goce de la letra al sínthoma es lo que permite el lazo. En Joyce se ilustra este pasaje en el hacerse un nombre que lo lleva a publicar y ubicar en el lazo su escritura síntoma. "El sínthoma le permite anudar el registro elidido con la construcción de un ego megalómano que da consistencia a su narcisismo" (Cazenave, L; S/F).

En síntesis la autora nos propone, **"sostener en la transferencia el trabajo creador del sujeto psicótico"**.

Este punto planteado por Liliana Cazenave, mantiene estrecha relación con el quehacer del psicopedagogo, posicionado desde una mirada psicoanalítica.

En: "El analista sínthoma" (S/F). la autora dice, "...el analista sínthoma se apoya en el lugar del verdadero agujero del nudo, lugar de lo real donde se revela que no hay Otro del Otro".

Asimismo, aclara que la posición del analista sínthoma vale tanto para la neurosis como para la psicosis. Dice, "No se trata de la continuidad de la neurosis a la psicosis sino más bien la de la posición de analista, que se funda a partir de la psicosis tomada como modelo de la relación del sujeto con el Otro y el goce" (Cazenave, L; S/F). La función del analista como "no saber" haciendo semblante de agujero es lo que da una alternativa para la escritura de una suplencia.

Por tanto, podríamos agregar, el psicopedagogo ubicado desde este lugar, permitiría el surgimiento de su propio arte, esto es, posibilitaría el acceso al aprendizaje.

Asimismo, la autora plantea que, "...en el caso de la neurosis permite una salida del Otro del saber y una resolución de la transferencia para pasarse sin el Nombre del Padre a condición de haberse servido de él. Esto opera una corrección del nudo" .

En cuanto a la psicosis dirá la autora, "...la función del analista *sínthoma* es, si se quiere más vital, ya que hacer pasar el síntoma psicótico al *sínthoma* es imprescindible para quien no dispone del Nombre del Padre para anudar". (Cazenave, L; S/F).

En algunos casos de psicosis en la infancia se trata de obtener un anudamiento cuando éste tiene dificultades en efectuarse. En las psicosis desencadenadas se trata de ayudar a rehacer el nudo.

Básicamente la apuesta de la autora respecto de la práctica clínica tiene que ver con, "...acompañar y empujar la construcción del saber del lado del analizante, sobre todo de aquel *saber hacer*⁵³ que le permita hacer un lazo por fuera del Otro delirante".

Muchas veces, es a partir de que un sujeto logra poner en circulación sus producciones, aprendizajes, que se produce ese lazo por fuera del Otro delirante, que lo dejaría capturado por el goce. Esta será otra de las apuestas del psicopedagogo, ubicado desde el lugar a proponer.

4.2.6- INTENTANDO ABRIR UN ESPACIO DE RE-CREACIÓN:

(UN) recorte de (una) experiencia práctica.⁵⁴

Experiencia realizada en el Centro de Salud Mental, Dr. Pedro Ecay, en el marco de mi residencia universitaria.

⁵³ Este "saber hacer" tendrá en nuestro escrito el estatuto de la "artesanía".

⁵⁴ En el centro de Salud Mental del Hospital Dr. Pedro Ecay. Carmen de Patagones. 2005.

En el marco de una asamblea realizada entre algunos profesionales del Centro de Salud Mental y *pacientes*⁵⁵, una psicóloga me presenta frente a los pacientes, estos eran doce, de diferentes edades y diferentes apariencias, algunos mantenían un aspecto más “prolijo” que otros, otros vestían ropas sucias, estaban despeinados y con barba crecida, la mayoría temblaba y algunos salivaban.

Propongo la idea de comenzar con un taller re-creativo – artístico, cuando un paciente (Matías) me interrumpe diciendo que eso ya lo hicieron, hicieron los títeres, que ahí están, y ya está, no les interesa, dice que quieren salir, comer asado, tomar vino, jugar al rumi, pregunto que le gustaría hacer al resto en este lugar, mientras postulo la idea de jugar al rumi por ejemplo, no contestan... luego este mismo paciente dice que podrían hacer un campeonato de rumi y apostar un asado con chorizos y vino, otro paciente (Esteban) dice que quiere jugar al fútbol o basquet, Matías le dice que “...no, que eso porque el es joven, mejor vamos a comer un asado por ahí, charlamos, o vamos a pescar, jugamos a las cartas”. Esteban dice, “sino podemos traer música y bailar, jugar al fútbol, al rumi no sé jugar, pero sí a la casa robada y escoba, o sino a las damas”.

Otro paciente (Carlitos) pregunta si se va a dibujar porque el dibujaba y armaba muñecos en talleres anteriores. Otro (Ricardo) dice que a las cartas, rumi o truco le gustaría pero que iba a empezar a trabajar en el horario del taller.

Ante la diversidad de ideas que van surgiendo intento que cada uno pueda desplegar su propuesta, pensándola y extendiéndola a un posible trabajo grupal.

Al día siguiente, llego al hospital, me encuentro con una enfermera que me acompaña a pasar por cada pieza a convocar a los pacientes para conversar sobre el taller. De a poco van llegando, algunos pacientes que no habían estado en la asamblea del día anterior, uno me pregunta (Jorge): “cuanto tardó en crecerle el pelo?”, “tenés auto?”, “cuál es tu estado civil?”, “cuál es tu comida predilecta?”, me cuenta que la de el raviolos que le hace la madre, también me

⁵⁵ Los cuales se nombrarán con otros nombres que no serán los auténticos a los fines de preservar el anonimato de los mismos.

pregunta “Elton John es homosexual porque escuché en la radio que se iba a casar con un varón?”... .

Ante cada una de estas preguntas el paciente obtenía respuestas y comentarios, en tanto que yo intentaba que podamos producir allí algún diálogo posible. Que con cada una de estas preguntas que aparentan no tener relación entre sí, el sujeto pueda ir armando un discurso, articular sus palabras, darle sentido a ellas, y todo esto en relación con otros. Intentaba por lo tanto, eludir algunas respuestas promoviendo la posibilidad de que otros puedan incluirse en la conversación que de este modo dejaba de ser dual.

Nos ponemos a trabajar sobre la posibilidad de iniciar el próximo encuentro con una actividad concreta, vuelve a surgir –por Matías- la propuesta de las cartas, “consistente” en jugar al rumi, hacer un campeonato y apostar asado, chorizos y vino... comienzo a hacer circular la propuesta y veo que hay interesados que no saben jugar –entre los que me incluyo- le pregunto a Matías si nos enseñaría y el dice que si. Arreglamos comenzar el jueves próximo aprendiendo el juego del rumi y después veríamos si apostamos algo o no.

Ante mi “insistencia” de escuchar también el interés de algunos que no proponían nada, pero que a las cartas no les interesaba jugar, luego de ir conversando sobre distintos temas de entretenimiento, les cuento que conocí el Hospital Borda en donde los pacientes hacen muchas cosas, de hecho publicaron un libro, tienen una radio, etc. ellos escuchan atentamente y comienzan a surgir ideas, -Jorge propone hacer carpintería, Hugo cerámica, Ricardo dice que toca la guitarra, Cesar también, Esteban canta y baila, y Víctor dice que baila rock and roll.

Propongo llevar una guitarra en algún encuentro y ellos están de acuerdo, en un momento de silencio extendido Matías me pregunta si me gustaría escuchar como toca la armónica, le digo que me encantaría y se va rápidamente a buscarla a su pieza, vuelve y en medio del silencio comienza a plasmar melodías en su armónica durante aproximadamente cinco minutos, mientras el resto de los pacientes: escuchaban.

Continuamos conversando, se acerca un psicopedagogo (Pedro), Matías le habla mucho a “don Pedro”, contando que vivía en Neuquén, que lo escupió Sobich, etc. de la riqueza mineral que hay en Neuquén, de Perón, de cuando el lo miraba por tv. con la madre la semana pasada, que el padre tenía mucho carisma para contar cuentos y además mucha facha, Gardel también era muy buen mozo...

El Jueves siguiente me encuentro en el Hospital, una psicóloga al recibirme me presenta al enfermero José, quien me acompaña a convocar a los pacientes, pieza por pieza.

Se acercan ocho pacientes, uno nuevo (Sergio), muy entusiasmado con la actividad e interesado mayormente con la música. Nos juntamos, acomodamos la mesa, los bancos, pongo el maso de cartas sobre la mesa y propongo que Matías comience a explicarnos el juego del rumi así podemos empezar a jugar con el fin de organizar el campeonato.

Me parece interesante la idea de instalar el campeonato, con fines de duración, premios, promover interés, integración, aprendizaje.

El paciente –Matías- toma el maso y comienza a explicar, cinco pacientes se suman al juego: Sergio, Carlitos, Ricardo, Víctor y Matías. Yo pensaba jugar pero como eran varios Matías me propone que anote y vaya observando para ayudar al resto. Comienzan a jugar, serios, parecen muy concentrados cada uno en su juego y apurando al de al lado para que juegue, ansiosos. Al final de cada mano (cada vez que alguien corta) me van diciendo el puntaje, propongo que lo sumen o resten ellos y lo hacen correctamente. Transcurre el juego con charlas intermedias referidas al mismo, como “no me toca nada, aquel seguro que esta por cortar, por eso esta tan callado”, etc., Esteban, luego de haber conseguido un grabador –que le pidió prestado a una psicóloga exclusivamente para traer al taller- es el encargado de la música, el se dice “dishoquei”, Rubén da vueltas por ahí, Cesar también, otro paciente entra y sale sin comentarios, Julio habla solo en un rincón durante todo el tiempo. Jorge había empezado jugando pero se molestaba porque decía no entender nada, el enfermero se sienta a jugar con el, pero Jorge comienza a decir “no puedo, no puedo aprender, no entiendo”, lo intentamos

ayudar pero rápidamente desiste del juego y nos sorprende haciendo una demostración muy precisa de taekwondo, entre piñas y patadas al aire, luego se queda sentado muy agitado, hablamos acerca de eso y cuenta que el había entrenado con un entrenador de Carmen de Patagones durante un año... y al rato se va.

Luego del juego al que ganó Sergio, Matías propone seguir una mano más y gana Carlitos. Termina el juego y Matías resalta "...la importancia del juego que estamos haciendo porque te hace pensar, si seguimos pensando así podemos ser doctores".

Al finalizar el juego decidimos "levantar la sesión" al decir de Matías y arreglar para el próximo encuentro que yo llevaría guitarra y cartas para ver que hacemos; mientras que Esteban se ofrece a conseguir el grabador para el jueves siguiente, por lo que el martes pensaremos qué música vamos a traer para el jueves.

El próximo martes, luego de convocarlos por las salas voy sacando la guitarra y aparecen Sergio, Víctor, Matías, Ricardo, Cesar, y Jorge, mientras que otros de a ratos van a ir asomándose, como Fernando, Hugo, Julio y al final Esteban que estaba durmiendo –al decir del sereno cuando fue a despertarlo "esta muerto". Propongo la guitarra para ver quien se ofrece a tocar, la toma Cesar, toca temas de Leonardo Favio y Sandro, al resto le gusta, principalmente a Sergio, después toca Ricardo temas de folclore y chacareras de Argentino Luna, Larralde, Matías busca la armónica y lo intenta acompañar, pero dice "es difícil porque soy novato", intenta acompañarlo Ricardo a el y también se le complica, porque dice Ricardo que le cuesta enganchar los tonos, Matías va hacia el pizarrón hace su firma y me pide que la vea diciendo "viste que firma tan linda tengo yo?..."pregunta si tengo las cartas, le digo que no y se va... Sergio se muestra muy interesado con la guitarra, entonces le propongo si le gustaría aprender, me dice que sí, y junto con Ricardo nos encargamos de enseñarle algunos acordes, comienza a practicarlos y a entusiasmarse. En la medida que la guitarra iba circulando y los pacientes interesándose, le pregunto a Víctor si quisiera tocar y el no responde, más tarde vuelvo a insistir y tampoco responde, hasta que luego ante la pregunta de qué le gustaría cantar, se queda en silencio hasta que de pronto comienza a gritarme de

cerca “¡¡yo te puedo contar en ingles uanchutrichuaunchutri!!!... ante este acto de Victor, entre otras cosas, me sorprende la naturalidad de los pacientes con la que continúan la actividad.

Le propongo a Jorge si le gustaría aprender dice que. “si, como que no?”, le alcanzo la guitarra y el la toma al revés le pregunto sos zurdo? Dice que “si porque?” Nos miramos con Ricardo y decimos que problema he, y el comienza a preguntar “porque problema, por qué, por qué?”, le explico que el problema es para mí porque se me complica para enseñarle, el insiste “porque yo problema por qué?”, le vuelvo a explicar y me acerco para ayudarle a armar un acorde, no hay manera de que ubique los dedos donde yo mismo se los estoy intentando ubicar, cada vez que le toco los dedos se pone muy tenso, no mueve sus dedos, y no puede armar un acorde, toca las cuerdas sin parar y de una manera muy brusca. Lo dejo que toque de esa manera un momento y le digo que se ve que le gusta mucho, el pasa la guitarra y continua la ronda... rápidamente se levanta y se va corriendo.

En los últimos encuentros se fue trabajando, a partir del interés de la mayoría, las posibilidades de salir a realizar alguna actividad afuera por lo que empezamos a pensar en un patio grande que esta ubicado al lado del centro de salud mental y que pertenece a un centro de adolescentes. Para esto, tuvimos que esbozar un cronograma de actividades, como fútbol, tejo, guitarra, música, entre otras. Un paciente propuso invitar a otro paciente que ya no se encuentra internado en este lugar “porque ya era del grupo” argumenta. Resalto esta propuesta, en tanto se comenzaba a consolidar un grupo, en el que además de estar en permanente circulación la palabra, podíamos reírnos, proyectarnos, pensar en actividades laborales, en el afuera, en el adentro, en el aprendizaje, en sus posibilidades.

Si bien en este momento culmino mi periodo de residencia y tuve que retirarme de la institución, mi apuesta fue a que los sujetos puedan a través de un acompañamiento y una actividad poner en circulación la palabra, los significantes,

a través del encadenamiento significativo advenir deseos, producir deseos, anhelos, de manera que puedan desenvolverse por sus propios medios.

REFLEXIONES Y POSIBLES ARTICULACIONES TEORICO – PRACTICAS:

(ACERCA DE LOS EFECTOS DE INSISTENCIA Y LAS INTERVENCIONES)

Al parecer cuando enfrento a Jorge con el no poder, él me demuestra lo que puede. Lo que él demuestra yo lo “nombro” -en una supervisión- como un despliegue “artístico”. Lo cual me lleva a pensar en la importancia de sentenciar sus actos, aportar significantes, ... pensar en sujetos, sancionar algo como aprendizaje.

Si de sujetos psicóticos se tratara Elida Fernández⁵⁶, propone pensar la psicosis como una estructura distinta y no simplemente un déficit de la supuesta normalidad. La autora dirá, “...pensar la psicosis no es mencionar lo que falta, es precisar lo que hay” (Fernández, E; 2001).

Acerca del sujeto psicótico dirá, “...no hay un sujeto dividido por el significativo, afectado y efectuado por la castración. Tenemos que pensar otro sujeto, el sujeto pleno, no dividido, el sujeto de la certeza, de la increencia, el que queda solidificado en la holofrase, el que sabe demasiado, sujeto del goce, sujeto de un saber en exceso que no paso por los avatares de la represión” (Fernández, E; 2001).

En relación a la consistencia del saber en la psicosis podemos ver en pacientes como Matías –no se pretende con esto realizar un diagnóstico estructural sino ejemplificar de manera práctica en relación a sus dichos- que no cabría en su discurso lugar a dudas, se conduciría con certeza como portador de un saber absoluto. Por ejemplo al decir -en el momento en que se propone la idea de comenzar con un taller recreativo- “...eso ya lo hicimos, hicimos los títeres, que ahí están, y ya está, no nos interesa, queremos salir...”, y de esta manera se expresaba en varias ocasiones. A su vez, este ejemplo también vale para preguntarnos a quién no le interesaba continuar con los títeres?, ya que mientras el taller de títeres funcionaba ellos -al decir del enfermero José- trabajaban muy

⁵⁶ Fernández, E. Diagnosticar las psicosis. Letraviva. Buenos Aires. 2001.

bien y es cuando se va el coordinador del taller que se desganaban con eso. Pareciera que el otro tendría que mostrar mayor interés para que ellos se “enganchen”, quizá si yo además de mostrar gran interés en el taller hubiera tenido la posibilidad de sostenerlo en el tiempo, ellos habrían podido “engancharse” de un modo distinto, cual si fuera transitivo.

Respecto del aprendizaje, al decir de Clemencia Baraldi , “...para poder aprender un niño necesitará construir su cuerpo y habitar su palabra” (Baraldi, C; 1998). Me pregunto si acaso las esquizofrenias no nos muestran la falta de constitución del cuerpo?... Asimismo, también me pregunto, -insisto, si se tratará de sujetos psicóticos- si la demostración artística que hacía Jorge no era producto de un aprendizaje?, si los que van comenzando a tocar la guitarra no van aprendiendo a tocar la guitarra?, y los que no sabían jugar al rumi y ahora saben?, etc. Quizá así como pensamos a la psicosis como una estructura distinta de la neurosis y por lo tanto un sujeto con otras particularidades, podríamos pensar en posibilidades diversas de aprendizaje.

Se considera que, el hecho de que nos juntemos, nos escuchemos, y pensemos, qué hacer, de qué manera, cómo continuar, implica en sí la posibilidad de apertura de diferentes instancias de aprendizaje, con las que cada uno deberá enfrentarse a partir de su singularidad.

En la situación que se relata con Víctor, cuando comenzó a contar a gritos en inglés, entiendo que un posible desencadenante de tal reacción podría haber sido mi insistencia por verlo hacer lo mismo que el resto. Me parece que de esa manera estaría unificando, no dándole lugar a las diferencias a la vez que imponiendo un ideal personal, en lugar de intentar que un deseo advenga en ellos.

Por lo tanto, la propuesta es **escuchar** y a partir de ahí intentar acomodar el dispositivo, en relación a lo propio de cada uno, dando lugar al artificio. Suponiendo sobre todo que detrás de cada una de estas cuestiones y situaciones

como las de Jorge, Víctor, Matías, etc., que detrás de ese Centro de Salud Mental...**hay SUJETOS.**

4.2.7- ENTREVISTAS REALIZADAS A PROFESIONALES DE HOSPITALES PÚBLICOS, EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS:

A continuación se expondrán recortes textuales⁵⁷ de diversas apuestas en tratamientos de psicosis:

El Dr. Guillermo Onig del Servicio de Arte terapia – Hosp. Borda- dice:

“...las personas que están acá son pacientes que están internados, mi apuesta es a que son sujetos de derecho, por un lado, tienen derecho a estar enfermos, como cualquiera, y por otro, tienen derecho a estar mejor por sus propios medios, y uno tiene que propiciar que ellos puedan llevar adelante sus propios medios, y por eso se necesita el andamiaje institucional” (Onig, G; 2005).

El Lic. Diego Luparello del Servicio de Asistencia Primaria 2 –Hosp. Borda-, dice:

“...la apuesta a la que uno siempre tiene que estar atento es superar cierta frustración ante una estructura que nunca va a dejar de ser esa estructura, me parece que eso es lo más difícil o al menos es mi caso, a veces es muy frustrante ver que un paciente no va a dejar de ser un psicótico, digo va a estar compensado, va a estar mejor, va a disfrutar de la vida, etc. en la medida de sus posibilidades, pero nunca va a dejar de serlo, creo que la apuesta a veces tendrá que ver con el propio análisis de uno y con la experiencia de trabajo” (Luparello, D; 2005).

El Lic. Lionel Klimkiewicz del Servicio de Asistencia Primaria 2 –Hosp. Borda-, dice:

⁵⁷ Espacios compartidos con profesionales del Hospital Borda y del Hospital Infante – Juvenil Tobar García, durante mi formación. 2005

“...la apuesta siempre fue a saber que se podía lograr algo por medio de la escucha y de la palabra para compensar al paciente, para que el paciente tenga una vida un poco mejor” (Klimkiewicz, L; 2005).

El Dr. Anibal Goldchulck del Servicio de Consultorios Externos –Hosp. Borda-, dice:

“...cuando yo entre al oficio quería curar la psicosis, que un sujeto que está absolutamente psicótico, fuera productivo, una persona sana. Hoy con personas que son esquizofrénicas lo que trato es que tengan una calidad de vida aceptable para ellos, sabiendo de antemano que nunca los voy a curar de la esquizofrenia, porque la esquizofrenia es una enfermedad incurable, entonces es seguro que algún resabio le va a quedar, algo mucho más de lo deseable” (Goldchulck, A; 2005).

El Dr. Miguel Calvano del Departamento de docencia e investigación del Hospital Infante – Juvenil Dr. Tobar García, dice en relación a su apuesta frente a un niño psicótico:

“en principio a lo que pueda, el me va a ir indicando sobre que tengo que apostar no hay una apuesta previa, después es muy importante el laburo con los padres, entre otras cosas para que acepten que van a tener ese hijo toda la vida, que ese hijo a lo mejor no es el que soñaron si es que lo soñaron...

Y bueno, viste ahí hay algo que es propio de cada uno, de la infancia de cada uno, como cada uno de nosotros ha trabajado las cosas que ha pasado en la vida, como hacemos para que eso no interfiera en el tratamiento... si uno no trabajo con uno mismo no, más vale que se dedique a otra cosa...” (Calvano, M; 2005).

REFLEXIONES A PARTIR DE LA LECTURA DE LOS CITADOS FRAGMENTOS DE ENTREVISTAS:

Será elocuente pensar en la idea de propiciar que los sujetos puedan llevar adelante diversas actividades en lo que respecta a su desenvolvimiento social, por

sus propios medios, (tal como planteara el Dr. Guillermo Onig), de hecho es solidaria con la postura que sostiene este trabajo, en donde se plantea al sujeto: como sujeto de aprendizajes.

También se considera de gran importancia que el psicopedagogo, promueva, motorice y sostenga –a través de la relación transferencial que se establece- la posibilidad de que el sujeto con el cual trabaja, pueda comenzar a crear, producir lazos... *aprender*, por sus propios medios.

Con respecto a la importancia del andamiaje institucional (que también plantea el Dr. Guillermo Onig), se considera que realmente es necesario para algunos pacientes, asimismo sería importante que se trabaje en función de una re-institucionalización, en donde pueda ir produciéndose una transformación respecto del funcionamiento que rige a las instituciones anteriormente descritas (*instituciones totales*), que permita comenzar a pensar en *sujetos*. Esto es, ya no sosteniendo la lógica médica/psiquiátrica que gira en torno a las normas establecidas de salud/enfermedad, cura/incurable, etc. . En tanto que estos ideales⁵⁸ limitarán las posibilidades del profesional al momento de intervenir siempre que no pueda ver al sujeto por fuera de los “catálogos”.

La apuesta, que desde este escrito se intenta transmitir, tiene que ver con poder “ver” y sobre todo “escuchar” a esas personas que se alojan en las instituciones totales, no a través de sus limitaciones, sino como **sujetos**, con posibilidades de desear, producir lazos, **aprender**. No obstante, esta apuesta también tiene que ver con un ideal, puesto al servicio de las posibilidades.

Por otro lado, se considerará de gran importancia y de carácter imprescindible el análisis personal (mencionado por el Lic. Diego Luparello y también por el Dr. Miguel Calvano) del analista, que en nuestro caso sería del psicopedagogo posicionado desde el psicoanálisis, para trabajar con sujetos en general. Por

⁵⁸ Ideal: Se entenderá por ideal, desde el marco psicoanalítico, a la ilusión de completud, que se origina con la visión del modelo de la función paterna, durante los primeros años de vida.

supuesto sin que se pierda de vista la apuesta, objetivo, propósito de trabajo por estar seriamente concentrado en resolver cuestiones personales.

Se observa que la mayoría de los profesionales entrevistados trabajan imponiéndole límites a su propia práctica respecto de determinada estructura, en este punto, se considera en la presente tesis, que las limitaciones irán surgiendo de cada sujeto en particular y a su vez deberán ser puestas a trabajar. Además, esta apuesta conllevaría trabajar pensando que todo el tiempo se van a producir cambios en los sujetos, que no van a ser siempre iguales si se apuesta al lazo social, aprendizaje, etc.

La idea de que por medio de la escucha y de la palabra “...se podrá lograr *algo* para que el paciente este mejor” (Lic.Lionel Klimkiewicz), es solidaria con la postura del presente escrito.

También es importante tener en cuenta, en este punto, la necesidad del trabajo en conjunto con otros profesionales y, la apuesta a que un trabajo interdisciplinario riguroso podrá hacer “*mucho por los pacientes*” y, sobre todo, “*con los pacientes*”. Acentuando el carácter de actividad que marca el hecho de que los pacientes trabajen con diferentes profesionales, en distintos espacios, que cada uno seguramente apuntará a diversos objetivos, etc. es una apuesta a la diversidad. Ampliando, por ende, el campo del aprendizaje tanto para los pacientes como para los profesionales intervinientes.

4.3 - OTRAS MIRADAS POSIBLES

4.3. 1 - (A)CERCA DE LA EDUCACION POPULAR:

Atendiendo a que a lo largo del recorrido se fueron trabajando conceptos como el de *sujeto*, entendiéndolo como un sujeto dividido por el inconsciente, atravesado por el deseo, y *aprendizaje* pensado como la manera singular de la que dispone cada sujeto para poder desenvolverse en sociedad, en términos de su relación con los objetos de la cultura, objetos de conocimiento, y la conecuyente producción de lazo social; es decir, una manera singular de CREAR.

Estos conceptos son pensados y trabajados en base a un marco teórico de referencia, en este caso el psicoanálisis.

Es evidente que estos conceptos fueron tiñéndose de gran importancia para el desarrollo de la presente investigación. Cabe mencionar que este posicionamiento no se plantea como el único ni cómo el mejor, sino como UN modo singular de abordaje, intervención y reflexión *de* la práctica y *en* la práctica.

A continuación se hará referencia al plano pedagógico y en el marco de éste a **un** movimiento que ha generado grandes aportes en relación a la creación y el aprendizaje. Se expondrá un breve recorrido por la **Educación Popular**. Ya que se entenderá a ésta, como un dispositivo que históricamente produjo un quiebre

importante con la educación tradicional, re-significando conceptos centrales, en cuanto al trabajo grupal, con un posicionamiento particular respecto del sujeto, la palabra, y el valor de la producción. En este sentido se expondrá un recorrido poniendo énfasis en la transición que se produce, pasando de la concepción del educando como objeto receptor de conocimientos, a aquella concepción que lo ubica como protagonista activo y creador en cuanto a sus aprendizajes.

La concepción de sujeto para la educación popular estará ligada a un sujeto de conocimiento, sujeto social, y por lo tanto se trabajará en función de que el mismo pueda “hacer conciencia” o “concientizarse” de la situación que atraviesa, en general a nivel social, frecuentemente se trabaja con sectores sociales excluidos, en tanto que se analizan las condiciones de opresión social y se propone una práctica de reflexión crítica frente a la realidad social.

En cuanto a la concepción de aprendizaje, está ligada al “hacer conciencia” como condición para transformar la realidad, y que por consecuencia el sujeto se “liberaría”.

Paulo Freire en su obra “La educación como práctica de la libertad”, propone una educación para las masas brasileñas que les hiciese posible la autorreflexión sobre su tiempo y su espacio. El autor dice, “...autorreflexión que las llevará a la consecuente profundización de su toma de conciencia y de la cual resultará su inserción en la historia, **ya no como espectadores**, sino como actores y **autores**” (Freire, P; 1973).

En el capítulo “Educación y Concienciación”, de la mencionada obra de Paulo Freire, Julio Barreiro plantea que enseñarle a leer y escribir –a un analfabeto- es algo más que darle un simple mecanismo de expresión. Barreiro dirá, “...se trata de procurar en él, concomitantemente, un proceso de concienciación, o sea, de liberación de su conciencia”.

Un profesor norteamericano –Thomas G. Snders-, que ha estudiado detenidamente la pedagogía de Paulo Freire, da la siguiente definición de **concienciación** (citada por Barreiro en la obra en referencia): “...significa un

despertar de la conciencia, un cambio de mentalidad que implica comprender realista y correctamente la ubicación de uno en la naturaleza y en la sociedad; la capacidad de analizar críticamente sus causas y consecuencias y establecer comparaciones con otras situaciones y posibilidades; y una acción eficaz y transformadora” (Freire, P; 1973).

Miguel Darcy de Oliveira en “El proceso educativo según Freire y Enrique Pichón Riviere” (artículo que se incluye también en la mencionada obra), propone pensar al proceso educacional como herramienta de libertad y como herramienta de transformación de la realidad. El autor aclara, “...herramienta de libertad en el plano del sujeto, en el plano del grupo que se moviliza para aprender alguna cosa útil para sí y herramienta de transformación, en la medida que sólo hay educación con transformación, que sólo hay educación cuando ésta cambia la vida de las personas, cuando anima a las personas a hacer algo que sea necesario para este proceso de transformación, cuando lleva al sujeto a vivir mejor, a vivir una vida diferente” (Freire, P; 1973).

En la misma obra, Vera Lucía Barreto, plantea que a través de un tema que reunió al grupo, educador y educandos intercambiando sus conocimientos, van también a elaborar ciertas teorías sobre la realidad, de esa manera la teoría va a nacer de la propia visión, de la propia percepción de la realidad. Asimismo, en relación al conocimiento, Ana Quiroga dirá que, “...el hecho de que el fundamento de todo conocimiento esté en la práctica social, en la actividad transformadora que los hombres desarrollan en una doble relación: con la naturaleza y con los otros hombres, nos lleva a plantear que el sujeto del conocimiento no puede ser pensado como individuo sino como sujeto social” (Freire, P; 1973).

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

Ana Quiroga en su artículo *Sobre la opresión del niño en el sistema educativo*, de la obra “El proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere”, realiza una minuciosa descripción y análisis del sistema educativo, que resulta

interesante de recorrer, ya que en el presente escrito insiste la cuestión de invitar a pensar en modalidades alternativas de intervenir en instituciones.

La autora haciendo referencia a la escuela dirá que, "...se inmovilizan los cuerpos detrás de un banco, detrás de una mesa y se lo aísla de los otros". (Quiroga, A; 1985). Por esto Quiroga entiende que es incompatible el sistema educativo con el chico como sujeto de la necesidad, como sujeto del deseo, como sujeto de la imaginación, como sujeto del pensamiento.

Asimismo, plantea que, el docente es tan víctima del sistema educativo como el alumno. Dirá la autora , "...el docente está socializado en una sacralización, en una idealización del método educativo y está excluido de la elaboración de los planes, está enajenado de su propia necesidad. Hay un discurso del poder que le marca al docente un ideal".

Más adelante describe al sistema educativo como una estructura jerárquica, autoritaria, rígida, con un sentido profundamente político, que tiene sus víctimas y sus instrumentos tanto en el docente como en el alumno.

Agrega la autora: "...es muy fuerte la opresión del niño en el sistema educativo, pero es idénticamente poderosa la opresión del docente y si los docentes no se dan cuenta de esto no van a poder transformar la situación, porque el grueso de los mensajes, el grueso del trabajo ideológico en el sistema educativo se centra en el docente para que se aliene, para que se enajene y desde allí pueda ser instrumento de enajenación" (Quiroga, A; 1985).

Este punto es interesante para pensar y analizar los lugares posibles a ocupar en instituciones escolares, que permitan generar movimientos dirigidos a producir transformaciones en el seno de la institución. Ya que, de la ubicación del profesional en la institución, derivará la modalidad de abordar la práctica, la cual generará efectos particulares sobre los sujetos con los que se trabaje.

Se considera que el hecho de poder interrogar el funcionamiento y la funcionalidad de las instituciones es tan importante como el cuestionamiento y revisión/ supervisión de nuestras practicas. Ya que, en muchas ocasiones los intereses políticos que inciden sobre las instituciones pueden producir efectos que

obstaculicen nuestras posibilidades de intervenir. No obstante, ante la posibilidad de poner en evidencia estos intereses, habrá que ver de que manera es posible generar intervenciones desde lugares alternativos, más convenientes para lo que se propone.

4.3.2- SOBRE LAS EXPLICACIONES QUE IMPOSIBILITAN Y UNA ALTERNATIVA DIFERENTE DE TRANSMISIÓN:

En la obra “El maestro Ignorante” de Jacques Ranciere⁵⁹, el autor relata una experiencia de Joseph Jacotot, lector de literatura francesa de la Universidad de Lovaina en el año 1818.

El autor va a describir la situación en la que, Jacotot se encuentra intentando enseñar literatura francesa a un grupo de Holandeses que ignoraban el Francés, aclarando que Jacotot ignoraba totalmente el Holandés. Ante la inexistencia de un punto de referencia lingüístico mediante el cual pudiera instruirles en lo que le pedían y frente al deseo de Jacotot de responder al deseo de ellos, se propone establecer entre ellos y él, el lazo mínimo de una cosa común. En ese tiempo se publica en Bruselas una edición bilingüe de un libro que pasa de este modo a ser la cosa en común.

El autor resalta que, el hecho era que estos estudiantes aprendieron a hablar y escribir en Francés sin la ayuda de sus explicaciones. No les transmitió nada de su ciencia ni les explicó nada de los radicales y de las flexiones de la lengua francesa. Los dejó solos con el texto y su voluntad de aprender Francés.

A partir de este hecho comienza a desarrollarse toda una experiencia de la cual solo tomaremos algunos puntos y conceptualizaciones para trabajar nuestro texto.

El autor dirá que, “...la revelación que se apoderó de Jacotot, se centra en que es necesario invertir la lógica del sistema explicador” (Ranciere, J; 2005). Plantea que la explicación no es necesaria para remediar una incapacidad de comprensión. Todo lo contrario, esta incapacidad es la ficción que estructura la concepción

⁵⁹ Jacques Ranciere. Barcelona. 2005

explicadora del mundo. Al decir de Ranciere, "...el explicador es el que necesita del incapaz y no al revés, es él el que constituye al incapaz como tal. **Explicar alguna cosa a alguien, es primero demostrarle que no puede comprenderla por sí mismo**" (Ranciere, J; 2005).

El principio de la explicación , tal será denominado por Jacotot: el principio del *atontamiento*.

El autor dirá, "...todo perfeccionamiento en la manera de hacer comprender, esa gran preocupación de los metodistas y de los progresistas, es un progreso hacia el atontamiento". Asimismo, ejemplifica de la siguiente forma: El niño que balbucea bajo la amenaza de los golpes obedece a la férula, y ya está: aplicará su inteligencia para otra cosa. Pero el pequeño *explicado*, él, empleará su inteligencia en ese trabajo de duelo: comprender si no se le explica.

Continua el autor describiendo la experiencia, dice que los alumnos aprendieron sin maestro explicador, pero no por ello sin maestro. Antes no sabían, y ahora sabían. Luego Jacotot les enseñó algo. Sin embargo no les comunicó nada de su ciencia. Por lo tanto no era la ciencia del maestro lo que el alumno aprendía. El había sido maestro por la orden que había encerrado a sus alumnos en el círculo de donde podían salir por sí mismos, retirando su inteligencia del juego para dejar que sus inteligencias se enfrentasen con la del libro.

Dice el autor, "...el método que se propone es el más viejo de todos y no deja de verificarse todos los días, en todas las circunstancias en las cuales un individuo tiene necesidad de apropiarse de un conocimiento que no puede hacérselo explicar" (Ranciere, J; 2005). A esta manera de aprender el autor le llamará "enseñanza universal". Y agregará que es el verdadero método por el cual uno aprende y toma conciencia de su capacidad.

En relación al método, agrega, "...este método reside en la emancipación que todo hombre del pueblo pueda concebir su dignidad de hombre, tomar conciencia de su capacidad intelectual y decidir su uso". El autor plantea que, quien emancipa no ha de preocuparse de lo que el emancipado debe aprender, aprenderá lo que quiera, quizá nada. Sabrá que puede aprender porque la misma inteligencia actúa en

todas las producciones del arte humano, que un hombre siempre puede comprender la palabra de otro hombre.

El autor entiende que los dos actos fundamentales del maestro son: “interroga, pide una palabra, es decir, la manifestación de una inteligencia que se ignoraba o que se descuidaba”. De esta forma evalúa que el trabajo de esta inteligencia se realiza con atención, que esta palabra no dice cualquier cosa para escapar de la coerción.

Mas adelante agrega que la práctica de la palabra y la concepción de toda obra como discurso son, en la lógica de la enseñanza universal, un preliminar a todo aprendizaje. Es necesario que el artesano hable de sus obras para emanciparse; es necesario que el alumno hable del arte que quiere aprender. Hablar de las obras de los hombres es el medio de conocer el arte humano.

El autor se plantea la lección emancipadora del artista opuesta a la lección atontadora del profesor en tanto considera que, “...cada uno de nosotros es artista en la medida en que efectúa un doble planteamiento, no se limita a ser hombre de oficio sino que quiere hacer de todo trabajo un medio de expresión; no se limita a experimentar sino que busca compartir” (Ranciere, J; 2005).

En el prefacio a esta edición se realiza la siguiente diferenciación: instruir puede ser entonces significar dos cosas exactamente opuestas: confirmar una incapacidad en el acto mismo que pretende reducirla o, a la inversa, forzar una capacidad, que se ignora o se niega, a reconocerse y a desarrollar todas las consecuencias de este reconocimiento. El primer acto se denominará, para el autor, *atontamiento*, el segundo *emancipación*.

Respecto de la *transmisión*, Silvia Duchatzky y Cristina Corea en su obra “Chicos en banda. *Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*”, expresan elocuentemente: **la transmisión supone poner a disposición de los sujetos textos y lenguajes que los habiliten para hacer algo más que la mera repetición**, “...y solo sabré que enseñé algo si los sujetos habrán sabido **hacer algo con eso**” (Duchatzky, S; Corea, C; S/F).

Este punto resulta de primordial importancia práctica, para poder pensar el lugar del educador y la diferenciación entre el sujeto que aprende y el objeto de conocimientos, atendiendo a que el primero se caracterizaría por su protagonismo y deseo de saber, mientras que el segundo por su pasividad y sumisión frente a lo dicho. Por lo tanto, se entiende que las diversas modalidades de transmisión producirán efectos diferentes a nivel subjetivo.

De esta forma se enriquece el recorrido de la presente tesis exponiendo precedentes significativos de diversas formas de conceptualizar la *enseñanza* y la *transmisión*, desde diferentes disciplinas.

Desde este trabajo de tesis se apostará a un modo de transmisión que permita al sujeto construir y elaborar desde su singularidad, atravesado por su deseo y atendiendo a sus tiempos subjetivos.

4.3.3- EL ARTE Y LA LOCURA DESDE UNA MIRADA DIFERENTE:

En el presente apartado se expondrá un recorrido por la obra “Conversaciones con Enrique Pichón-Riviere sobre el arte y la locura. De Vicente Zito Lema⁶⁰”. Ya que, en esta obra se trabaja en profundidad la cuestión del arte y la locura.

Igualmente, no podía dejar de tenerse en cuenta para esta investigación un precedente tan importante como lo es ésta obra, a los efectos del tema a investigar. No obstante cabe aclarar, que en este momento de formación y recorrido de Pichon-Riviere, podríamos decir que se encontraba en un período de transición entre el psicoanálisis y la construcción de la psicología social. Por tanto hay muchos de sus aportes que tendrán afinidad con el posicionamiento psicopedagógico que se intenta proponer, mientras que algunas cuestiones, podrán ser pensadas de forma más ajustada desde otras lecturas.

⁶⁰ Zito Lema, V. 1998. Argentina.

En relación a su primer contacto con enfermos mentales Pichón Riviere comenta que el con lo que se va a encontrar es con el aislamiento, va a decir que a los enfermos mentales se los esconde pero que no hay ningún tratamiento metódico. Por lo que se le presenta la necesidad de crear, el dirá que, "...porque no hay nada" (Zito Lema; V;1998).

Es así que Pichon-Riviere propondrá, **por medio de la recreación una resocialización.**

De allí surge su interés por el deporte y el equipo de fútbol como una terapia grupal dinámica.

Continua relatando que partió de un estudio de Freud sobre lo siniestro, del año 1915, que considera como "...uno de los aportes más ricos a la psicología del arte". Agrega, "...según Freud, lo siniestro es aquella especie de lo espantoso que es propia de las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás. Agrega que, evidentemente, se trata de un sentimiento muy complejo, lleno de diferentes matices" (Zito Lema; V;1998). Y, por ejemplo, Freud insiste en que debe diferenciarse lo siniestro que se manifiesta en la realidad, es decir, en la vida, y lo siniestro que es imaginado o conocido por la ficción.

En ese ámbito Freud llega a una conclusión que puede ser vista, al decir de Pichon-Riviere como paradójica, en tanto que:

"...muchas cosas que serían siniestras en la vida real no lo son en el arte. Además, la ficción dispone de mayores posibilidades para provocar efectos siniestros. Tiene medios que no existen en la vida real, cotidiana" (Zito Lema; V;1998).

El autor considera que se representaría lo siniestro, pero no estaría lo siniestro. Es decir, es artificio. Por lo tanto plantea que no es positivo, o necesario, ni negativo lo siniestro en la obra de un artista; debe aceptarse en tanto sea expresión natural de ese creador.

Respecto de la situación de los enfermos mentales en los hospicios, el autor ante la situación abandonica que atraviesan los internados y sumado al mal trato que padecen allí dentro, considera que, se hace necesario algún trabajo con los

enfermeros, quienes se encuentran la mayor cantidad de tiempo en contacto directo con los pacientes.

Asimismo afirma , "...no hay otra opción legítima para el médico de hospicio que una actitud dinámica capaz de transformar la dura realidad. Pero, por supuesto, con conciencia de que eso no se logra en forma individual. Es una tarea de todos".

El autor propone, que para contribuir a vencer la incomunicación de otro hace falta, básicamente, "afecto" y "comprensión". Es decir, partiendo de no considerarlo "un loco", restituyéndole una parte de su persona que no está destruida: desde allí se establecerá el diálogo fecundo. Pero para esto, Pichón plantea que, hay que estar preparado para hacerlo, y ello se consigue a partir del propio análisis personal.

Pichón-Riviere dice que, "...el sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases" (Zito Lema; V;1998).

Con relación al trabajo grupal y sus objetivos, el autor dice que, "**...el grupo terapéutico estará encaminado a una tarea: curarse, que es una forma de crear y de aprender**" (Zito Lema; V;1998).

El autor plantea que a través de la práctica y observación de los internados en el hospicio, llegó al convencimiento de que, "...los psicóticos siempre tienen momentos lúcidos en los que pueden llegar a comprender, a tener cabal conciencia de lo que está sucediendo".

Respecto de la intervención del analista él la sitúa en esos intervalos lúcidos que, a su entender, cualquier paciente tiene. Agrega, el psicoanálisis no tiene límites, todo es cuestión de técnicas y de la capacidad del operador.

Con respecto a la aplicación de electroshock en los hospicios Vicente Zito Lema dirá que, "...se aplica en forma indiscriminada y sin ninguno de los recaudos" - con lo de recaudos hace referencia a los que plantea Pichón Riviere: que debe ser aplicado por alguien que sabe, con todos los cuidados necesarios, con el paciente debidamente anestesiado, y en las circunstancias precisas, puede ser de utilidad-.

Zito Lema agrega que, además de la irresponsable aplicación, se lo introduce en el tratamiento como castigo. Dirá que, "...lo que se busca es privilegiar y mantener la disciplina y el orden manicomial a cualquier costo, aún a riesgo de la destrucción del paciente, que queda, luego de estas "terapias", física y espiritualmente lastimado y en un estado permanente de desorientación y abulia".

En relación al valor del deporte en la vida personal de Pichón, este relata "...encuentro en el deporte un revivir, un adquirir fuerzas a través de la experiencia. Las pruebas en las que intervine, y son muchas, no tenía para mí, si las ganaba, un valor de premio, sino de reconocimiento. Es decir, veía que estaba en el mundo cumpliendo una función concreta. Y ello constituiría, finalmente, el esquema de mi tarea creativa, ya sea arte, deporte o psiquiatría, en tanto para mí no difieren en lo fundamental" (Zito Lema; V;1998).

Interrelacionando al arte, la ciencia y el deporte, Pichón Riviere plantea que, para hacer ciencia hay que haber hecho, previamente, mucho juego. Incluso éste, en el sentido deportivo, es un entrenamiento hacia el logro de nuevos campos de investigación. Y el fútbol, por ejemplo, dirá el autor, es motivo de análisis, y muy importante, en la construcción de la teoría de los grupos, agrega Pichón que también lo ha tenido en cuenta en su teoría de los grupos operativos.

Respecto de la obra de arte Pichón dice que, "...un objeto de arte es aquel que nos crea la vivencia de lo estético, la vivencia de lo maravilloso, con ese sentimiento subyacente de angustia, de temor a lo siniestro y a la muerte. Y que, por ello mismo sirve para recrear la vida". Mas adelante agrega, "...toda creación de objetos, sean estéticos o industriales, está ligada a la situación socioeconómica del país en el que tiene lugar; o sea, tiene en común su calidad de emergentes sociales, provienen de las mismas fuentes y están condicionados por ellas" (Zito Lema; V;1998).

El autor distingue entre el artista normal y el alienado planteando que:

En el artista normal el proceso creativo se da en forma controlada y es definitivamente temporario. En cambio, en el alienado es más automático, más permanente y, en cierta medida, más necesario. Más adelante agrega que, la obra del alienado participa de las características del pensamiento mágico. Mientras que la obra del artista normal, al decir del autor, no carece de magia, en tanto también se trata de ejercer un dominio y control sobre este mundo, pero no crea para transformar el mundo exterior de una manera delirante, sino que su propósito es “describirlo” a otras personas sobre las cuales trata de influir, teniendo la tarea un significado definido.

Por último dice el autor que, “El artista alienado está impulsado a crear con el fin de transformar el mundo real; no busca un público ni trata de comunicarse”.

Vicente Zito Lema dirá, “...la producción de estos internados en los hospicios no es vista como arte, y que tampoco se le reconocería ese carácter por ejemplo, a los últimos textos de Artaud o Fijman, si no fuera por el prestigio o los antecedentes previos a la internación”. Y, agrega que, esto es correcto, si nos atenemos a la estética vigente, tradicional. Pero no lo es si describimos a la estética como meramente racional e ideológicamente castrativa, y ligada a una visión del arte como forma de poder y actividad de distinción para gozo de una sola clase social.

Zito Lema se pregunta si estas obras –haciendo referencia a las de los denominados artistas alienados- y los mecanismos que condujeron a su concreción y están allí reflejados: “¿difieren acaso sustancialmente de lo que es propio de las llamadas “vanguardias artísticas” de nuestro siglo?”. Los artistas surrealistas, por ejemplo, y tantos otros creadores influidos posteriormente por este movimiento (y antes de ellos, los artistas “malditos” y “románticos”), “¿no manejan y valorizan las mismas pautas y los mismos procesos que los considerados artistas alienados?” (Zito Lema; V;1998).

Continuando con Pichón Riviere, este dice que, “...la creación, así como ayuda a combatir la locura y el miedo a la locura, también tiene por fin alejar el miedo a la muerte que, por cierto, es una de las formas que la locura asume”. Pero también

planteará otra relación: dirá que, todo aquello que ha muerto puede ser re-creado en la obra artística. Es por esto que para el autor la tarea del creador sería la re-creación (a través de su producto) del sentimiento de muerte consciente o inconsciente.

Pichón dice que "...un verdadero artista logra establecer un vínculo armónico, a partir de la obra, con el espectador, el receptor, o sea los otros hombres".

Por último dirá que, **"...es imprescindible, sin excepción, estimular la actividad creadora en todos los órdenes y en todos los hombres"** (Zito Lema; V;1998).

5.- ANTE UN INTENTO DE CONCLUIR:

"Shine on you crazy diamond⁶¹"

A través de esta producción me he propuesto intentar escribir / inscribir / transmitir un aporte posible en relación a las alternativas de abordaje en instituciones de encierro y su incidencia en el aprendizaje, que contribuya a una mayor rigurosidad en la práctica psicopedagógica a partir de la reflexión y investigación teórica.

En este sentido, también me he propuesto implicar al lector a interrogarse sobre el valor de la creación artística a nivel subjetivo. Esencialmente en el abordaje a través del trabajo en taller con modalidad grupal, en tanto que, se considerará de gran importancia para muchos de los sujetos que se encuentren institucionalizados, así como también, aquellos que se encuentren tomados por la locura.

Este dispositivo le ofrecería al sujeto un anclaje imaginario con otros semejantes.

⁶¹"Brilla tu diamante loco". Pink Floyd. "

A la manera de disparador, a continuación, se expondrá un recorte de entrevista realizada al Dr. Sergio Rodríguez⁶², profesional del ámbito de la salud mental que cuenta con aproximadamente 35 años de ejercicio profesional, con una amplia trayectoria por diversas instituciones públicas y privadas, es sin duda uno de los máximos referentes del movimiento psicoanalítico argentino; en este fragmento de entrevista, conversamos acerca de la “Psicopedagogía” y sus alcances, el lugar de intervención del psicopedagogo en las instituciones, entre otros temas:

Ante la pregunta de qué entiende por psicopedagogía, Sergio dirá, “Sobre psicopedagogía en sí no te puedo hablar en el sentido de que no conozco, sí lo que he tenido es relación con psicopedagogos. Pero yo partiría de algo previo, los griegos planteaban que habían dos profesiones imposibles una era gobernar y la otra era educar, Freud después agregó una tercer profesión que es psicoanalizar, yo creo que las tres son imposibles, es más después con el tiempo y experiencia, se me fueron presentando cada vez más otras como imposibles también y eso me hizo reflexionar sobre el tema de la imposibilidad en el terreno profesional.

Creo que efectivamente toda profesión va teniendo puntos de imposibilidad en el sentido de que cada uno de los oficios, de las profesiones, puede abarcar su objeto, pero siempre el objeto le va a presentar algún nuevo interrogante, alguna nueva dificultad, y me parece que esto es clave para como uno se para en relación a la propia profesión. Porque si uno se para a partir de la idea que siempre va a encontrar algún imposible eso produce al menos dos cuestiones: una es no conformarse nunca, toparse con lo imposible angustia, ya que es algo que no se resuelve tan fácilmente, es más común la noción de la gente de preferir suponer que resuelve todo lo que se le presenta, eso produce como efecto después grandes crisis; la otra cuestión es que, si uno se confronta con que ese imposible va a tener más entusiasmo por intentar resolver lo irresoluble. Que las profesiones son imposibles no hay nada más que observar al mundo humano, gobernar es imposible, vivimos en una sociedad políticamente corrupta, los viejos generalmente tendemos a suponer que todo tiempo que paso fue mejor y los jóvenes que todo tiempo futuro será mejor, pero lo único que ubica eso es que

⁶² Esta entrevista fue realizada en el año 2005 y no se encuentra en Anexos por problemas técnicos de desgrabación.

todos entendemos que hay problemas en el presente, eso es así, no puede ser de otra manera y a eso por tradición en psicoanálisis le llamamos castración...

Desde la presente tesis, se considera que, en tanto nos involucremos como sujetos, para llevar adelante nuestro trabajo en las diversas instituciones de las que venimos hablando, nuestras prácticas podrán producir algún efecto sobre ese imposible que se plantea como única opción. Será ineludible nuestra implicación subjetiva, en tanto que permita reconocer nuestras posibilidades y limitaciones en los ámbitos en los que intentemos realizar nuestras prácticas.

Tanto en el recorrido realizado por la educación popular, como los aportes tomados de la psicología social y los conceptos que se han venido sosteniendo del psicoanálisis, nos proponen justamente alternativas diferentes. Otras formas, que no son las tradicionales, de pensar cuestiones acerca de la cotidianeidad de la práctica institucional que muchas veces nos deja imposibilitados. La apuesta se orientará a que esas cuestiones, en lugar de producir inhibición o desistimiento de la práctica, puedan producir algún tipo de arte, en el orden de la creación y del aprendizaje.

En este punto el lugar del psicopedagogo tendrá que ver con intervenir en función de que los sujetos puedan a través de algún tipo de producción artística producir lazo social. El lazo social será pensado como una instancia de aprendizaje del sujeto.

A partir de exponer aportes teóricos de otros campos, y otros intentos de hacer algo frente a lo que se nos plantea como un im-posible, es que se propone este posicionamiento psicopedagógico sustentado por el psicoanálisis como marco referencial. Esto es, un posicionamiento que propone pensar al sujeto como un sujeto de deseo, activo y creador.

Se propone la alternativa de pensar que un sujeto pueda ser “alojado” por la institución, y esto implicará necesariamente, la creación de un lugar de contención

que promueva y potencie en los sujetos sus capacidades creadoras y de aprendizaje. El ofrecimiento de diversos canales de producción, en tanto, artificios, a crear en función de las características de las personas con las cuales se trabaja, atendiendo al contexto cultural y social y sobre todo, al deseo de los sujetos.

Es por esto que se considera de carácter ineludible el deseo de crear, en tanto que, de esta manera estaríamos permitiendo a otros la posibilidad de producir y por tanto, el APRENDIZAJE se produce en ambos.

Gabriel Pavelka.-

6- RECOMENDACIONES:

-Luego de haber realizado una serie de practicas psicopedagógicas en diferentes instituciones de encierro, y su posterior análisis, se considera que :

-Será recomendable, en el seno de las instituciones, revalorizar el diálogo entre los sujetos que se encuentran allí internados;

-Promover diversos espacios en donde la actividad grupal permita la producción de lazo social;

-Apostar constantemente a la re-habilitación de las capacidades artísticas de los sujetos, en tanto productoras de valor social y de aprendizajes;

-Como profesional que desea intervenir en alguna institución de estas características, será importante indagar e investigar acerca de las políticas de salud mental que ponen en cuestionamiento la modalidad de encierro, a los fines de poder evaluar las posibilidades de nuevos dispositivos. Así como también revisar el “encierro teórico” que se establece en estas prácticas concretas.

-Promover la inclusión de profesionales psicopedagogos en instituciones de encierro.

-Se recomienda producir desde la carrera Lic. En Psicopedagogía proyectos de trabajo en instituciones con las características mencionadas.

APENDICE

ANEXO 1:

ENTREVISTAS REALIZADAS A PROFESIONALES DEL HOSPITAL BORDA

Entrevista a Anibal Goldchluck. Medico psiquiatra con formación Psicoanalítica. Jefe del Servicio de Consultorios Externos. Hospital Borda

E1⁶³: ¿Qué entiendes por psicopedagogía?

E2⁶⁴: Bueno, sinceramente no me atrevo a decirte con claridad, qué es la psicopedagogía, entiendo que la pedagogía es una ciencia que estudia todo lo que este vinculado con la educación y supongo o infiero que la psicopedagogía debe tener que ver con todos los resortes psicológicos vinculados al proceso de aprendizaje y formación en general de una persona. Si mi definición o punto de vista es aproximado a lo cierto, la verdad es que no veo una utilidad inmediata que se desprenda de la naturaleza de los hechos que nosotros tratamos acá para que un psicopedagogo se incorpore participando en los procesos terapéuticos que acá se llevan a cabo, aún cuando cada vez toma más importancia entre nosotros lo que son los trastornos cognitivos que sufren las personas que tratamos, cada vez es más necesario encontrar métodos que junto con el tratamiento de los síntomas al principio de la enfermedad puedan atender los trastornos cognitivos que acompañan a ese síntoma. Eventualmente el lugar del psicopedagogo, especialmente capacitado en lo que se llaman las ciencias cognitivas podría, ser de alguna ayuda y participación dentro de un equipo terapéutico, lo que pasa es

⁶³ E1: Entrevistador.

⁶⁴ E2: Entrevistado.

que hay que decir, nosotros estamos tan alejados de ese lujo que todavía no damos a vasto con los pacientes y pensar que en este momento la incorporación de un psicopedagogo resulta lejos de lo que son las necesidades básicas del servicio.

E1: ¿Cuál es tu opinión respecto de las políticas de salud mental que giran en torno de la manicomialización – desmanicomialización?

E2: Respecto a la manicomialización o no... todo lo que es el movimiento dentro de la psiquiatría que se llama, digamos, “institucionalización” pivoteó sobre la idea de que las grandes instituciones psiquiátricas y los grandes asilos psiquiátricos eran eficaces en el punto de las enfermedades mentales, creo que hoy se podría ver en el mundo que, se podría plantear algo en desacuerdo con esto, los grandes asilos psiquiátricos como lugares centrales de la asistencia psiquiátrica. Pero también de la misma manera podría ser sostenido que, nuestras sociedades, cualquiera sean, podrían desconocer la necesidad de atención en salud mental de grandes capaz de la población y que muchos de esos pacientes y muchas de esas familias requieren de alojamientos transitorios o de largo plazo para la asistencia de enfermedades que todavía no tenemos mejor modo de curarlos, es decir, los grandes asilos psiquiátricos en modo antiguo, con represión, con dominio, etc. básicamente desde este hombre Basali en adelante se conoce sobre lo que son los vicios de los asilos, la verdad que ya nadie lo propondría, pero lo que es la experiencia de Río Negro donde se abolieron todas las instituciones psiquiátricas de internación, dejan, por mejor intención que tengan, dejan que la gente que tenga dinero pueda pagar su asistencia, la gente que no tiene dinero que es la desamparada y los pacientes que requieren en algún momento de alojamiento para el control de su conducta y cosas que no pueden manejar por sí mismo quedan absolutamente desamparados, entonces, la cuestión es controvertida pero mi posición es que tienen que haber buenas instituciones psiquiátricas e internaciones psiquiátricas accesibles sobre todo a los más pobres de la población, esa es mi posición...

E1: Me gustaría saber si a través de tu vasta experiencia en este hospital y hoy por hoy como jefe del servicio piensas que el psicoanálisis es posible en el hospital y con que limitaciones te habrás encontrado?

E2: Si. Es absolutamente posible, es un hecho que hay psicoanalistas en las instituciones y que hay psicoanalistas que como vos habrás visto acá desarrollan sus prácticas en esta institución con las características propias de una práctica que no es la del psicoanálisis didáctico, sino que es la del psicoanálisis aplicado con finalidades terapéuticas. Sobre esto hay un campo polémico, un campo controversial, pero si la pregunta es si es posible obviamente que es posible, de hecho esto se indica en la práctica de todos los días en este hospital y en cualquier lugar en donde halla psicoanalistas trabajando, así que eso realmente no representa hoy una discusión sino que ya los años lo han resaltado. Lo que yo he observado en los años que tengo en este hospital y básicamente que tengo acá, es que el psicoanálisis paso de una transición de preeminencia y de ser el respaldo conceptual central para la práctica psiquiátrica, para tener un lugar que hoy no es de dominio, hoy el dominio lo tienen las neurociencias, en lo que tiene que ver con las prestaciones en los hospitales de esta naturaleza, la verdad que hoy el psicoanálisis no tiene un lugar de dominio, pero esto también depende del tipo de patología que vos atiendes, porque obviamente si una persona tiene un problema de pareja, esto no es tributario de ninguna alteración biológica o neurobiológica y si una persona tiene una depresión profunda no es tributario de una intervención psicoanalítica. Creo que, lo que tratamos acá en el servicio básicamente es manejar los recursos terapéuticos, el psicoanálisis es uno de ellos, con un criterio de que es lo que a dado más muestras de eficacia terapéutica en el cuadro que tratamos, el criterio es, por decírtelo así, es basado en la evidencia, si hay evidencia de que las psicoterapias analíticas pueden ser más eficaces para un problema educacional, familiar, neurótico, se usa el psicoanálisis, si la medicación ha demostrado ser más eficaz que el psicoanálisis en tratar la esquizofrenia, supónete, por decirte obviedad, se trata con psicofármacos más otro tipo de psicoterapias grupales, familiares, de acuerdo a lo que haya evidencia respecto de eso. De modo tal que, creo que estamos en una época posterior a las

controversias de los 80 o de los 90, estamos en una época que esta más regida por el sentido práctico, pero no en el sentido práctico des-ideologizado sino práctico en el sentido de lo que ha demostrado más eficacia en cada cuadro. Ese es el criterio que se maneja en el servicio, y vuelvo a repetir que las controversias respecto de hegemonías hoy están superadas en función de hacer lo que sea útil...

E1: ¿Y por ejemplo en los casos de urgencia?

E2: Los casos de urgencia no los vemos nosotros, se ven en la guardia, o bien cuando un paciente nuestro aparece descompensado, que puede presentar una urgencia subjetiva, bueno, será la intervención del terapeuta, del psicoterapeuta, del analista, médico psiquiatra o quien corresponda para ese caso, porque dentro del término "urgencia" es un abanico de entidades que hay, digo, si hay una urgencia por un furor maníaco, mirá mejor que tenga cinco enfermeros corridos y que puedan medicar a ese paciente, ahora si una persona acaba de separarse de un ser querido y tiene una urgencia subjetiva desesperante, este, bueno, es absurdo que lo mediquen, tendrán que escucharlo, contentarlo, entendés. Y eso depende de que vos detectes que cuestión clínica tenés frente a vos...

E1: ¿Cómo está conformado el servicio de consultorios externos?

E2: Somos profesionales de distintas disciplinas, pero la verdad es que no tenemos problemas de convivencia en relación con eso, como en otros momentos éramos bandos, quizás enfrentados, quince años atrás, hoy me parece que está muy lisado todo eso en función de la cuestión práctica. Donde hay un acuerdo en funcionar en forma combinada, básicamente acá tenemos médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales. Los psicólogos la mayoría tienen una filiación analítica, psicoanalítica, y algunos muy poquitos incipientemente comienzan a tener una formación en tratamientos cognitivos comportamentales, muy poquitos todavía, esto porque la formación de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires forma con un criterio psicoanalítico hasta hoy, pero esto esta cambiando, así que esto es lo que nosotros tenemos y con esto convivimos y los médicos que tienen formación psiquiatra, biológica, pero también analista, la mayor parte de nosotros o estamos o hemos estado en análisis, nos

hemos formado psicoanalíticamente es decir que, no somos desconocedores u opuestos al psicoanálisis. Yo te diría que hoy acá nadie tiene una posición de oposición al psicoanálisis sino de ubicar al psicoanálisis en la eficacia que le es propia...

E1: ¿Hace mucho tiempo trabajas en este hospital?

E2: Yo trabajo en este hospital desde el año 1979, ya van a hacer 26 años...

E1: Podrías comentar un poco sobre los dispositivos de tratamiento que se fueron implementando a través del tiempo?

E2: No, mirá cuando yo entre al hospital había una doctrina hegemónica que era el psicoanálisis y que todo estaba regido por el psicoanálisis, además era durante la época del proceso en Argentina, con un clima de represión ideológica muy fuerte de todo lo que fuera grupal y comunitario, estaba absolutamente prohibido no se podía decir asamblea comunitaria por ejemplo que es un término técnico psiquiátrico eso estaba absolutamente prohibido y paradójicamente el psicoanálisis era la doctrina hegemónica y sobre todo en la primera época del advenimiento del psicoanálisis lacaniano a la Argentina, el psicoanálisis lacaniano tenía una modalidad o un estilo muy hermético, a tal punto que mucha gente, es controvertido esto que te voy a decir, pero mucha gente penso en aquel momento que el psicoanálisis lacaniano hacía juego con el proceso, en el sentido que, como en el proceso no se podía discutir política y no se podía discutir ideología, una doctrina absolutamente hermética e incomprensible iba bien porque vos discutías del sexo de los arboles entendés, entonces el psicoanálisis lacaniano nunca fue cuestionado por el proceso, esto no le quita mérito al psicoanálisis lacaniano, la mayor parte de nosotros tenemos formación tal, así que sería desconocer nuestra propia historia y nuestra propia formación, pero también hay que decir esto, así que en ese momento, año 1979, esto era lo hegemónico y te diría que esa hegemonía habrá durado aproximadamente unos 15 años más, yo te diría hasta el 90, y en el noventa empieza todo lo que es la década del cerebro y la neurobiología, el avance enorme de la psicofarmacología, el avance de los laboratorios, los intereses de los laboratorios que imponen la ideología biológica en psiquiatría digamos, o del recurso farmacológico en psiquiatría entonces

empieza la demanda a virar, el psicoanálisis para los grandes cuadros psiquiátricos no tiene otra respuesta, o respuesta muy entusiasmada para los practicantes pero muy poco aplicada para los pacientes, mientras que los fármacos tienen una respuesta, no maravillosa, pero bueno, con algún grado de eficacia sobre los pacientes. Eso empieza históricamente a virar una cosa a la otra y es un poco el panorama que tenemos hoy. Cuando cae el proceso empiezan a explorar nuevamente todo lo que son los recursos grupales y comunitarios y hoy estos recursos empiezan también a tener alguna preeminencia. Entonces el psicoanálisis de ser hegemónico en los años 80 pasa a ser una disciplina más en los años 2000..., pero ni remotamente la hegemónica y además con una declinación en su brillo... si vos ves por ejemplo los carteles de propaganda de cursos acá, eran todos cursos psicoanalíticos, si vos te largas a ver ahora vas a ver que es todo neurociencias, entendés, con que vos leas esa pared vas a tener el panorama psiquiátrico del 2005, si hubieras leído en el año 80 lo único que hubieras visto es la topología, los nudos, la lógica del significante, bueno todos los grandes temas lacanianos, eran lo único que vos veías en la publicidad de cursos u ofertas de formación. Así que ese es el proceso que yo he vivido y con el vértigo de un país periférico, porque este mismo proceso se dio en los países centrales con mucho más lentitud y además acá hemos pasado en veinte años de una punta casi a la otra del proceso...

E1: El otro día me comentaban profesionales de otro servicio del hospital, que trabajan con un paciente que hace 50 años esta internado acá y por lo visto ha vivido todo el proceso que describís de punta a punta, que opinión tenes de esto?

E2: Es lo que te digo, hay personas que por su trastorno mental el mejor lugar en donde pueden estar es en un lugar protegido como este, porque lo que desconoce la desmanicomialización, sin estar muy interiorizado de lo que es la Ley en Río Negro, pero lo que desconoce es que "hay" enfermos mentales, no es un mito de la sociedad, no es que la sociedad ha inventado una forma de segregación que llama enfermedad mental, Tomas Has es un tipo que decía que las enfermedades mentales no existen, serían un efecto segregatorio de la sociedad... pero no, las enfermedades mentales tienen su naturaleza, entonces hay muchas personas que

padecen enfermedades mentales que son incompetentes para vivir en una sociedad tan desafiante como esta, tan exigente como esta, y todo lo que sea lugares protegidos donde tengan resuelto el problema de su comida, de su vida diaria, y que no estén desafiados a ganarse la vida, por que no les permite su enfermedad, el deterioro que produce su enfermedad, este, van a estar mejor acá que afuera, y sobre todo si carecen de familia. Hay una naturaleza en el sentido que yo creo que las enfermedades mentales existen, a partir de creer que existen como existe la diabetes, etc., creo que hay respuestas sociales mejores y respuestas sociales peores, yo creo que la peor respuesta es desconocer esto y segregar a los enfermos a que se arreglen por sí solos cuando no se pueden arreglar por sí solos, porque las familias se arreglan por sí solas cuando los nenes están superados, si vos tenes un enfermo mental en la familia es un infortunio que te ha tocado, no es una culpa tuya, del papa o de la mama que han estado desamorados con alguien y han creado un enfermo mental, es un infortunio que te ha tocado, como podría haber sido un chico Down, o un chico con glucemia, yo creo que la sociedad tiene que responder solidariamente con eso y si la persona vive mejor en un lugar protegido que viva en un lugar protegido, a mi que alguien se halla pasado 50 años en un hospicio no me habla mal ni de esa persona ni del hospicio, ni de la sociedad, me hace pensar que es la respuesta más feliz que esa persona ha encontrado, es más a lo mejor la más creativa, entendés. Nosotros en el año 80 escribimos un trabajo que esta publicado que se llama elegir el encierro, en el año 80 todos nosotros teníamos una idea como des-institucionalizadora, sacar a la gente de los asilos, y de repente nos encontramos con que estos tipos no querían salir de acá, fue así que empezamos a escribir este artículo que se llamo elegir el encierro... la libertad, la vida, el mundo, nosotros salíamos con ellos, íbamos al cine con ellos, le mostrábamos y bueno... la verdad que me convencí de que hay gente que necesita ese estar protegido, por supuesto que vos en ese ambiente podés, como son las cárceles, podés generar rehabilitación, promoción de vocaciones, etc. o que funcionen de una manera como funcionan las cárceles en Argentina o los manicomios en Argentina de una manera de, de celadores que se aprovechan de los enfermos, etc. esto es la patología de los

asilos, con eso nadie esta de acuerdo, pero tampoco que no tienen que haber instituciones. Y el Borda es un ejemplo claro de que hay gente que se alarma por esto, me parece que gracias a Dios que existan estos lugares, y que a este hombre lo pusieron durante 50 años en un lugar, es una vida salvada, entendés, una vida protegida...

E1: ¿Cuál sería tu apuesta en tratamientos de psicosis? Y, fue variando a través de los tiempos?

E2: En relación con los tiempos fue variando, pero eso es lógico, le pasa a cualquier clínico por decirte un lugar común, a los veinte, veinticinco, vos quieres cambiar el mundo, cuando te diste cuenta de que ni siquiera pudiste cambiar a tu casa, a los cincuenta y pico como tengo yo, este, tenés objetivos mucho más modestos, mucho más realistas también, cuando yo entre al oficio quería curar la psicosis, que un sujeto que está absolutamente psicótico, fuera productivo, una persona sana. Hoy con personas que son esquizofrénicas lo que trato es que tengan una calidad de vida aceptable para ellos, sabiendo de antemano que nunca los voy a curar de la esquizofrenia, porque la esquizofrenia es una enfermedad incurable, entonces es seguro que algún resabio le va a quedar, algo mucho más de lo deseable. Antes tenía mucho idealismo y poca eficacia y ahora tengo más eficacia y menos idealismo. Antes yo quería cambiar la vida de alguien y ahora con lo que me conformo es con que saluden al vecino, que no se peleé todo el día, que pueda hablar más de su subjetividad, pequeños avances que es lo que nosotros buscamos con el trabajo en grupos.

**Entrevista a Diego Luparello. Lic. en Psicología. Con formación
Psicoanalítica.
Servicio de Asistencia Primaria 2**

E1: ¿Qué entiendes por psicopedagogía? ¿Y qué lugar le darías en el Borda?

E2: Entiendo que es aquel que labura con las dificultades en el aprendizaje y en la adquisición de conocimientos, supongo que se puede aplicar en distintos lugares, la cuestión es si le vez algún lugar posible dentro del hospital Borda. Nosotros concretamente estamos trabajando con un psicopedagogo o una psicopedagoga no me acuerdo... una psicopedagoga que, trabaja con pacientes internados que no tienen algunos conocimientos, así como muy básicos de matemática y que forma parte de la estrategia terapéutica para, por ejemplo, el manejo del dinero, el manejo de ciertas cuestiones de valor en relación a lo social, o a cobrar, hacer gastos u ordenarse, etc.

E1: ¿Pensas a la profesión mas por el lado de lo pedagógico?

E2: Más por el lado de lo pedagógico, por ese lado lo veo, en nuestro caso más que pertinente, están laburando, y están laburando más que bien y hemos notado en ese sentido muchos avances con los pacientes que están cursando ese espacio, eso es lo que te puedo decir de mi experiencia en el servicio, supongo que psicopedagogos en la parte de orientación o en la parte de... bueno acá no

hay niñez... pero no se si tampoco la psicopedagogía solo tiene que ser aplicada en niñez, en definitiva hay problema de aprendizaje en todas las edades, por tanto que, supongo que en otros espacios del Borda podrá ser aplicado, sinceramente yo no conozco toda la estructura del Borda, ni todos los servicios, pero supongo que en orientación vocacional alguna injerencia habrá, y en el caso como el nuestro, en nuestro servicio ni hablar, porque hay pacientes, muchos de los pacientes internados a los que se los cree locos o psicóticos por completo, en realidad hay muchos pacientes mas vale en calidad de excluidos socialmente y por lo tanto han sido excluidos desde el vamos, de la escolaridad y de cualquier posibilidad de aprender cosas, desde oficios, hasta lengua y matemáticas, por lo tanto me parece que, todo lo que sume a que esa persona, más allá de su estructura, de si es psicótica o no, todo lo que sume a la posibilidad de aprender y a resolver ciertas dificultades con sus aprendizajes, me parece que como que hay lugares posibles en donde insertarse laboralmente.

E1: ¿Vos crees que hay aprendizaje en la psicosis?

E2: Yo creo que si, seguro. En el psicótico hay aprendizaje, de ultima será un aprendizaje con otros tiempos, parte de otro proceso o, más limitado, o menos limitado, depende del caso, pero el psicótico sí puede aprender. Me parece que siempre trabajando en combinación con el equipo terapéutico, que también ve las pautas de cuál es el límite, digamos, o sea, me parece que hay cosas que se pueden aprender, hay cosas que no, hay cosas pertinentes que aprenden, hay cosas que quizás el hecho del forzamiento o cierta exigencia en el aprendizaje en algún momento puede ser negativo, hay que saber manejarlo en conjunto con el equipo terapéutico, yo creo que el psicótico puede aprender "x" cosas en "x" cantidad de tiempo y mediante distintos procesos o procedimientos de aprendizaje.

E1: En relación al psicoanálisis en este hospital, y respecto de tu experiencia. ¿Consideras que es posible?, ¿con que posibilidades y limitaciones te has encontrado?

E2: Mira, yo creo que primero hay una cuestión entre psicoanálisis e institución, Foucault decía que, "cuando el psicoanálisis intenta ser ciencia pierde su esencia",

porque hay algo del psicoanálisis que en realidad debería escapar del saber o de la verdad, justamente por lo subversivo en sí de su discurso, por lo tanto, me parece que hay algo de psicoanálisis e institución que es una relación muy particular, digo, más amplia de desarrollar, pero en fin, el Borda es una institución, por lo tanto tiene que haber una relación particular. Yo no creo que sea posible el psicoanálisis en el hospital, lo que si creo que es posible es la presencia de psicoanalistas en el hospital que es diferente, y no por ser ortodoxo digamos, no es que el psicoanálisis solo será aplicable en diván y bla bla bla, por supuesto que quizás es el encuadre más favorable, pero me parece que hay algo que tiene que ver con la institución que hace imposible cierta cuestión del psicoanálisis, desde el pago, desde el tiempo, desde cierta cuestión transferencial, de cierta cuestión del analista que esta sujeto a la institución y por lo tanto carga con un montón de transferencias imaginarias, me parece que hay un montón de cosas que vienen a complejizar o complicar la cuestión del psicoanálisis, en el sentido puro de la palabra si es que lo hay, lo que no quiere decir que no se pueda. Primero que no pueda haber la presencia de psicoanalistas, segundo que no pueda ser aplicable algo del discurso psicoanalítico en el hospital, yo creo que si por supuesto. El psicoanálisis, si bien yo no creo que sea una cosmovisión del mundo ni una filosofía de vida no queda solamente para una clínica particular, me parece que el psicoanálisis por ejemplo aporta elementos técnicos o conceptuales para dar cuenta del sujeto que pueden ser aplicados a conceptos solamente técnicos en el hospital no a la forma de un puro psicoanálisis pero si a la forma de poder pensar ciertas cosas o de cierta terapia con cierta escucha psicoanalítica como se dice en general. Me parece que hay elementos que aporta el psicoanálisis que son ineludibles para entender por ejemplo una estructura tan compleja como la psicosis que es la que predomina en este hospital. Yo creo que tenemos muchos para hacer los psicoanalistas acá, pero al mismo tiempo desecho la posibilidad de un psicoanálisis acá, creo que lo que se puede hacer acá es un recorrido hacia un psicoanálisis, me parece que lo que se puede hacer acá es el inicio de un recorrido, me parece que el análisis, si uno quiere hacer análisis, me parece que tampoco hay análisis en obras sociales en ese sentido yo soy taxativo, digo, me

parece que, no te puedes analizar con un empleado, entonces, no porque el analista sea o hay que ser el rey sentado en el trono, sino porque hay cierta dinámica en relación a la obra social que va en contra de una apuesta, una cuestión que se tiene que jugar entre analizando y analizante, entonces en ese punto me parece que estando la obra social como institución, el hospital como institución en realidad coartan o dificultan la posibilidad de un tratamiento, lo que no quiere decir que no sea posible hacer un montón de cosas mientras tanto, digo, yo tengo pacientes en mi consultorio, con obra social uno puede hacer un montón de cosas y no dejo de ser psicoanalista ahí, lo que tengo claro es que no se trata de un análisis en forma, digamos...

E1: ¿Qué opinión tenés respecto de las políticas de salud mental que giran en torno a la cuestión de manicomialización / desmanicomialización?

E2: Mirá, yo creo que tiene que existir una institución que trabaje sobre o para los pacientes psicóticos, lo que no tiene que convertirse esa institución en un manicomio si o si, creo que los pacientes no se internen y que la sociedad los reciba, los acoja, les brinde la red necesaria para que un paciente no tenga que estar internado es un ideal al que todos en realidad estamos de acuerdo, o casi todos, lo que me parece es que es innegable, por lo menos yo trabajando con psicosis lo he visto, que ante un brote o ante determinadas situaciones una internación es pertinente o es necesaria, lo que me parece es que la internación tiene que ser lo más corta posible, cuanto más larga la internación peor es, ahora como hacer cuando vos ya armaste una institución que interna, para que esa institución respete que la internación sea lo más corta posible y que haces encima cuando una sociedad cree en la institución para que los pacientes vayan a internarse y así se lo saca de encima, entonces después no lo recibe más... digo, me parece que tiene que haber un espacio en donde una persona que sufre de un brote o desencadenamiento psicótico encuentre un lugar, pero me parece que eso no se tiene que convertir en lugar de vida y quedar siempre reducido a un lugar de internación por un brote y punto, ahí tiene que quedar cortado. El tema es que esto es una hipocresía sostenida de varios lugares, es sostenida desde la burocracia de la salud mental, también es sostenida desde la familia, la familia es

un, muchas veces no todas, pero muchas familias son las que expulsan al paciente del núcleo familiar, por lo tanto vos te podes encontrar que trabajas en un manicomio, con todo lo malo que representa eso y vos quieres que el paciente se vaya y es la familia la que no lo quiere aceptar, o es la sociedad o el barrio o la manzana o los vecinos o los amigos, entonces me parece que es un tema complejo, me parece que un manicomio como el Borda no tendría que existir, no puede estar un paciente cuarenta años internado...

E1: Vos mencionabas que en el servicio en el que trabajas hay un paciente que lleva cincuenta años internado...

E2: Si, eso me parece perverso y a parte me parece como síntoma de una sociedad, como se manifiesta en la sociedad la faltas de comunicación o lo que quieras como fenómeno, me parece que el Borda no debería existir, lo que si me parece que debería existir es un lugar "x" que tramite determinada situación particular de una persona que no puede valerse por sus propios medios en un momento, pero que se tendría que trabajar rápidamente, yo creo que la experiencia más interesante y que en este país no esta lo suficientemente extendida es el Hospital de Día. Yo al menos hice una jornada de hospitales de día hace unos cuantos años y contaban la experiencia francesa donde hay muchos hospitales de día, aparentemente eso es lo que dijeron, a mi me parece que eso es una de las cosas más interesantes, digo, un lugar donde se lo aloja al paciente, donde se le preste determinada actividad, coordinada por un grupo terapéutico, etc., pero que el tipo es como que vaya a trabajar y vuelva a su casa como cualquier cristiano, no que quede encerrado en un lugar digamos. Tampoco la ilusión de que el paciente psicótico se las va a poder arreglar por sí mismo, habrá pacientes que si y habrá pacientes que no, entonces no es fácil, es fácil decirlo pero cuando vos vez que un paciente va a salir a la calle y le va a ir mal o le van a pasar cosas o va a sufrir, entonces es necesario contenerlo, bueno pero hay que implementar una contención que sea lo más humana posible una internación no es una contención humana en ese punto, estas metiendo al tipo adentro de un frizer y lo estas dejando ahí tiempo y tiempo. En cambio en un hospital de día o lo que

quieras vos, talleres, cualquier espacio intermedio, lo que facilite es que sea casi parecido a un laburo, casi parecido a en realidad es una actividad.

E1: Con respecto a la cuestión de la psicofarmacología, recuerdo que en una de sus clases comentaban que los psicólogos en este hospital tuvieron que hacer una lucha para ganarse su lugar frente a los psiquiatras. ¿Consideras que ahora podrían complementarse?

E2: Yo creo que sí, yo lo que creo es que esto es como todo, haber están los laboratorios, los grandes grupos de poder, etc. que lo que quieren es vender más pastillas y ese es el negocio y punto, no es ni malo ni bueno, es así, uno puede pensar que sea malo pero esa es la lógica simple de la cuestión, si yo fabrico pastillas lo que quiero es que se vendan muchas pastillas, ahora bien, cuando uno se encuentra trabajando con un paciente en un servicio y uno forma un grupo de laburo con tus pares de la disciplina que sean, uno tiene que ir construyendo ciertas pautas de trabajo, cierta ideología o por lo menos cierta dirección que toma el grupo, cierta posición en relación a la enfermedad, si esto es así uno se encuentra trabajando con un psiquiatra que no es mas que un colega, que tiene otras herramientas y uno tendrá que negociar cuales son las herramientas que uno piensa que son las más pertinentes, cuales son las herramientas que uno piensa que son pertinentes en otro, y en función de eso ir experimentando e ir trabajando, e ir ensayando que es lo mejor, cual es la mejor combinatoria para un paciente "x", para este el otro o aquel. Entonces me parece que ahí si se facilita la cuestión, yo trabajo con psiquiatras que ellos medican, si por supuesto no tiene nada de malo medicar no al contrario dentro de la medicina... pero bueno lo hace desde determinado criterio que es el criterio que yo comparto y ellos respetan mi criterio que es el criterio que tendrán que compartir, y si con un paciente yo me extra-limite y le digo no hagas esto porque yo no estoy de acuerdo y después veo que en realidad el caso no funciona, o al revés, bueno uno aprenderá de la experiencia, la próxima vez respetará que ahí donde el medico dijo algo era pertinente o el médico respetará que ahí donde uno dijo no mira no le den más medicación porque esto pasa por otro lado, digamos, me parece que es mas fácil de resolver a nivel cotidiano que a nivel de grandes corporaciones y de otro tipo de

intereses que están lejos de uno y uno no puede ni siquiera terminar de entender bien cuales son los funcionamientos. Me parece que en lo cotidiano uno termina acordando porque ese colega no es el representante de un laboratorio, es el medico que quiere hacer lo mejor que puede hacer su trabajo y uno también podría ser el representante de un discurso psicoanalítico y entonces también convertirse en lo mismo que se convierte el medico, todo psicoanálisis para todos, uno a veces tiene que entender que lo de uno tiene un límite o que uno tiene que aprender mucho de la disciplina del otro...

E1: ¿Y por ejemplo en los casos de urgencia se dispone del tiempo como para poder consensuar alguna cuestión con los colegas?

E2: He no, mirá, hay casos de urgencia y casos de urgencia. Hay casos de urgencia en donde no es necesaria la medicación y punto, al paciente hay que calmarlo, más que por lo que a uno le provoca que el paciente este brotado sino por lo que el paciente sufre durante el brote, digamos, sino uno se va a su casa y listo, si es por el sufrimiento que a uno le provoca eso, a ese punto no tiene nada que ver, me parece que, o sea, el paciente sufre de eso entonces eso hay que tratar de acotarlo, ahora una cosa es tratar de acotarlo en función de eso y otra cosa es después dejarlo dormido dos años, no, o sedado o dopado. Me parece que en la urgencia no hay mucho que discutir, yo he trabajado con urgencia vía la palabra, pero no son todos los casos, en general son casos que uno conoce, son pacientes que ya tienen cierto lazo transferencial con uno, entonces uno puede suplir la medicación con la contención, con la palabra con el afecto mismo que uno puede demostrarle en ese momento de que entiende que anda mal y uno puede acotar cierta cuestión o lugar de urgencia, pero eso es más difícil y a veces hasta más esporádico, hay veces que en consultorio o la guardia uno se puede dar el lujo de muchas cosas que tienen que ver con la escucha y todo, pero, me parece que la primera forma de contener eso es mediante la medicación, pero en forma de contener cierta cuestión de la urgencia, que la urgencia no se convierta en eterno digamos...

E1: ¿Cuál fue tu apuesta en relación a los tratamientos de psicosis desde que trabajas en este hospital?, ¿fue variando a través de los tiempos?.

Y al principio era la apuesta de qué podía hacer con eso, y aprender qué era un psicótico. Creo que después lo más difícil fue... uno empieza a aprender ciertos sheitess para poder trabajar y ciertos modos de intervención y eso lo va aprendiendo con el tiempo. Creo que la apuesta más importante, y no se si esta superada, digo como la apuesta a la que uno siempre tiene que estar atento es, superar cierta frustración ante una estructura que nunca va a dejar de ser esa estructura, me parece que eso es lo más difícil o al menos es mi caso, a veces es muy frustrante ver que un paciente no va a dejar de ser un psicótico, digo va a estar compensado, va a estar mejor, va a disfrutar de la vida, bla, bla, bla, en la medida de sus posibilidades, pero nunca va a dejar de serlo, creo que la apuesta a veces tendrá que ver con el propio análisis de uno o con la experiencia de trabajo, vaya a saber con que, es justamente bancarse eso. Otra apuesta que yo me he hecho es tener la capacidad o al menos tener la claridad como objetivo de que, el paciente tiene que estar fuera de acá, cuanto menos tiempo este acá... pero no en sentido de apresuramiento, no hay que apresurar nada sino a veces hay que superar cierta cuestión de maternaje, o cierta cuestión de protección, es como muy fácil de argumentar pero muy nocivo para el paciente. O sea el paciente en definitiva en algún momento tiene que defenderse, no se si solo, bueno cuanto más acompañado mejor, pero, tiene que defenderse en la vida de algún modo y me parece que la internación, si bien en un primer momento es pertinente y es saludable hay un momento de giro en la internación que empieza a ser nocivo porque uno empieza a quitarle herramientas para manejarse afuera, cuanto más tiempo lo tiene internado más herramientas le quita a ese paciente para que se maneje afuera, entonces uno tiene que medir mucho ese giro o ese momento y no es fácil, no es simple digamos, cuando la internación dejo de ser pertinente para pasar a ser nociva, es muy complicado desde ese punto.

Entrevista a Guillermo Onig. Médico psiquiatra con formación psicoanalítica.
Servicio de Arte Terapia. Hospital Borda.

E1: ¿Qué entiendes por psicopedagogía?

E2: Lo que yo entiendo por psicopedagogía, una disciplina que tiene su campo de acción en lo que son los trastornos del aprendizaje. Dentro de esa especificación, me parece que dentro de lo que en el hospital psiquiátrico, o un hospital psicoasistencial como ahora les gusta llamarlo a este lugar, e interdisciplinario, además, me parece que podría tener lugar la psicopedagogía, ¿en donde?... podría tener lugar... este es un hospital que atiende en su mayoría pacientes psicóticos o con trastornos severos, pacientes con trastornos bipolar y otras patologías severas que requieren internación psiquiátrica, hay dispositivos dentro del hospital, en los cuales el psicopedagogo puede tener una inserción clara. Una en los dispositivos específicos de aprendizaje, por ejemplo en este hospital hay como centros educativos para pacientes que no terminaron la primaria o que no terminaron la secundaria, ese es un lugar claro, en otros lugares es donde se plantean dispositivos de aprendizaje, por ejemplo terapia ocupacional, aunque las terapistas ocupacionales tienen un acercamiento bastante importante en lo que es por ejemplo cómo enseñar determinada faceta, algún metie en relación a como adquirir una metodología de trabajo para llevar adelante una tarea.

Pero yo creo que el psicopedagogo teniendo en cuenta la patología específica de los pacientes puede ayudar en esa tarea, tanto al psicólogo, tanto en arteterapia por ejemplo, donde también se trabajan específicamente formas de aprendizaje de los pacientes, aprendizajes dramáticos en teatro o aprendizajes fotográficos en

fotografía, o aprendizajes plásticos en plástica, y ese es un lugar en donde podría tener injerencia también el psicopedagogo...

E1: ¿Vos consideras que hay aprendizaje en la psicosis?

E2: Yo considero que hay aprendizaje en la psicosis, con toda la dificultad que el psicótico tiene para aprender, por los trastornos cognitivos que tiene el psicótico, y por las fallas funcionales que tiene. Pero hay aprendizaje en la psicosis, es más es una apuesta, sino no valdría la pena armar todos estos dispositivos, hay aprendizaje, hay acumulación de experiencia. Y aprovechamiento...

Si hay algo que falla en la psicosis es algo en relación a... bueno los lacanianos dicen, no hay instalado un nombre del padre que regule y ordene, pero hay otros ordenadores, no es que no hay, es más, hay ordenadores que son ordenadores delirantes, puede haber una metáfora delirante no habrá una metáfora paterna, ojalá que un psicótico la pueda armar, hay psicóticos que ni siquiera la arman la metáfora delirante, pero el hecho de poder, armar secundariamente un delirio es un ordenamiento simbólico de su realidad psíquica y su realidad externa, la realidad externa es realidad psíquica. Bueno así es que un tipo puede aprender, tiene en su psiquis todos los elementos, indicaciones para aprender, es cierto que los psicóticos tienen alteraciones en la tensión, alteraciones en la memoria de trabajo que ahora esta de moda y la llaman working memory, eso hace que seguramente los procesos de aprendizaje sean mucho más dificultosos o tengan que estar encarados de una determinada manera distinta a como uno encara un proceso de aprendizaje en un neurótico o en un tipo normal entre comillas, y también es distinto de un proceso de aprendizaje de un débil mental, totalmente distinto.

E1: ¿Qué opinión tenes respecto de las políticas de salud mental que giran en torno a la cuestión de la manicomialización / desmanicomialización?

E2: A veces el tema de la desmanicomialización es toda una falacia y es más, lo que creo es que la desmanicomialización esta planteada como una política pseudo - progresista que lo único que logra es generar desamparo y falta de atención en la mayoría de los pacientes que lo necesitan, por ejemplo Rigan cerro todos los manicomios estatales, los hospitales psiquiátricos tradicionales estatales en

Estados Unidos, esos pacientes no fueron más atendidos desde esos hospitales y los pacientes que no tenían seguro médico, o sea el seguro médico a uno se lo da la capacidad de trabajo que tiene, porque el seguro médico uno lo paga con su trabajo, estaban excluidos de lo que es la atención psiquiátrica, las camas que cerraron en EEUU por una política pseudo progresista fueron tomadas por el sector privado, las camas que no fueron tomadas por el sector privado, los pacientes que no fueron tomados por el sector privado constituyen la mayoría de los hombres de los EEUU, o sea de la mayoría de los sin techo, entonces partiendo de eso, yo lo que creo es que las instituciones psiquiátricas y que asisten a pacientes con problemas psicopatológicos lo que se tienen que replantear es su forma de funcionamiento, entonces en ves de desmanicomialización yo plantearía el tema de reinstitucionalización. Porque también esta el tema de, cuando uno piensa el manicomio o la institución psiquiátrica, piensa en el paciente internado, y en realidad la institución es un referente sí para el paciente internado pero, es un gran referente para todos lo pacientes que estuvieron internados y están atendidos en forma ambulatoria, y que necesitan asistencia. Y lo que hay que generar son nuevas instituciones, en donde pacientes puedan organizarse a partir de la institución, porque sino es imposible para un psicótico organizarse, casas de medio camino, hospitales de día, hospitales de noche, no puede ser que un paciente tarde entre tres y seis meses en ser atendido en forma ambulatoria en el hospital Borda, y no es que acá, esto es un deposito de pacientes, hace cuatro años, por ejemplo entre diciembre y abril hubieron cuatrocientas internaciones en este hospital, el hospital tiene mil camas, o sea que si en cuatro meses hubieron cuatrocientas internaciones eso quiere decir que hay altas en el hospital, hay giro cama, y el giro cama es alto para ser una población psiquiátrica, hay gente que esta internada hace mucho tiempo, eso no quiere decir que uno no piense estrategias como para que esos pacientes circulen y sigan siendo atendidos pero en otros lugares, pero el estado se tiene que hacer cargo de crear esos lugares. En el hospital se jubila gente, se muere gente y no se cubren esas bacantes, es la muerte biológica del hospital, vos ahora me estas haciendo una entrevista en un servicio de pacientes crónicos que se llama terapia regular, hay cuarenta y dos

pacientes internados, y menos de la mitad de los pacientes pasó el límite de internación, setecientos veinte días, el resto no paso el límite de internación, entonces es cierto hay muchos pacientes, pero también hay muchas altas, la cuestión es tener una política de re-institucionalización, no para que los pacientes se queden estancados en un lugar sino para que esos pacientes puedan circular socialmente, pero dado el tipo de patologías severas que se ven en estos lugares, estos pacientes solos no pueden, porque necesitan ayuda y para eso es necesaria la institución, o las redes que hagan o posibiliten que ese paciente pueda circular, que pueda conseguir un laburo, que pueda conseguir un oficio, que pueda ir a consultorios externos a hacer terapia individual que tenga una terapia de grupo, que no deje de tener la medicación, que la familia pueda acceder a redes de contención familiar, el tema es que para eso no se necesita mucha guita, porque eso son recursos humanos que también forman parte de la institución, cuando uno habla de institución piensa en la institución material, en las paredes, en las camas, pero forman parte de la institución los profesionales que la arman y que atienden, eso es recursos humanos, la administración, si no funciona la administración del hospital, no funcionaría el hospital, entonces la enfermería, terapia ocupacional, psiquiatría, los psicólogos, un montón de profesionales y cada vez hay menos profesionales, las instituciones tienden a achicarse no aumentar, lo que pasa es que nombrar gente no es políticamente correcto para los corruptos, porque no se le puede robar del sueldo a la gente pero si se puede robar de licitaciones, arreglar los hospitales, todo el tiempo los están arreglando, pseudo arreglando los hospitales y gastando guita del ario público en el hospital, pero en recursos humanos no se ponen, entonces, eso también es política de institucionalización de re-institucionalización porque lo que hay acá es todo un capital humano y capital de construcción de un saber, en capas de saber, que paso de una generación a la otra que no se puede transmitir si no se nombra nueva gente y eso se pierde, eso es lo que yo pienso de la institución.

E1: En relación a tu experiencia en este hospital: ¿vos crees que el psicoanálisis es posible?, ¿cuáles serían básicamente las limitaciones con las que vos te encontras.

¿Qué pasa con la cuestión de la urgencia, la cronicidad, los medicamentos?

E2: El psicoanálisis es una forma de entender la clínica y a través de esta forma de entenderla hace a un determinado tipo de intervención que uno puede tener desde el psicoanálisis y a determinado tipo de efecto que uno busca cuando interviene, entonces, no es que el psicoanálisis este limitado, sino que la misma patología hace que uno en los distintos momentos de un paciente pueda intervenir de distintas formas, o sea si uno piensa al psicoanálisis solo como la díada paciente – terapeuta y la verdad que es bastante limitado en un hospital público, pero si uno lo piensa no solamente como eso que igualmente uno desde el psicoanálisis trabaja en la díada paciente – analista y es una herramienta que sirve para pensar al paciente y sirve también para hacer cálculos en relación a qué hacer o dejar de hacer en relación a ese paciente, el psicoanálisis sirve también para trabajar en grupos terapéuticos, inclusive en la psicosis, sirve para trabajar en una asamblea de convivencia, para pensar una asamblea de convivencia, sirve para trabajar, a mi me sirve para trabajar desde el teatro o de cualquier intervención colectiva o colectivizada artística, también sirve para leer fenómenos institucionales y fenómenos de efectos de discurso institucional, pero lo que pasa es que el psicoanálisis no es el único discurso que atraviesa el hospital, porque inevitablemente este es un hospital y primero hay un discurso administrativo casi jurídico que atraviesa a todos los pacientes, los dos tanto el administrativo que depende de la municipalidad ahora del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, como el jurídico que depende de los jueces, hay un discurso que es el discurso médico porque este es un hospital no es un centro de atención psicoanalítica, entonces además los pacientes se enferman, tienen médico clínico, hay neurología, hay servicio de guardia, hay hasta podología en este hospital... y en el entrecruzamiento de todos esos discursos el discurso analítico también genera efectos, todos esos discursos generan efectos de discurso, los efectos de discurso que generan, algunos son buenos, otros no pero más allá de eso uno tiene que lidiar con los efectos de discurso que se generan y hacer circular a los pacientes en relación a esos discursos, hay discurso administrativo hospitalario, el discurso jurídico del juez que esta a cargo de la internación, el discurso psicoanalítico del

analista que esta a cargo del paciente que tiene una visión, el medico que lo medica tendrá otra visión, y hay un entrecruzamiento de discursos y hay una interfaz que esos discursos comparten algún tipo de mirada clínica y hay otras que no, pero la verdad que no importa porque cada discurso tiene una epistemología que la sustenta, el psicoanálisis tiene su epistemología, el discurso médico tiene su epistemología, el discurso jurídico también la tiene y bueno cada uno de esos forma un corpus y actúa en consecuencia, el discurso psicoanalítico tiene lugar en esta institución hace años, es más, es una de las primeras instituciones que penso el psicoanálisis en la psicosis, acá trabajo García Baraco, sigue trabajando en multifamiliares, a principios del sesenta ya estaban pensando el psicoanálisis en el Borda, en psicoanálisis en urgencia, en la cronicidad en distintos espacios.

E1: ¿En tratamientos de psicosis los trabajos son generalmente interdisciplinarios?

E2: Necesariamente son interdisciplinarios, porque al paciente no lo ve una sola persona. Si uno cree que la mejora o el empeoramiento de un paciente pasa por la diada que tiene con el terapeuta o analista y la verdad es que esta plenamente equivocado porque primero es un paciente que se relaciona con otros pacientes, se relaciona con la familia que lo viene o no lo viene a ver, interrelaciona con los enfermeros que están todo el tiempo con el, interrelaciona con la institución, con todas las carencias que tiene la institución y con todas las cosas que sí tiene la institución, interrelaciona con distintos espacios, acá hay gimnasia, hay tango, teatro, fotografía, hay veinte talleres de plástica, esta la colifata, esta frente de artistas, espacios compartidos, arte terapia, interrelaciona con las cuatrocientas personas que entran todos los días y salen del hospital. Eso genera efectos inevitablemente, entonces un tratamiento uno lo tiene que pensar desde todos esos discursos que hacen a la vida cotidiana de un paciente en el hospital.

E1: En relación al saber psiquiátrico y el psicoanálisis vos entendes que se complementarían?. He tenido la oportunidad de escuchar en este lugar a psicólogos que se muestran en contra de los psicofármacos: ¿que opinión te merece esto?

E2: Bueno, el tema es que, hay mucha... ignorancia y la ignorancia es una de las pasiones del ser. Por lo menos al decir de Lacan, el amor, el odio y la ignorancia, y

si uno es ignorante y plantea posturas apasionadas, la postura apasionada siempre es una postura narcisista que plantea cualquier relación en un eje imaginario, es o uno u otro, es muy difícil trabajar con alguien apasionado porque no se puede compartir, no se puede bancar el malentendido en relación a los discursos y si hay algo que uno tiene que trabajar en la psicosis es, bueno, bancarse la diferencia, y si alguien tiene una certeza el otro tiene otra certeza, ni bien ni mal la certeza de uno es de uno y la certeza del otro es del otro, la psicofarmacología es absolutamente necesaria, bien aplicada, tener un paciente duro y tirado en una cama, la verdad que no le sirve a nadie, ni al psiquiatra ni al paciente, va al psiquiatra si es un hijo de puta, un perverso, le servirá para que ese paciente no le hinche las pelotas, pero la psicofarmacología tiene una sustentación muy fuerte científica, dentro de lo que es el discurso científico y el discurso médico, no es lo mismo lo que es un hospital psicoasistencial o psiquiátrico hoy con lo que era en la era pre-neuroleptica, antes del 53 que apareció la cloromacina, acá para ser psiquiatra había que ser grandote y saber boxeo y los ruidos que se escuchaban en el hospital no son los ruidos que se escuchan ahora. Uno puede dialogar con los pacientes, no hay tantos actos de violencia como había antes, entonces la verdad que trabajar con un paciente absolutamente delirante, excitado, no hay dispositivo terapéutico que lo pueda sostener.

E1: ¿Tienen sus costos en relación al deterioro de los pacientes?

E2: La verdad que no, bien utilizado no, el costo es monetario, pero en costo - beneficio es muy alto porque hay muchos pacientes que gracias a la medicación pueden estar de alta y antes, también hay pacientes que a pesar de estar con medicación igual no pueden estar de alta, pero son los menos, el 1% de cualquier población en el mundo es esquizofrénica, esa es la prevalencia de la enfermedad el 1%, o sea somos cuarenta millones de tipos, el diez por ciento son cuatro millones, hay cuatrocientos mil esquizofrénicos en la Argentina, en capital y gran Buenos Aires que habrá diez millones de personas hay cien mil esquizofrénicos dando vuelta y el hospital Borda tiene mil camas nada mas y el Moyano mil, el Tevez creo que otras mil, las clínicas privadas quinientas camas, la verdad es poco significativo en relación a la prevalencia de la enfermedad y acá no se

internan solamente esquizofrénicos, acá se internan tipos que hacen intentos de suicidio que no son esquizofrénicos, que son depresivos o que tienen un trastorno bipolar depresivo, o que tienen trastornos de personalidad, o pacientes con trastorno bipolar con síntomas psicóticos, la verdad que es muy amplia la gama de trastornos que podrían tener una internación y estamos hablando de un solo trastorno que es la esquizofrenia, pensar para un solo trastorno tres mil camas en relación a cien mil tipos es poco significativo, entonces cuando hablan de des-institucionalizar, y la verdad que me cago de risa, porque esta bastante poco institucionalizado esto y hay muchísima población que necesita asistencia y no la tiene, así como hay muchísima población que a pesar de ser difícil los accesos para atenderse se atiende en la guardia, consultorios externos.

E1: El otro día me comentaban profesionales de uno de los servicios de este hospital que trabajan con un paciente que esta hace 50 años internado que opinión tenes al respecto?

E2: El tema es por qué llegar hasta ese punto. Porque si un paciente esta estable por más que este psicótico y sea delirante, hay un montón de psicóticos que circulan socialmente, hay tipos que pueden y otros que no pueden, si un tipo no puede y esta bien que este institucionalizado, no porque el valla a ser peligroso para la sociedad, sino porque la sociedad es peligrosa para el. Es un tipo que no va a entender los códigos, no va a poder circular, se va a perder, lo van a agredir, no va a comer, no va a poder tener acceso a cuestiones básicas, entonces ese tipo esta bien que este internado. Si un tipo podría salir, la verdad que quedarse acá no es bueno, porque la institución plantea cierta artificialidad, la institución es un andamiaje que sirve para que el tipo se pueda apoyar en determinados procesos de su enfermedad lo bueno es que pueda salir pero si es que tiene algún tipo de red de contención y circulación social, en ese sentido las familias, la verdad que funcionan bien, los amigos, el laburo, pero la mitad de la población no tiene laburo, ¿le van a dar laburo a un loco?, y... para darle laburo a un loco tiene que haber una política activa desde el Estado, los talleres protegidos del Borda en el año treinta pusieron toda la cañería de agua y de gas de Malbrán, hacían sillas, etc., pero eso funcionaba porque había guita, había una política de Estado que lo

sostenía, ahora eso se fue a la mierda, se destruyo, y más se destruyo con las distintas dictaduras militares, la dictadura militar del 66 de Onganía, Lanuse fue un hijo de puta con Manrique a la cabeza creo el invento chino del PAMI que propicio todas las prepagas, todos lo países serios del mundo, no estoy hablando de EEUU que no es un país serio, solo es un país serio para ser imperialista, parar intervenir donde se le de la gana según sus propios intereses, pero todos los países que tienen una salud pública seria y que le interesa su población, porque a EEUU no le interesa su población por eso dejan a los homles como están, hace dos años cerraron el último hospital de Washinton, claro en ese hospital se atiende a los negros, se atiende a los latinos... no hay más hospital público... en los países con políticas serias de salud, Canadá, Inglaterra, España, Francia, Suecia, Australia, y eso es del estado y hay políticas del estado en relación a la salud, hay hospital privado... si, para muy pocos. El sistema de salud funciona. Los estudios epidemiológicos sobre asma lo hicieron los canadienses, los ingleses y los australianos, si fuera por lo laboratorios no hubiera habido estudios epidemiológicos, los ingleses descubrieron en cuanto tiempo una benzoacepina que son el lesotanyl, el valium, genera tolerancia y adicción... seis semanas, ningún laboratorio puso guita para eso, si no les interesa, entonces para eso se necesitan políticas de salud pública, esto es lo que se empieza a perder acá a partir del 66 y con Manrique a la cabeza en el 71, y más se perdió todavía a partir de todo el retroceso... dos retrocesos uno la dictadura militar del 76, y el otro retroceso terrible, pero terrible que fue el menemismo, en el menemismo se deshizo la nación, se deshizo de todas las instituciones, esta sobre todo el Borda, los hospitales de gastroenterología, los hospitales de oftalmología, el Rivadavia, hospitales nacionales, el Posadas, que eran referentes para todo el país se deshizo de eso presupuestariamente y los deshizo, se sostienen como pueden, el Malbrán instituto de investigaciones médicas, el Lanari, o sea desarmó, desarticulo todo el sistema de salud. Menem tuvo como ministro de salud casi todo su mandato a Nasa fue el único que no cambio, Nasa fue el dueño de una de las prepagas más grandes del país, o sea alguien que tenía que pensar la salud pública de la gente, la tomaba como si fuera una empresa...prepaga, la verdad

que después la vendió muy bien al exgrup, para el fue un muy buen negocio, para nosotros fue un negocio terrible, malísimo, porque perdimos años de inversión social, impuestos de todos en salud pública, por eso cuando uno piensa en des-institucionalización y la verdad que es ponerse a pensar en todas las políticas fachas, fascistas de exclusión social que dominan el mundo y dominaron este país, hay que re-institucionalizar porque hay que recrear nuevas instituciones que sirvan que no sean funcionales, que no sean burocráticas que estén pensadas en la clínica en lo que necesita la gente, pero para eso hay que pensar política de salud, política de educación. (Mientras habla mata una cucaracha y dice que esta lleno en el hospital)...

E1: ¿Podrías comentar en pocas palabras para ir finalizando cual fue tu apuesta en relación al tratamiento de psicosis y si fue variando en el tiempo?

E2: Yo hace 18 años que estoy en este hospital, al principio tenía una visión muy renegada, justamente desde el psicoanálisis con la psiquiatría, entonces pensaba que sólo lo psicoterapéutico servía y lo otro era denostable, siendo psiquiatra, porque mi primera formación fue psicoanalítica, después fui reencontrándome con lo que yo había tenido en la formación médica y psiquiátrica y pudiendo ver puntos de encuentro en los discursos si uno lee a Lacan tiene muchos puntos de encuentro con los psiquiatras de su época y puntos de desencuentro también, puntos de encuentro con Clerambaul... pero yo por suerte pude tener nuevos puntos de encuentro con la psicofarmacología, con los estudios funcionales cerebrales y no por eso no tener una mirada analítica o psicoanalítica, por eso hoy yo puedo decir, la verdad que un psicopedagogo si puede funcionar, no es una mala palabra ser pedagógico con alguien, porque ser pedagógico no es bajar línea, ni decirle que hacer o que no tiene que hacer, sino es darle herramientas para que alguien pueda elegir, pero para que alguien pueda elegir, primero tienen que haber códigos, las herramientas son esas, hay códigos de utilización, que uno los puede transgredir y usarlos distinto, tiene derecho a no usarlos, pero para tener derecho a no usarlos primero uno tiene que conocerlo y para eso uno tiene que aprender, entonces esa es una apuesta mía en los talleres, y en los cursos para psicóticos por ejemplo, y... ahora acá estoy como jefe de un servicio y yo

tengo una responsabilidad médica también, además de plantear dispositivos no solo colectivizados o colectivos, sino en la díada misma que uno trabaja con esta herramientas que trae el paciente y que uno le brinda también, pero también esta este discurso médico del cual yo me tengo que hacer cargo, a la gente le suben y le bajan los glóbulos rojos, baja de peso, sube, tiene colesterol, tiene cáncer de próstata y es gente, tiene derecho, o sea las personas que están acá son pacientes que están internados, mi apuesta, son sujetos de derecho, una tienen derecho a estar enfermos, como cualquiera, y otra tienen derecho a estar mejor por sus propios medios, y uno tiene que propiciar que ellos puedan llevar adelante sus propios medios, y por eso se necesita el andamiaje institucional, esa es la apuesta mía, sin institución no se puede, lo que hay que hacer es repensar la institución, pero eso tiene que ser una construcción colectiva, todos tenemos que decidir para que lado nos conviene crear estas instituciones, esa es una apuesta, que es profundamente democrática, es a discutir, que fue lo que los milicos no nos dejaron y la corporación mafiosa menemista tampoco...

E1: Me quede pensando que cuando te referís a lo psicopedagógico lo abocas a lo pedagógico directamente. ¿Crees que un psicopedagogo podría llevar adelante tratamientos?

E2: Tratamientos psicopedagógicos, dentro de su campo, me refería mas a lo pedagógico que a lo psico porque es un campo en común ese, porque al fin y al cabo es el mismo paciente, y uno tiene que leerlo clínicamente, y poder decir bueno este tipo es psicótico, este tiene un retardo madurativo, este tiene un trastorno obsesivo compulsivo, este es un fóbico, y eso también marca distintas dificultades en el aprendizaje, inevitablemente, eso es algo a tratar con los psicopedagogos, puede ser en compañía de un psicólogo, de un psiquiatra, y puede ser solo también, depende del caso.

Entrevista a Lionel Klimkiewicz. Lic. en Psicología con formación psicoanalítica. Servicio de Asistencia Primaria 2.

E1: ¿Qué entendés por psicopedagogía?, ¿y qué lugar crees que podría tener en el Borda?

E2: La psicopedagogía no es mi campo, así que no podría opinar. En realidad yo soy... era docente, trabaje diez años en la escuela como maestro, tuve contacto con algunos psicopedagogos, me pareció siempre que el lugar del psicopedagogo era muy complicado, pero esto me paso no por no saber muy bien que es la psicopedagogía, sino por escuchar a muy pocos psicopedagogos que a veces no tenían muy en claro cual era su lugar y su función, que no tenían bien claro a veces si era una función docente o terapéutica, esto con las pocas personas que yo pude hablar como que a veces se le confundían los roles. Yo lo que siempre sostenía cuando hablaba con esta gente era que a mi me parecía pertinente la función del psicopedagogo para, ante un caso de un obstáculo de aprendizaje en un alumno pudiera rastrear qué de ese obstáculo era cognoscitivo puramente y que no, o sea que de eso era solamente por ejemplo sintomático. Esa me parecía una gran función...

E1: ¿Cómo un diagnóstico diferencial?

E2: Claro, exactamente. Y, si podrá hacer un trabajo a veces, pero ahí ya parece más un trabajo docente, casi en el lugar de un docente pero con algunas herramientas más que las que posee un docente común. No estaba de acuerdo cuando se escuchaba a veces que se tendía más a un trabajo terapéutico desde el

lado del aprendizaje, a ese punto yo lo vería como imposible. Acá en el servicio tenemos una psicopedagoga, en realidad este año no vino por un problema laboral, y habíamos quedado que iba a retomar en el segundo cuatrimestre, vamos a ver si puede. Esta chica se contacto con la terapeuta ocupacional y la terapeuta opino que sería muy interesante, a nosotros nos pareció que seria interesante probar y me parece que dio mucho resultado en algunos casos porque ella estuvo trabajando con algunos pacientes, pacientes psicóticos y débiles mentales, que no tenían nociones de lecto-escritura. Esta chica comenzó a trabajar desde ahí, primero haciendo evaluación de algunos de los pacientes, y sirvió para que muchos pacientes psicóticos pudieran empezar por lo menos a manejar dinero, cosa importante, porque algunos cobran pensión pero no pueden manejar dinero, lo manejábamos nosotros porque para algunos un billete de un peso, un billete de cien pesos eran lo mismo, no tenían ni idea cuanto le iban a dar de vuelto, no tenían idea de nada, tampoco sabían leer, ni escribir... y suscitó que algunos pacientes pudieran comenzar a hacerlo, pero además que muchos pacientes se interesaran en poder pensar, desde este punto la verdad es que estuvo bastante interesante el trabajo, hay algunos pacientes que ahora están yendo acá a un curso de una terapeuta ocupacional a hacer un taller de escritura, esta chica me parece por las conversaciones que yo he tenido con ella tenía bien en claro esto, entonces pudo hacer su trabajo mejor que lo que se le pidió porque tenía bien claro que venía hacer. Digamos esta bien que no venía a cumplir ningún rol terapéutico, más allá que se siempre se construye cierta transferencia, pero venía a cumplir su función. Con algunos trabajar para construir el concepto de número con la seriación, la clasificación, desde ese punto la verdad que me parece que es posible que un psicopedagogo trabaje en un hospital como éste, creo que tiene efecto. Es como todo, siempre teniendo bien claro cual es la función pero eso le pasa al psicopedagogo como le pasa al psicólogo o al psiquiatra. Muchas veces al psicólogo se le confunde cuál es su función, muchas veces al psiquiatra se le confunde cual es su función, siempre el trabajo tiene efecto cuando uno tiene bien claro cual es su función. En ese punto en un hospital como este con pacientes psicóticos, creo que sería interesante que haya más.

Esta chica venía, ni siquiera como concurrente, venía como visitante, venía porque ella tenía interés, y porque conocía a la terapeuta, podía dar cuenta de su trabajo, y después como todo, pasó por un proceso, obviamente como todo profesional era supervisado de alguna manera por la terapeuta ocupacional, iba viendo si trabajó bien y si lo hace seriamente digamos. Pero creo que sería interesante... pero así como también es interesante que un sociólogo este trabajando en este hospital y que aporte su punto de vista. E1: Respecto de la manicomialización / desmanicomialización, quisiera saber cual es tu postura...

E2: Mirá, hay una nueva ley de salud mental que está bastante interesante, pero yo no sé cuando se llevará a cabo porque implica un montón de cosas que lejos está el sistema de salud de aportarlo, digamos llámese con cuestiones que tienen que ver con la externación de los pacientes, pacientes que tienen que estar en lugares acordes a sus patologías, uno va para adicción, hasta casitas de medio camino para pacientes que no necesitan estar internados constantemente en un hospital como éste. Alfredo, el jefe de este servicio dice que este hospital hay que tirarlo abajo, pero no es por el hospital en sí sino por los discursos que se ponen en juego en el hospital, el discurso médico psiquiátrico ortodoxo tuvo mucho peso siempre, y en un hospital como este, digamos la desaparición de los hospitales, la dificultad de que desaparezca un hospital y haya otro tipo de trabajo con pacientes psicóticos que no tenga que ver con la internación o manicomialización no choca solamente con una cuestión estructural de que no hayan otras instancias intermedias, ni que la sociedad este preparada para tener a un psicótico en su lugar de trabajo o en la calle, pasa por una cuestión también de poder, de dinero de fuente de trabajo, en este hospital hay mil pacientes internados y miles de personas trabajando... ¿qué pasaría sin hospital?, ¿a donde van a parar esas mil personas?... hay muchas variables que se ponen en juego, me parece que se hace casi imposible que haya una desmanicomialización y que se pueda pensar en hacer otras cosas. Termina pasando lo que pasa en este hospital, es un hospital, es un mundo con países, cada servicio es un país, entonces en cada servicio tenes, de lo que es este mundo, tenes algunos servicios que trabajan bien, con sus maneras, sus estilos, sus corrientes, trabajan en definitiva que es lo

importante, pero son no más del 30%, los otros no... no como deberían, no les interesa, hay falta de personal también, este servicio se mantiene porque hay concurrentes sino no es posible, estamos Alfredo y yo nada más comprados acá y tenemos 30 concurrentes más y si no fuera por los 30 concurrentes nosotros no podemos atender a todos, imposible, entonces viste, es complicadísimo, la ley de salud mental, la nueva ley tiene cosas bastante interesantes que tienen que ver con esto, pero... y con agentes de salud que se agregan además de los médicos y los psicólogos y también con lugares importantes, o sea todos tienen la misma importancia en el exploramiento de la enfermedad, de la patología, pero bueno eso también donde hubo siempre un discurso médico hegemónico causa mucho conflicto, que el acta la tenga que firmar el médico es una cuestión de puro poder y el médico no quiere ceder ese lugar de poder. Aparte yo no sé si hay tanta voluntad de cambio, yo no lo veo, no se nota, esta bien hay una ley pero de ahí hasta que se ponga en práctica lo veo como muy lejano. Si cabe que, por fin una psicóloga pudo ser jefa de un servicio tuvieron como que inventar otro estatuto, otra forma de nombrarla como jefa porque hubo una contra terrible por parte de los médicos que no querían que una psicóloga fuera jefa de servicio... ¿por qué no?, ¿porque no tiene servicio para medicar?, ¿qué tiene que ver?. Si no es de lo único que se trata...

E1: ¿Acerca de la implementación de la Ley que se hizo en Río Negro que opinión tenes?

E2: No. la verdad que no porque son cosas que escuche, no lo conozco a fondo. Escuche que es muy interesante pero no lo conozco ni lo viví ahí, así que yo no opinaría, porque sino opinar sobre lo que uno no sabe no estoy de acuerdo, pero por lo que sé en relación a lo que me han contado, me parece que la idea es muy interesante y me parecería interesante que se llevara a cabo aunque sea que se concrete, imagino que como todo tendrá falencias, pero intentar poner esa idea en práctica de por sí me parece interesante por lo menos para probarlo, no veo que se pueda poner acá, acá hay muchas cuestiones de poder, no creo...

E1: Pensando en estas cuestiones de poder respecto del discurso médico que mencionabas, que posibilidad y limitaciones encontras en este hospital como para llevar adelante tratamientos psicoanalíticos?

E2: Y todo depende, digamos yo estoy acá en este servicio y Alfredo que es el jefe es psiquiatra, tiene una visión muy particular de la psiquiatría, e incluso él opina que hay que sacar a la psiquiatría de la medicina, yo estoy en un lugar así porque me permite a mí trabajar psicoanalíticamente, hay otros lugares donde no puedes, pero me permite porque yo hasta tengo la posibilidad de decir si recibo yo un paciente, la admisión acá para un paciente la hace un psicólogo y si me viene un paciente y yo veo que ese paciente tomó medicación o no, yo puedo decidir como psicólogo derivarlo o no a un psiquiatra, si el camino es al revés pasaría por el psiquiatra que lo medica y ya tenes un obstáculo de entrada que acá por lo menos capaz que lo puedes evitar... ahora, ¿se puede hacer un psicoanálisis en un hospital? No. Pero si se puede hacer una terapia psicoanalítica, se puede armar un dispositivo similar al psicoanalítico, bastante parecido, por muchos motivos, por motivos estructurales, por motivos del dispositivo mismo que acá, digamos, el paciente no paga, entonces hay que buscar sustitutos del pago de los honorarios, del pago para trabajar, el que no pague con dinero que pague con tiempo, hay muchas formas, pero acá es difícil, los concurrentes vienen cantidad de días, no todos los días, entonces estas supeditado a un montón de cosas institucionales, a un tiempo institucional, acá los pacientes tienen determinado tiempo para realizar la terapia, no hay diván tampoco, un psicoanálisis yo no diría que es imposible, una vez escuche decir a un analista algo muy interesante dijo yo no sé si es imposible, yo nunca escuche a nadie que lo haya hecho, y esa es la respuesta para mí... . Si llevar adelante una terapia o entrevistas psicoanalíticas, eso es totalmente posible y se ve en la práctica y uno puede dar cuenta de eso, pero siempre que, en un hospital como este en un servicio que te lo permita digamos vos acá te encerrás en el consultorio y mientras hagas un laburo con responsabilidad vos puedes llevar adelante la terapia con la formación que tengas, digamos, acá hay una persona que no hace psicoanálisis, hace otro tipo de terapia y lo lleva adelante con responsabilidad, yo no haría ese tipo de terapia, por

cuestiones puramente clínicas y teóricas que siempre discutimos, ella lo discute y yo lo discuto, ella es una chica muy seria que estudia de lo suyo, no lo hace por vagancia o por no ponerse a estudiar, entonces también tenes psiquiatras que también se dan cuenta que, bueno porque Alfredo tiene otra mirada, también le va inculcando y transmitiendo eso digamos, bueno tiene algo más que una pastilla, que a una persona eso que le pasa tiene que ver con muchas cosas, y ya que un psiquiatra pueda pensar así es muy interesante, pero así es este servicio, hay otros que trabajan de otra manera, hay otros que son puramente médicos y es mejor que el paciente quede bien medicado así no rompe mucho las pelotas. Siempre son cosas que hay que hablar, porque también cada uno tendrá sus argumentos, por eso creo que uno tiene que tener sus argumentos claros para poder defenderlos y no desde una opinión sino desde la teoría... y el psicoanálisis cada vez más, bueno con solo leer los cursos que se dictan en este hospital tiene un lugar interesante, cada vez se dictan más cursos de psicoanálisis, el psicoanálisis tiene esa característica históricamente siempre bajo fondos irrumpe y aparece lo empiezan a sacar. Es un discurso que convoca...

E1: En otra oportunidad comentabas que un paciente de este servicio esta internado hace 50 años. ¿Qué opinión te merece la cuestión de la cronicidad?, ¿y qué podrías decir en relación a la urgencia desde el servicio en el que trabajas?

E2: Bueno con un paciente como ese, no se puede hacer psicoanálisis. El psicoanálisis como ya lo decía Freud con todos no se puede hacer. Por una cuestión cultural, social, de deterioro, de tiempo, no se puede hacer, o sea lo que no se puede hacer es llegar a un psicoanálisis, ahora si uno que practica psicoanálisis lo atiende, uno puede atenderlo y tener entrevistas con un paciente y escucharlo analíticamente, pero operar como se opera en la psicosis, pero además como se opera en el paciente crónico digamos a veces sugestivamente, indicativamente, no como se operaría a pleno en un psicoanálisis, si uno puede mantener la escucha para guiarse... y en las urgencias, bueno yo no tengo mucha experiencia con urgencias, el psicoanálisis tiene algunas herramientas, pero según que tipo de urgencias, el trabajo en la guardia es muy complicado seguramente, acá una urgencia se le puede llamar a un paciente que este internado en nuestro

servicio se brote por “x” motivo, pero también es distinto porque se brota un paciente y por más que no sea paciente mío, el paciente me conoce por ejemplo, ha pasado decir: bueno se brotó el paciente que esta exaltado, delirando, alucinando, y bueno lo que puedo hacer es sentarlo, escucharlo y calmarlo por medio de la palabra, a veces se puede, a veces no se puede, y a veces tenes que recurrir a la medicación, a veces lo puedes calmar por medio de la palabra pero también recurrir a la medicación, pero esta puede ser efectiva según el momento hasta que el paciente no cometa algún quilombo o se agreda a sí mismo o a otro, pero ahí el tema de la medicación y el tema de los enfermeros es muy importante, es muy importante para sacarlo de ese momento, momento de crisis de urgencia, o sea siempre hay que delimitar el dispositivo analítico de la escucha, en el punto en que uno a veces utiliza la escucha analítica para guiarse te ayuda a hablar con el paciente para calmarlo y después bueno lo llamamos al enfermero una vez que esta calmado, y le decimos que el enfermero le va a dar algo para que se tome así para estar más tranquilo, el enfermero le da una pastilla para que se pueda ir a dormir un rato, calmado... entonces es distinto, si se puede, no siempre se puede, es distinto hacer eso a que vengan dos enfermeros y lo saquen de los brazos, de las piernas, no es violento y eso sí es violento. Hay urgencias que entiendo que no hay quien se brota y se pone hiperviolento y lo tienen que agarrar entre diez y lo hacen porque sino mata a los otros nueve, yo no he tenido muchas experiencias de ese tipo, si me las han contado... pero se puede hacer mucho con la palabra, no todo...

E1: ¿Cuál sería tu apuesta en tratamientos de psicosis desde que trabajas acá?, ¿y, me gustaría saber si fue variando a través de los tiempos?

E2: Mirá, mi apuesta no fue variando, lo que fue variando fueron las herramientas, las enseñanzas y el aprendizaje. La apuesta siempre fue a saber que se podía lograr algo por medio de la escucha y de la palabra para compensar al paciente, para que el paciente tenga una vida un poco mejor. Me parece que uno en lo que va variando es en las formas, el método, las intervenciones, uno va aprendiendo. Y la psicosis enseña mucho porque uno aprende a no ser tan rígido, con la psicosis no puedes ser rígido en el dispositivo, porque pasa esto lo que me pasó a

mi, o sea si un paciente no quiere entrar al consultorio, o no quiere hablar, bueno listo, no seguimos, tengo que ir a sentarme en la cama de enfrente del tipo todos los días durante dos o tres semanas a hablar: hola, que lindo día, qué estas haciendo, hasta que el tipo se vaya enganchando y pueda meterlo en un consultorio. Pero uno tiene que estar dispuesto a salirse de esa rigidez del dispositivo que en la neurosis tiene que ser con determinados ordenamientos establecidos que tienen su lógica, que en la psicosis no pueden estar, hay que saber maniobrar y estar dispuesto uno a hacerlo, ese es el mayor obstáculo, uno para trabajar con la psicosis lo primero que tiene que estar dispuesto es a trabajar con la psicosis, no tenerle miedo y estar dispuesto a hacer flexible el dispositivo y bancarse la frustración porque a veces estas laburando como hormiga con un psicótico y logras estabilizarlo sin tener que recurrir a medicación y a veces una cosita lo desarma, o logras después de mucho tiempo una externación, y al mes lo tenes de vuelta, te frustras y hay que bancarse eso, tenes que retomar nuevamente. Pero tiene que ver con el análisis de cada uno, porque si uno puede sostenerlo y no frustrarse, no creer que uno es inútil o que no sirvió para nada... eso habrá servido para el momento y después habrá que seguir trabajando. Pero tampoco es que sea más difícil trabajar con psicóticos, uno tiene que estar dispuesto. A veces parece como menos grave ciertas consecuencias del trabajo con neuróticos, esta bien, pero las ideas de suicidio yo las escuche más en neuróticos que en psicóticos. Hay que analizarse para tener ese deseo del analista del que hablaba Freud y para que lo contratransferencial no se haga obstáculo. Porque siempre vas a tener contratransferencia, siempre vas a decir, la puta madre este paciente... tiene que hablar más fuerte si no... te quedaste ahí emperrado y obstaculizado. Pero bueno, lleva tiempo, experiencia, muchas equivocaciones, para eso habrá que supervisar, estudiar, analizarse... y este hospital en este punto es interesante porque tiene una variedad de estructuras clínicas que no creo que se den en muchos lugares y aprendes mucho acá, hay mucha gente que no llega a consultorios privados, no llegan a otros hospitales, llegan acá... a veces escucho gente que está en otro hospital que trabaja en servicio de adulto y tienen admisión re estricta, entonces si el tipo no termina la

Universidad no lo admiten, y claro entonces seguramente se encuentra con neurosis muy francas, claras, pero después con otros pacientes no saben que carajo hacer, ni que escuchar porque nunca lo vieron. Uno también tiene que estar dispuesto a escuchar otro tipo de pacientes. Uno puede decir, bueno yo quiero hacer psicoanálisis, entonces elijo pacientes que por lo menos tengan la posibilidad de hacer un psicoanálisis, hay determinados pacientes que sabes que no andan para un psicoanálisis y uno puede elegir atenderlos porque hay ciertas cosas que le pueden a ese paciente servir y a parte porque puede ir aprendiendo, escuchando, por lo menos para escuchar y al paciente le sirve el trabajo terapéutico...

Uno cree que tiene un saber, cree tener un poder y uno quiere curar... y es un obstáculo desprenderse de eso, lleva mucho tiempo, porque la propia neurosis de uno te lleva a eso. Solamente uno se frustra menos cuando se da cuenta que en realidad no tiene que curarlo al psicótico. Ahora si vos lo quieres curar, lo quieres curar... te vas a dar contra la pared... Lacan cuando decía que las únicas resistencias de un análisis son las del analista, no se equivocaba, porque sabía que el amor de transferencia es una resistencia del paciente pero es una resistencia en tanto y en cuanto lo sea para el analista, porque si el analista sabe trabajar con eso después va a dejar de ser resistencia.

E1: ¿En este servicio se trabaja interdisciplinariamente?

E2: Para mí no existe la interdisciplinariedad. Existen diferentes disciplinas que pueden abordar una cuestión, una problemática de diferentes maneras, pero no es el mismo sujeto el que trabaja el psicoanálisis que el que trabaja la psicoterapeuta, etc.. Y no es porque yo diga que no sirve lo otro, ojalá tuviera un sociólogo. Bárbaro que venga el psicopedagogo y le enseñe al paciente que esta hace 50 años, como le enseñó a escribir, porque el se la pasa leyendo, y un montón de cosas que le permiten ir al centro de gestión, salir a la calle, tener contacto con la realidad, con objetos, manejar dinero y tiene mucho más efecto que yo en ese punto, pero adelante. Ahora yo no puedo ponerme a discutir con un psiquiatra, con un sociólogo, haber, vengan todos haber como podemos sacar adelante este paciente, porque no se trata de eso. Eso no implica que yo no escuche lo que el

paciente me diga sobre lo que trabajo con la psicopedagoga, perfecto que te lo ponga en discurso en el dispositivo, pero no llevar adelante una cura en común, podemos sentarnos y hablar sobre el caso, discutir sobre el caso, llevar adelante una cura en común no porque estamos haciendo cualquier cosa. El psicoanálisis tiene una dirección de la cura, que no es la misma para otras disciplinas. Es lo mismo que si yo tengo un paciente en el consultorio privado que va a cantar a un coro, porque le gusta y le hace bien, no voy a llamar al director del coro para que nos instalemos a hablar sobre el paciente. El mayor problema de los que pretenden hacer un trabajo interdisciplinario, es una falta de rigurosidad sobre su práctica, entonces en el no saber sobre su práctica, recorren a un conjunto de saberes para ver entre todos como carajo podemos hacer porque yo no tengo la menor idea. Y los primeros que caen en eso son los psicólogos cuando ven que el paciente esta mal llaman al psiquiatra que lo medique, son los primeros...

E1: ¿Eso seria interconsulta?

E2: Eso es pedido de auxilio no es interconsulta. Una interconsulta es, viene un paciente, que yo recibo y ya viene con la medicación y yo veo que es una medicación psiquiátrica, le digo vas a tener una consulta con tal doctor para ver el tema de la medicación, entonces yo después podré hablarle y decirle mira por tal y tal motivo me parece que este paciente podría tomar esta medicación o la podríamos bajar la medicación para limpiar un poco el discurso, haber que hay debajo de todo esto, si tenes un psiquiatra piola te dice si vamos bajando despacito, vamos controlando por las dudas, pero eso no es interdisciplinario porque ese psiquiatra cuando lo va a escuchar va a escuchar a ver que efecto tuvo la medicación en el, no va a escuchar al sujeto del inconsciente yo voy a escuchar al sujeto del inconsciente pero no porque no se que carajo hacer, entonces le pido al psiquiatra que lo medique así no le pasa nada porque yo tengo miedo de que le pase algo porque sino no podría bancarme la angustia. Que cada uno piense que puede hacer en su dispositivo y que el paciente decida que le viene bien, porque también esta encubriendo que ese paciente es un objeto. Todos vamos a pensar sobre el paciente... ¿quienes somos nosotros para pensar

por “x” paciente?. Acá hay que pensar sobre que concepción de sujeto se esta trabajando porque eso define la clínica...

ANEXO 2:

**ENTREVISTA A UN PROFESIONAL DEL HOSPITAL INFANTO JUVENIL DR.
TOBAR GARCÍA**

Entrevista a Miguel Calvano. Medico psiquiatra con formación psicoanalítica. Jefe del Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Infanto Juvenil Dr. Tobar García.

E1⁶⁵: ¿Podrías comentar un poco como funciona el Tobar García y qué injerencia tendría la psicopedagogía?

E2⁶⁶: Yo trabajo en el Tobar, trabajo al lado del Borda, al lado no es más que una cercanía geográfica, trabajo en un hospital que en verdad tiene una estructura muy diferente a la del Borda, tienen en común la estructura de la psicosis, pero se trata de niños, de adolescentes, no viven ahí, si bien tiene servicio de internación la idea es que sean breves, de seis meses a un año, después se va, lo cual da francamente otro perfil institucional, en el Tobar hay psicopedagogos, siempre hubo desde que yo estoy hace ya casi 30 años en este hospital, unos días digamos, siempre hubo un servicio de psicopedagogía, un jefe, gerente, consultorios, rentas... o sea que la psicopedagogía forma parte del organigrama. Lo cual ya me parece que le da como una cierta especificidad a la clínica que se hace, y además le da un asiento legal, jurídico, al formar parte de la estructura del hospital no hay duda, no es gente que va a hacer un “trabajito” como por fuera de las estructuras oficiales del hospital.

El Tobar igual no es un hospital copiable, es muy particular, no hay otro así, hasta hace poco tiempo no había en Latinoamérica un hospital así, no es un lugar que

⁶⁵ E1: Entrevistador.

⁶⁶ E2: Entrevistado.

pueda ser tomado de ejemplo. Pero en relación a la pregunta que vos haces, sí hay una inserción clínica de la psicopedagogía en este hospital, eso es completamente central para el análisis, quiero decir en la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires hay un grupo de gente a la que le garpan para que trabajen de psicopedagogos, así nomás... que interesante lo que decís de la inserción en el Borda, yo estoy al lado, hace 28 años que trabajo al lado, digo fui montones de veces al Borda, por distintos motivos, es más suelo dejar el auto en el Borda y no sabía que había un psicopedagogo. La ideología oficial del hospital cosa que yo defiendo a ultranza además, es el trabajo interdisciplinario, además en la ciudad de Buenos Aires hay una Ley de Salud Mental, esto esta establecido por ley, del mismo modo que en Río Negro por ley a un tipo se le ocurrió que no habían más psiquiátricos... ¿si por ley decimos que no hay más psiquiátricos se acabó la psicosis?. Entonces el trabajo interdisciplinario esta establecido por ley, la ley 448 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en ese sentido el psicopedagogo se inserta en un equipo interdisciplinario y no trabaja por la suya en lo que puede. Al lado del Tobar, es muy curioso esto, ediliciamente es muy curioso, entre el Tobar y el Borda, al lado hay un edificio chiquito que es una escuela de educación especial para niños y adolescentes psicóticos, esa escuela hasta hace unos años estaba dentro del Tobar o sea que de las cuestiones escolares se ocupa la escuela, no los psicopedagogos, los psicopedagogos hacen psicopedagogía clínica en el Tobar García, bueno, se inserta en el equipo interdisciplinario... ¿qué hacen?, este es el problema, es problema de la carrera, los psicopedagogos cuando yo entré en el hospital eran todos... como se llama este hombre... no me voy a acordar, el que estableció la ley de la psicopedagogía digamos... zuiso , austriaco...

E1: ¿Piaget?

E2: Piaget, Jean Piaget, ya ni me acuerdo el nombre, bueno, lo que en Buenos Aires se llama psicopedagogía clínica es los tipos que adhieren a la teoría de Piaget, son todos piagetianos, desde Sara Paín, supongo que la oíste nombrar, hay un modo de entender el trabajo del psicopedagogo que siempre fue, era un lío, era una especie de maestro especial que no se reconocía como tal, con la

aparición del psicoanálisis se complejizó mucho eso porque entonces, los psicopedagogos clínicos siguen haciendo la de ellos, pero ahora la mayoría de los psicopedagogos más bien toman cosas del psicoanálisis, entonces es un quilombo no son psicopedagogos... clásicos, son psicoanalistas, no son maestros... ¿que son?. En el Tobar eso trae muchos conflictos, hay muchas disputas como que ellos analizan a los chicos en vez de trabajar los problemas de aprendizaje, hace ya 10 años por lo menos que hay una cierta cuestión en eso, y si vos mirás la oferta de formación que hay en Buenos Aires vas a ver que la formación para psicopedagogos pasa por psicoanálisis, con lo cual la especificidad del psicopedagogo es una especie de nube, todavía difusa.

En todo caso habría que decir, por lo menos desde lo que yo pienso, me parece que el problema que tienen es que no tienen un corpus teórico propio, si dejas Piaget, bueno ok ¿qué pones en ese lugar?, y ahí me parece que hay una cosa que uno podría decir, en proceso. Porque se toman muchas cosas del psicoanálisis, siempre hay un grupo de psicopedagogos del hospital que supervisa con psicoanalistas, yo no entiendo eso, a mi me han ofrecido yo me he negado, una cosa es que venga un psicopedagogo como parte de un equipo de trabajo a que venga solo con un problema a supervisar conmigo... no se psicopedagogía para decirle lo que tiene que hacer. Entonces ahí hay una función por lo menos en la ciudad de Buenos Aires insisto, no se en Viedma quizás es diferente, todavía confusa, están avanzando sobre muchos terrenos propios de la psicología...

E1: Vos hablabas sobre la Ley de Río Negro, me gustaría saber cuál es tu opinión sobre las políticas de salud mental, si podes ampliar un poco más.

E2: Este, mirá, un ejemplo sencillo. Muchos pacientes de Río Negro, pacientes psicóticos de Río Negro, están internados en el Borda, eso termina así, si nadie se ocupa, terminan en los lugares en donde se ocupan, ¿en Nueva York quién se ocupa de los psicóticos?... la policía, porque terminan haciendo quilombos en la vía pública y van todos presos entonces termina siendo un problema de la policía el psicótico, y si no hay manicomios, muy linda la desmanicomialización, este, no sé a lo mejor en un lugar pequeño de Río Negro el loco del pueblo que es una figura clásica digamos, funciona, digo que el pueblo se ocupe del psicótico. Es

más, me acuerdo en el Tobar había un psicótico internado que era de Gaminí, y después nos enteramos cuando salió de la internación del Tobar era el loco del pueblo, pero todo el mundo lo conocía, conocía a la familia, era un muchacho tranquilo digamos, no era violento, ni complicado de manejar entonces era el loco del pueblo, pero eso vale en un lugar pequeño no en la ciudad de Buenos Aires por ejemplo, una gran ciudad.

La imagen que aparece, digo la contracara de la desmanicomialización es el Borda o el Moyano, y yo digo: ¿por qué?, ¿y el Tobar?. Por qué el único modelo posible es un tipo que esta internado 50 años. Cincuenta años o desvariado por la calle, o medicado por una enfermera. Si hay otras opciones, el Tobar, es un Hospital de psicóticos, y nadie se queda cincuenta años, y a nadie se lo abandona al mismo tiempo...

E1: ¿El Tobar es un hospital de día?

E2: No. Es interesante la pregunta. El Tobar García es un hospital, que forma parte de la red de hospitales de Buenos Aires que antes pertenecía al ámbito nacional y después en el año 1992, nueve hospitales del gobierno nacional pasaron al ámbito municipal, el Borda, el Tobar, el Moyano...etc.. Entonces ahora es un hospital municipal, dispone de consultorios externos, hospital de día, internación, prevención, rehabilitación, así como hay un equipo de psicopedagogía hay un equipo de fonoaudiología... se trabaja con rentas, presupuesto, mínimo pero presupuesto al fin. En ese sentido hay otras opciones que el manicomio clásico o la calle. Además me parece que la psicosis es una cuestión de especialistas, de enfermeros, con buena voluntad, porque además... ¿qué hacen con el psicótico haber?, cómo se trabaja? ¿un par de charlitas y ya está?, ¿cómo hace un psicopedagogo con un pibe psicótico?. Hay que aprender a ver que hace, no es lo mismo que trabajar con un pibe neurótico. Entonces, no, me parece que es un despropósito eso, visto que anular los manicomios por ley me parece un despropósito. Todas las otras opciones que eso trajo aparejado, por ejemplo que los psicóticos sean internados en servicios comunes, lo único que han traído es quilombo, tras quilombo, ningún jefe de servicio quiere ensuciar a un psicótico, porque no saben que hacer con el psicótico, entonces tienen que llamar a los de

psiquiatría, digo, no es operativo, no es viable eso. Si yo tengo un pabellón traumatológico por qué voy a poner ahí a un tipo que dice cosas incomprensibles, que se levanta, que va, que viene, que hace quilombo que se quiere ir, etc. ... yo conozco gente que vive en Viedma que, bueno, la evaluación de ellos respecto de la desmanicomialización es que lo único práctico que han conseguido es desmantelar todos los servicios de salud mental... y no hay, en Río Negro no hay, tienen que cruzar el puente para ir a provincia de Buenos Aires, en la practica eso es lo que paso, no es que se desmantelaron los hospitales, se desmantelaron todos los servicios de salud mental, además con la idea de arrasar toda la especificidad del trabajo. Haber, yo le voy a preguntar a la vecina de al lado que hago si tengo un problema dermatológico o tengo un problema cardíaco, como me lo resuelve... no sabe, ¿por qué habría de saber?... ¿y por qué con la salud mental es diferente?.

Además porque hay muchos estudios al respecto que en Francia los han hecho, si vos pones a un tipo enfermo, suponete a un autista o a un paranoico, en un grupo familiar normal, lo único que conseguís al cabo de un cierto tiempo es que ese grupo familiar reproduzca la conducta del paranoico y no al revés. La fruta enferma, enferma a la fruta sana, no es que la fruta sana mejora a la fruta enferma, no sucede eso. Desde el punto de vista económico - financiero y de los manejos del dinero del Estado por supuesto mucho mejor la ley de desmanicomialización, es lo mas barata, se gasta mucha menos plata. Después, suponete, pongo un ejemplo, en Italia en Trieste inventaron digamos, la desmanicomialización, que también es un problema, los locos tienen problemas por la calle, en concreto nadie se ocupa de los locos, tienen un lugar de trabajo que es lo que nosotros llamamos acá taller protegido, en sí una fabrica de muebles, pero una fabrica de muebles de alta especialización, entonces una cama hecha en ese lugar es lo mismo que una cama hecha en el lugar más sofisticado, porque sino no se vende, vos tenes que ver las cosas que hacen en los talleres de protegidos acá. Da risa. Digo, que terminan haciendo, muebles para equipar a los distintos entes municipales que cuando saben que viene de acá no lo quieren, no lo quieren porque saben que esta mal hecho, que es de mala calidad, que no

sirve, o sea que eso tampoco sirve, ponerlos a trabajar en una producción que no puede competir en el mercado, en Europa compiten, yo he visto, vi heladeras, las heladeras que hacen, son como las que hacen en Alemania, porque sino, si no es igual, si no responde a las normas de los alemanes y que se yo, no entran, por eso hay parámetros de fabricación comunes para toda la comunidad, entonces no alcanza con sacar a los psiquiátricos, es mucho más amplio que redefinir la posición, primero de la sociedad con respecto a la salud mental, segundo de la cultura y tercero de la economía que eso va a suponer, va a suponer un desarrollo económico que en este país no hay. Por supuesto dejar a un tipo 50 años internado, eso tampoco es la solución, eso no quiere decir que no haya nada que hacer con los hospitales psiquiátricos, pero no hay que destruirlos...

E1: ¿Vos pensas que en el Tobar es posible un psicoanálisis en tratamientos de psicosis?

E2: Yo hace 28 años que trabajo en este hospital, yo soy psicoanalista. Por supuesto hay que adecuar la cuestión de los tiempos para los tratamientos. Además hay que atender a ciertas preguntas, ¿por qué hay psicoanalistas en hospitales públicos?, ¿porque no tienen donde ir?, bueno en la época actual si habría algo clave, el exceso de oferta. Pero hace 15 años no había exceso de oferta, el psicoanálisis esta en el hospital público porque encaja, porque la psiquiatría tenía un absoluto rechazo con la psicosis, ese motivo hace que, bueno aparecieron unos locos que se ocuparon.

El moderno desarrollo de la psicofarmacología y de la neurociencia tiende a revertir esta idea, porque se vuelven a ocupar de los locos, a su manera, como vos quieras, pero, esa cosa, ese rechazo, yo lo he vivido tanto, no lo ven al paciente, no lo ven, uno podría decir no quieren en realidad o es que no pueden, carecieron de muchos años desinstrumentos y de una doctrina con la que acercarse a un paciente psicótico, eso esta cambiando. Además los nuevos medicamentos tienen distinto efecto que un alopídol. Cuando yo salí de la facultad, me recibí en el año 1976, en marzo del 76, veinte días antes del golpe, ir a un hospital a trabajar era mal visto. Vos habrías un consultorio y empezabas a atender a pacientes, era otra época, a parte en el tiempo trabajar por dos mangos,

después se invento lo de trabajar gratis que es una cosa absolutamente inconcebible digamos y que no existe en ningún lugar del mundo, porque además, encima que son psicoanalistas trabajan gratis, es complicado de pensar eso, como es que profesionales trabajan gratis, una vez vino una mujer acá al Tobar que había ido con el marido a Estados Unidos, el marido era médico y lo habían contratado en un lugar, y ella no tenía nada que hacer, entonces fue al hospital a decirle que era psicóloga y si podía trabajar en el hospital, le dicen que no le iban a poder pagar mas que tanto, y ella le dice no pero o trabajo gratis, ¿cómo que trabaja gratis?, si porque en Buenos Aires... entonces cuál era la posición de la gente de ahí, desconfiar de su titulo, no podía ser que alguien se ofreciera a trabajar gratis, no existe eso. Acá para trabajar gratis tenes que ganar un concurso además, o sea que si no ganas el concurso no podes es muy loco, el concurso es para residencias, entonces te ofrecen la concurrencia, no, no resiste ningún análisis. Pero bueno, hay miles de personas trabajando gratis. El psicoanálisis es posible, es necesario, es factible, hay que adecuarlo, adecuar el tiempo, tenes que incorporarte en un equipo interdisciplinario, los psiquiatras no se incorporaron, la cuestión de la duración de los tratamientos es un problema del cual los psicoanalistas nos tenemos que hacer cargo, como decía un maestro mío, no se trata de terapias breve, se trata de breve tiempo de terapia, lo cual es completamente otra cosa... la pregunta que vos me tenes que hacer es por el psicoanálisis en la psicopedagogía, yo creo que el psicoanálisis les ha aportado a los psicopedagogos piagetianos particularmente un montón de herramientas que no tenían pero se les armó una ensalada en la cabeza... hay un montón de gente que labura bien, gente en la que confío plenamente, leen cuestiones del psicoanálisis, no rechazan nada del psicoanálisis, pero no, este... haber con los chicos es un asunto, yo te puedo hablar del campo de la infancia en realidad porque hay una serie de instrumentos que son comunes, si vos me preguntas que tienen en común un psicólogo, un psicoanalista, un psicopedagogo, un fonoaudiólogo, un médico, un psiquiatra, un pediatra, un psicoterapeuta que trabaja con chicos, qué tienen en común además del niño ese que esta ahí, y bueno, lo que tienen en común es: el juego. Resulta ser que no hay ningún otro

modo de acercamiento que ese, no vas a interrogar a un pibe sobre lo que le pasa, y no le vas a ir con un camioncito, bueno, ese camioncito sirve tanto como para el psicoanalista, como para el psicopedagogo, como para el pediatra, sirve para todos, el asunto es que conclusiones o que consecuencias extrae cada uno de ese camioncito, y ahí me parece que las cosas varían según el marco referencial de cada uno. Por otro lado la relación entre la psicopedagogía y la psicosis es otro problema, porque por la estructura misma de la psicosis hay un problema con el saber, el saber es persecutorio, alienante para el psicótico, más bien le va a dar un efecto de rechazo, entonces el campo del psicopedagogo se complejiza, se recorta, se anula, o se inhibe notoriamente, yo me acuerdo hace unos años era muy complicado mantener a un pibe psicótico con psicopedagogo, pero ahora de eso tiene que dar cuenta un psicopedagogo y yo creo que no da cuenta, digo a mi la parafernalia teórica no me engaña, a mi no vengas a hablar de sujeto... para mi son espejitos de colores en manos de los indios, ni indios ni conquistadores en todo caso, pero no sé hay términos que son de otras disciplinas y que se usan para otras cosas, en todo caso decir cual es la especificidad del sujeto en la psicopedagogía, entonces ahí ya me interesa más, pero no me hables de mi sujeto, del sujeto del psicoanálisis, yo ya sé lo que es ese sujeto, ese es mi campo...

E1: Cuando vos diferenciabas el Tobar del Borda, entre otras cosas marcabas las edades, te parece que en la psicosis tiene valor marcar esa diferencia?

E2: Y si. En una época el concepto de psicosis infantil era un concepto muy discutido, yo creo que es indiscutible, pero bueno el que no anduvo por un hospital psiquiátrico lo va a discutir, igual yo no hacía tanta diferencia en la edad, yo hacía diferencia en la posición institucional de si vas a tener a un tipo encerrado entre cuatro paredes para que ese goce que a el lo habita no se distribuya en el campo social, si podes trabajar con eso con el tipo entrando y saliendo, por otra parte también pienso que la internación psiquiátrica es la última instancia terapéutica a la que hay que recurrir, no la primera. Yo estuve una época en Londres, y habían cosas muy interesantes para pensar, ellos la internación psiquiátrica, de chicos por ejemplo, jóvenes, adolescentes, púberes, es una internación que no esta abierta al

público, es una internación que llega sólo por derivación de otras instituciones, entonces llega por derivación en los casos en que efectivamente todos los demás tratamientos fracasaron, entonces ahí tiene otra lógica la internación que además es por seis meses y ni un día más, pero ni un día más. No hay solo internación en hospitales de día, consultorios externos, psicopedagogía, fonoaudiología, etc. el campo no es solamente restringido a atar a alguien a una cama, la internación es el último recurso. Primero probemos otras cosas, si no funciona, podremos pensar en una internación...

E1: ¿Y en situaciones de urgencia?

E2: Yo ahí pienso lo mismo, supónete, vos estas en la guardia te traen un caso complejo, de cualquier cosa, un intento de suicidio, yo creo que sería bastante razonable que si a vos te parece que hay que internarlo lo internes, a condición de que al otro día se pueda ir, y a condición de que al otro día se le haga una evaluación, más o menos completa dentro de lo posible, y se pueda determinar que tratamiento a seguir si es que no tiene ninguno, de cualquier manera la demanda de salud es muy elástica, eso quiere decir que crece, crece, crece, en cualquier sector de salud y no hay recurso que alcance, entonces por ejemplo los ingleses que tienen 50 veces más recursos que nosotros, vos no sabes lo que son esos hospitales, son una hermosura, no dan a vasto, porque la demanda que ellos tienen a su vez es monstruosa, eso sin agregar que en Europa un tratamiento privado es prácticamente inaccesible nadie puede pagarse un tratamiento de nada, los servicios públicos son muy buenos, excelentes... acá está todo pensado para diez millones de personas, haya esta pensado para ochenta, entonces es complejo eso, el problema de los recursos en los hospitales...

E1: Me gustaría saber cuál fue tu apuesta en tratamientos de psicosis desde que comenzaste a trabajar en el Tobar y si fue variando en relación a tu experiencia.

E2: Haber, la primera cosa que descubrí es el trabajo interdisciplinario, sólo nadie puede, esa es la primer cuestión, que eso no te lo enseñan en ninguna parte. Además eso hace a la estructura misma de la Universidad, las facultades de psicología no tienen ninguna relación con interés público, la medicina en ese punto está mejor organizada, el tipo aprende algo en un aula y después lo va a practicar

en un servicio del hospital, donde el mismo tipo que te lo enseñó dirige lo que se va a hacer, con el psicólogo no pasa eso, con psicopedagogos ni hablar. Entonces es un lío porque te enseñan una disciplina que se va a aplicar en un hospital público, porque cuando salís de la facultad vas al hospital, mayoritariamente vas al hospital, y entonces te vas a encontrar con una práctica que no tuvo ningún correlato teórico, porque además en ese sentido el hospital está como a la avanzada del saber, produce prácticas clínicas sobre las que se reflexiona tiempo después, en el hospital el trabajo interdisciplinario en principio nace como una necesidad de la práctica clínica.

Lo segundo que aprendí es la existencia real de la castración, pero no sólo la castración en un paciente que tiene un acceso difícil sino a la propia castración, eso lo aprendí con los pacientes autistas, con los chicos más graves, sos tan mueble como el escritorio para ellos, aprendí de mi castración, porque por más que yo quiera, por más jugado que este, por más que me preocupe, solo se podrá ver cierto pequeño avance y no más que eso...

Otra cosa que aprendí... yo no me voy a olvidar nunca de un pibe, que no me acuerdo ni como se llamaba, ahora debe tener 35 años, que me estaba contando algo, algo que le pasaba, que yo le dije que eso seguramente tenía relación con el padre, que él no estaba porque los padres estaban separados... un maestro mío me decía cuando no sepas que decir, no digas nada. Esas cosas se aprenden, pero hasta que no te pasa por más que yo te lo cuente, hasta que vos no te encontrás con alguien que la pifiepara mí fue inolvidable, en realidad uno aprende, cuando aprende de los errores, no aprendes de los éxitos, al contrario no te hacen pensar nada, de los errores aprendes, metiendo la gamba...

E1: ¿Qué tan perjudiciales pueden ser esos errores en el otro?

E2: Lo de creer que uno le salva la vida al otro o que se la puede arruinar para siempre me parece una boludez. Si la nuestra es una práctica de la libertad, cómo es que yo tanto voy a influir en ese... muchas veces nos preguntamos en el hospital, en el Tobar, los pacientes reciben los medicamentos de óptima categoría gratis, darle a un pibe lapenax durante un mes sale más o menos \$400, ahora cuando sale del hospital, si después le van a volver a dar alopídol se pudre todo, si

yo trabajo "x" problemática que el tiene y después va a volver al mismo instituto de donde el vino... . Entonces lo que uno hace también esta en correlación con lo que le espera a ese cuando sale del hospital, y si lo que le espera no acompaña mínimamente lo que necesite es probable que al poco tiempo vuelva. Anda a preguntar a Viedma cuantos psiquiatras medican con lapenax, ni saben lo que es, porque además se deben encontrar con una población que no la puede pagar o que el Estado tampoco la puede pagar, entonces te quieren vender el genérico que no tiene nada que ver, la droga será la misma pero no es la misma, el efecto no es el mismo, nosotros nos encontramos con ese fenómeno, en el fenómeno particular de la psicosis no encontramos en el interior del país psicólogos que se ocupen de la psicosis no hay y menos de los chicos, entonces es complicado porque vos laburas con una dirección, de un modo, pero bueno, después hay que continuarlo y más si hablamos de psicosis un tratamiento lleva mucho tiempo y si no hay quien lo haga que se yo, en Mendoza. Entonces es como corto de análisis pensar si sirve o no sirve, tenes que pensar en el contexto, que va a pasar después, que mundo le espera...

E1: ¿Hoy decías que la psicosis infantil era indiscutible para vos?

E2: Estar ahí y ver a esos pibes, yo te puedo decir mirá, vos no lo quieres llamar psicótico esta bien, no lo llames, pero no son iguales que los pibes neuróticos, ese pibe no es igual a mis hijos, si yo lo veo y aunque no sepa nada viste, uno habla, juega, come, duerme, interactúa, aprende... y no, ni siquiera tienen el mismo crecimiento esa es otra cosa que he observado desde el principio...

E1: ¿Y vos como analista que lectura haces de esto del crecimiento?

E2: En principio ponelo en la balanza, medilo, uno es más chiquito, o más grandote al pedo, y ¿por qué?, y lógico, ¿que vamos a pensar que el trastorno mental no produce efectos sobre el cuerpo?, que solo afecta el área del pensamiento y del aprendizaje, no, a los huesos llega eso, a las tripas...

La psicosis infantil es indiscutible, después discutiremos si el autismo es una forma de psicosis o si esta por fuera, no hay problema, pero hay niños psicóticos que serán psicóticos...

E1: ¿A partir de que edades los empiezan a ver en el Tobar?

E2: Y cuatro o cinco años. Ya esta todo jugado a esa edad...

E1: Me llama la atención en qué poco tiempo cronológico puede estructurarse...

E2: Pero la psicosis es una falla en esa estructuración, radical. Haber, fabricaste el auto pero no tiene motor, si no tiene frenos podemos ver como hacer para que frene, si esta medio chueco de eje y bueno a lo mejor gastará más una goma que la otra pero va andar, acá te encuentras con que el sujeto no tiene motor o que ese motor no funciona como los otros motores... eso sin sumar el deterioro que la medicación misma le pueda ir produciendo, o el efecto de la medicación en el hígado, o que los hacen engordar, lo cual después te trae nuevos problemas que no tenías, el tipo se queja de que esta gordo...

E1: ¿A qué apostas frente a un niño psicótico?

E2: En principio a lo que pueda, el me va a ir indicando sobre que tengo que apostar, no hay una apuesta previa, después es muy importante el laburo con los padres, entre otras cosas, para que acepten que van a tener ese hijo toda la vida, que ese hijo a lo mejor no es el que soñaron si es que lo soñaron...

Y bueno, viste, ahí hay algo que es propio de cada uno, de la infancia de cada uno, como cada uno de nosotros a trabajado las cosas que ha pasado en la vida, como hacemos para que eso no interfiera en el tratamiento... si uno no trabajo con uno mismo no, más vale que se dedique a otra cosa...

ANEXO 3:

ENTREVISTA A UNA ACTRIZ PACIENTE DEL BORDA

Entrevista a Nilda. Actriz, paciente⁶⁷ del Hospital Borda.

E1⁶⁸: Me gustaría que cuentes un poco como es esto de hacer teatro en el Borda en relación a tu experiencia.

E2⁶⁹: En realidad el taller de teatro acá esta implementado como una terapia, y yo no lo tomo de esa manera yo lo tomo como teatro, como teatro...

E1: ¿Únicamente?

E2: El teatro es siempre una terapia por más que uno lo tome como teatro, el teatro fuera de aquí o dentro de aquí es una terapia, todo acto creativo es una terapia porque un acto creativo es un acto de crecimiento...bueno no se que me querés preguntar...

E1: Vos decías que estuviste un año internada y ahora estas en consultorios externos pero seguís participando del taller, qué te genero este taller durante el año de tu internación, que podrías decir?

E2: Mirá yo cuando estaba internada, además el que me interno fue justamente Guillermo⁷⁰ porque era médico de guardia en esa época y hay que pasar necesariamente por la guardia para internarse, entonces cuando me interno hablamos de teatro y me dijo que el daba clases de teatro acá. Bueno yo me enganche y me agarre muy desesperadamente con clases de teatro, yo te diría que hacer teatro aquí fue un factor muy importante para que yo pudiera salir, yo estaba en un pozo depresivo enorme no podía hacer nada, nada me interesaba, nada... bueno vos sabes como es esto, no lo sabes por experiencia pero los sabes

⁶⁷ Su diagnóstico estructural es de Paranoia.

⁶⁸ E1: Entrevistador.

⁶⁹ E2: Entrevistada.

⁷⁰ Guillermo Onig, es Médico psiquiatra con formación psicoanalítica y coordina el taller de teatro.

como estudiante de psicopedagogía, no tenía ganas de levantarme de la cama no tenía ganas de hacer nada, lo único que me movilizaba era la clase de teatro, me movilizaba en parte por mí experiencia personal, yo venía de teatro...

E1: ¿Vos sos profesora de teatro?

E2: Yo soy profesora de teatro y soy autora de teatro, tengo una obra estrenada. Y bueno, me empecé a enganchar con las clases, al principio no compartía mucho el método... el método netamente teatral, el que dá Guillermo, que lo dá Raúl Serrano, que es un maestro muy conocido de teatro, después me empecé a dar cuenta, es más yo al principio creía, bueno vos viste que Guillermo tiene una forma de ser muy particular, entonces yo al principio creía que venía a divertirse pero a divertirse mal, a divertirse él, a joder con las clases de teatro y nada más y que no hacía un carajo de terapia. Hasta que me empecé a dar cuenta de que no, que realmente lo tomaba pero más que seriamente...

E1: ¿Qué fue lo que hizo que te des cuenta?

E2: Cuando de repente saqué de una obra larga mía una obra corta, la reescribí acá y la leí para hacerla, yo pensaba que Guillermo no me la iba a aceptar, porque era muy compleja y sin embargo la aceptó, y no sólo que la aceptó sino que se hizo el argumento que era el de las dos mujeres que disputan una fantasía con un tipo que no está, y vi que el todo lo toma aparentemente jocosamente, todo, también personalmente yo creo que es una forma de defensa...

E1: ¿Defensa de qué?

E2: Es como estratégico. El es así en todo pero yo no conocí nunca a una persona que este jodiendo todo el tiempo como lo está él, que hasta en la terapia inclusive se pone serio muy pocas veces y a mí me críspa mucho, porque el es mi terapeuta también, a mí me críspa mucho cuando me parece que no me está tomando en serio, pero ya lo conozco y yo sé que no es así, yo sé que le importa lo que le digo, sé que le importa lo que me pasa, bueno yo creo que es la forma de él para mantenerse, estar todo el día aquí trabajando con los pacientes, yo o otros, es jodido para un médico, para una persona porque un médico es una persona y yo también creo que es una barrera, una forma de poner distancia del que la usa para con el paciente. Esa distancia mucho resultado no le da porque los pacientes

lo atacan igual, a el le llegan a decir cualquier cosa tiene una relación con los pacientes que además es muy apta para teatro y no se podría dar teatro de otra manera, yo no te digo la cosa jocosa por ahí permanente, pero no podría dar teatro un profesional demasiado formal, o sea un profesional muy estructurado no podría dar teatro, el teatro también es cultura... a mi me ayudo el primer año, el año que estuve internada y después que me fui me siguió ayudando, me quede como enganchada, ya estoy como demasiado enganchada

E1: ¿Demasiado?

E2: Si. Yo creo que en algún momento hay que despegarse, por eso te preguntaba lo de la desmanicomialización, que como lo tomabas vos, yo creo que cuando estas internado... a mi me parece que después de la internación una terapia ambulatoria, uno tiene que despegar sino uno queda... yo estoy loca, pero después Guillermo cuando me empezó a atender él, después de bastante tiempo, detono una paranoia muy leve y yo no sabia que tenía porque nadie sospechaba que yo pudiera tener, duro muy poco tiempo y cuando yo la visualice, no tengo alucinaciones, no pasa por ahí me hago rollos con las cosas, me hacía, eso se corto con una medicación adecuada y pero por sobre todas las cosas de la visualización que yo misma hice de mi enfermedad, o sea en cuanto yo vi, pude ver que esas cosas que yo creía eran rollos que me hacía y no eran la realidad. Las cosas pasaban realmente pero yo les daba otra lectura, o sea, lo hilaba todo, tal persona esta haciendo esto, esto, esto y esto para conseguir esto otro de mí. Cuando yo descubrí que estos hechos eran hechos aislados que no tenían ninguna clase de "ilación" más que la que le daba, que esto no era así, que los rollos que me hacía eran mis rollos fue cuando pude despegar de la paranoia, que duró muy poco tiempo y en esto Guillermo me ayudo mucho y el teatro también. Acá es un poco difícil dar teatro y de alguna manera el método que implementa Guillermo es un método en el que cree el, porque el estudio teatro, el es actor y es el que el usa, pero de cualquier manera yo entiendo que otros trabajos teatrales acá seria un poco dificultoso darlos si se da por ejemplo memoria emotiva, que es: evocar un suceso vivido para generar un estado emocional determinado, si nos ponemos a hacer eso en la clase de teatro terminamos todos en la guardia, por

ahí no todos pero supónete una persona que esta internada, está en un estado de crisis y hacer un trabajo así es como para mandarlo a la guardia, además claro memoria emotiva ya en el teatro se dejó de lado un poco, porque puede llegar a ser nociva. El teatro no enloquece a nadie, si uno esta loco es porque esta loco uno, pero no es por el teatro

E1: ¿Vos planteas que no solamente no enloquece sino que hace bien?

E2: Para mi si, crear hace bien, es como respirar... Me acuerdo que una vez ... ¿puedo contar?

E1: Si, claro...

E2: Bueno, una vez, antes de estar internada fui a dar una clase de teatro a un centro secundario para adultos, yo era amiga de la vice-rectora y me dijo si quería dar una charla, entonces di una charla en un curso que a los chicos, a los alumnos los movilizó y me dijeron querés venir al otro, porque tenían clase en otro curso también...

Sobre teatro. Entonces yo le dije: ¿y si en lugar de hablar hacemos teatro?, propongo hacer algo de teatro. Lo hicimos, me presento nos saludamos y le dije, bueno, vamos a hacer un juego teatral el que quiere se prende, les propuse hacer un juego teatral, ninguno había hecho teatro nunca, es increíble la capacidad lúdica, porque el teatro es un juego que tiene la gente. Inclusive muchos de los que no se habían animado al principio fueron entrando a medida, y cuando terminamos uno de los chicos que nunca había hecho teatro dijo me siento diferente, me siento raro, siento como si se me hubiera abierto una ventana y yo mirara un lugar que no había visto nunca, y eso fue muy lindo, para mí fue muy gratificante, esto es importante... y de lo que de repente puede el teatro, o sea por ahí algunas personas están mas abiertas de entrada que otras, pero las demás se van animando de a poco, así como fueron entrando otros alumnos, me pedían, me decían: ¿puedo entrar?, entonces yo les hago un rol y entraban a jugar. Las clases de teatro de acá son un poco más limitadas, no se pueden hacer estos juegos porque se pueden hacer cosas muy pautadas, justamente porque esto es un manicomio y... Guillermo tiene miedo de que... yo creo que le tiene un poco de

miedo a la desestructura de la gente, o sea la gente acá esta muy desestructurada...

E1: ¿En qué sentido?

E2: La gente que esta internada acá esta enferma, la enfermedad, mas que desestructurada están descolocada y yo tengo la sensación de que están como en pedazos dispersos, algunos no tanto, pero es como que hay que unirlos y darles una coherencia de nuevo a esas distintas partes de la gente que se perdieron por ahí, yo siento que esto tiene que ver con la esquizofrenia por ejemplo, no se bien que es la esquizofrenia pero creo que es algo así como una personalidad dividida, como si los distintos "yo" que tenemos todos adentro se desarmonizaran de repente, a mi se me ocurre.

Y, bueno hay ciertos ejercicios teatrales que no se pueden hacer, acá mucha gente es esquizofrénica, mucha gente, entonces adoptar distintos roles, distintas personalidades si tiene que ver con la esquizofrenia, esto puede ser nocivo, o sea, si una persona esquizofrénica tiene que adoptar un rol que no le es propio por ahí lo puede dañar, yo entiendo que por esto Guillermo no hace más cosas con el trabajo de cualquier manera se consiguen cosas, yo veo cosas asombrosas en la clase de teatro, por ejemplo, me acuerdo de un compañero, Eduardo, que venía todos los años y estaba así, cruzado de piernas, cruzado de brazos, no hablaba una palabra, cuando Guillermo le preguntaba la critica que le pareció, el decía muy bien, muy bien, eso era todo y yo le preguntaba: ¿entiende algo por qué viene a la clase?, ¿para qué?, que le hace, a los dos años, Eduardo actuaba, escribía se había dado un cambio, pero fantástico en él, yo no creo que hubiera sido la clase de teatro únicamente, o sea creo que también el tratamiento, pero yo creo que las clases de teatro lo ayudaron muchísimo porque no faltaba nunca y de alguna manera por algún lugar fueron entrando, y bueno, ya te digo fue muy emocionante verlo actuar de repente o sea ver actuar, hasta escribir, crear algo, a una persona que parecía casi autista y eso lo vi con muchas personas, en las clases de teatro. No te puedo hablar de otros talleres, porque hay otros talleres, pero yo no participo, no se como funcionan...

E1: ¿Sabías que Frente de Artistas⁷¹ también tiene talleres de teatro?. Alguna vez te acercaste?

E2: Mira yo conozco al que dirige Frente de Artistas que él era profesor cuando yo estudiaba en la Escuela Nacional de Arte Dramático y a mí no me interesaba mucho lo que hacía él, quizás por eso no me acerque nunca al Frente de Artistas y si me acerque cuando estaba internada a la biblioteca que hay un grupo de teatro leído y a mí personalmente el teatro leído no me gusta, en el teatro se pone el cuerpo y eso es lo que más ayuda, el teatro es todo, el otro día cuando un muchacho hablaba de expresión verbal y expresión corporal, yo no lo veo así, uno expresa con todo, para mí el teatro leído es como partir el teatro al medio, en el teatro hay que poner todo y después no hay otro tipo de teatro acá adentro, creo que no hay más. En verano se lee teatro, siempre se leyó teatro en el verano, no se hace teatro leído se lee teatro. Teatro leído es interpretar leyendo, nada más sentado en una silla, leer teatro es leer teatro para conocerlo, entonces Guillermo da los veranos, leemos obras, para conocerlas y de repente se lee a Shakespeare, se leen clásicos, yo en un tiempo me preguntaba: ¿la gente entenderá?, y después me di cuenta que sí, que sí entienden, de que por algún lado entra...

E1: ¿Y como te das cuenta?

E2: Por reflexiones de la gente, de repente hay gente que en su puta vida leyó Shakespeare y lee acá y de repente sale diciendo: me voy a comprar un libro de Shakespeare porque me gusta, eso por ahí parece un poco increíble. Además yo tuve experiencias bastante notables, por ejemplo, una obra mía la del cementerio, es una obra completa, cuando yo la empecé a escribir empecé en el taller de Mauricio Cartun que es un autor muy conocido, yo abrí escrito tres escenas y Mauricio me dijo: Nilda no se entiende que la mujer es la misma de la que habla, bueno, no entendía algo, yo esa obra la dejé en ese momento, después la seguí acá cuando estaba internada y cuando me externaron la terminé en un hotel donde estaba viviendo. Y después la leí acá. Lo que no entendió el señor Mauricio Cartun, que yo lo aprecio mucho, lo entendieron los locos y esto de locos no es peyorativo. De repente a mí me fue más fácil encontrarme con un público así, que

⁷¹ Frente de Artistas del Borda, es un servicio del Hospital dedicado especialmente a la cuestión del arte. Se dan talleres de teatro, música, mimo, entre otras actividades.

afuera, todo el público que yo tenía era gente de teatro y la gente de teatro esta bastante contaminada, yo también ojo he, es decir ir al teatro y no poder disfrutar una obra, o sea estar buscando problemas técnicos en la obra, en la actuación y no te pasa nada con lo que ves, no dejas que te pegue nada, no dejas que te entre nada. Y yo de repente acá me encontré con un público, me encontré con público...con público que es publico como cualquier otro. Que se yo como estaba la gente que iba a ver las obras al teatro, no se. Esto de la locura es tan particular, aparentemente la gente que esta internada acá esta loca... ¿y en la calle?... de repente yo era una persona absolutamente lucida y hasta la depresión, bueno, seguía siendo lucida y de repente detonó una paranoia que nadie sabia que yo tenía... y me convertí en una loca... ¿por qué detonó en ese momento?, bueno, deben haber sido muchos los factores... pero de repente yo pase de estar absolutamente lúcida a estar loca, me asuste mucho, cuando descubrí mi propia locura, me asuste mucho, pense que no iba a poder, porque yo estaba internada, había estado mucho tiempo internada acá por una depresión que no la creían tan grave, tuve que estar mas tiempo por razones socioeconómicas internada que por la enfermedad, porque yo no tenía una casa, no tenía trabajo, y bueno me bancaron. Pero la paranoia detono acá, esto es insólito, estuve dos meses internada por una depresión y después resulta ser que soy paranoica.

Y los públicos del teatro son así, por ahí otras locuras, otras clases de locura, pero ya te digo una obra que no entendió este señor, la entendieron los locos aquí. Ahora este señor la entiende, dice que la corregí, no le toque una línea, de lo que el había leído, no le toque una línea, ahora la entiende...

E1: ¿A través de tu participación en este taller de teatro te has hecho amigos/as?

E2: Mira yo me hice muchos amigos en una época acá adentro, ahora estoy un poco decaída, pero tengo muchos problemas personales.

Yo estaba internada y conocía a medio Borda y eso que no nos dejan salir, a las mujeres no nos dejaban salir, estabamos encerradas porque es un hospital de hombres, sin embrago cuando a mi me empezaron a dejar salir, para ir al dentista y sino a las clases de teatro yo conocí a medio Borda, y después si hice muchos

amigos pero yo personalmente tengo un problema con la amistad en el momento que quiero, quiero mucho y corto los lazos a mis amigos.

En un momento me quise alejar un poco del Borda, no es que me haga mal venir a clases de teatro, yo no creo que por ahí personas que estén peor que una le hagan mal, para nada, o que te vuelvan más loco, esta loco el que puede no el que quiere, pero me quise alejar un poco del círculo vicioso, siento que no encuentro espacios afuera, me cuesta mucho re-conectarme con el afuera, con mis viejos amigos de teatro y siento que la clase de teatro lo compensa un poco. Yo ayer le decía a Guillermo que cuando veo gente de antes, cuando me reencontro con mis amigos, la figura de él se aleja, pero cuando pierdo esto, cuando se corta esto, él me resulta imprescindible, en definitiva yo creo que todas las actividades, bueno yo te hablo del teatro más que nada porque a mí me gusta, son muy buenas, son terapéuticas, pero que en algún momento si uno puede se tiene que alejar y cuando lo necesitas de nuevo puedes volver, siempre tienes las puertas abiertas.

E1: ¿Vos que planes tenes en relación al teatro?

E2: A mí me mordió un perro y entonces me pagaron una plata y pude dejar por un tiempo mi... yo vendo por la calle, y pude dejar por un tiempo eso, esa actividad que ya la rechazo y volver a reencontrarme con mis amigos y volver un poco al teatro, intentar cosas, pero me tire de cabeza y sentí que fracasé en todo, es decir como yo no cobré 50.000 dólares, yo cobré muy poca plata, trataba de hacer cosas y al primer traspie cambiaba de objetivo, entonces fue como que empecé un montón de cosas y no hice ninguna, se me acabó la plata, en realidad no fueron fracasos ni, me di tiempo, esto lo trabajé muy mal, yo debería haberme puesto un objetivo, uno solo y seguirlo, pero no lo hice bien, la próxima vez que me muerda un perro voy a intentarlo (risas).

Ahora con respecto a mis obras voy a tratar de, si consigo relajarme un poco con el tema económico, bueno tratar de dárselas a algunos directores o de buscar por el lado de PRO-TEATRO que es una entidad que selecciona proyectos y te da una guita para que lo puedas exponer, afuera la única posibilidad que veo en este momento es esta, pero últimamente me estoy acercando a mucha gente, el tema

económico coarta mucho, yo ayer le decía a Guillermo en el mundo en que yo vivo la gente no tiene ni para comprar el diario, Guillermo me decía: yo vivo en el mismo mundo, y yo le decía: no. Una cosa es verlo, saberlo, otra cosa es vivirlo, creo que eso tendría que escribir yo ahora que lo conozco, creo que esa puede llegar a ser mi próxima obra.

ANEXO 4:

GRANDES ARTISTAS TOMADOS POR LA LOCURA



Artistas ¿o dementes?⁷²



Pintores que se hicieron los locos y locos que se hicieron pintores

Desde la antigüedad se ha repetido que los artistas son propensos a la demencia. Pero el aprecio del arte de los auténticos perturbados no empezó hasta los años veinte de nuestro siglo, sobre todo a partir de la publicación de un libro del psiquiatra alemán Hans Prinzhorn. Muchos artistas "sanos" se acercaron entonces a las producciones de los dementes y representaron la locura. La defensa del irracionalismo de los surrealistas aumentó la consideración de este género de arte, que no ha dejado de crecer. Esta exposición que recogemos en estas páginas está dedicada al arte de los alienados. Con el nombre de Arte y Locura, se reúnen en el Kunstforum de Viena, hasta diciembre, 350 obras de grandes maestros en torno a tres grandes ejes: la representación de la locura, el arte de los dementes y la recepción de ese arte en la creación de nuestro siglo. Estos son algunos ejemplos descriptivos de artistas que se recrearon en el mundo de la locura y de otros que enloquecieron y crearon.



ANTONIN ARTAUD
La cabeza azul, 1946

⁷² Artículo de Horacio Fernández publicado en La Revista (El Mundo). 28/09/1997.

Además de actor, poeta, creador del teatro de la crueldad y artista, Antonin Artaud fue un enfermo crónico que conoció su primer manicomio a los 19 años. Entre medias formó parte de los surrealistas y dedicó un año a los alucinógenos en México. Al igual que en sus escritos, Artaud intentaba en sus dibujos acceder a mundos que el lenguaje no pudiera interpretar y conseguir estados semejantes a los que se procuraba con la droga. Creía en el poder mágico de sus dibujos, como esta contorsionada Cabeza azul, realizada en 1946 en el manicomio en el que moriría dos años más tarde.



THEODORE GERICAULT
Maníaca ludópata, 1822.

Théodore Géricault fue un romántico francés que se hizo famoso al pintar un cuadro descomunal y truculento sobre un naufragio, la célebre Balsa de la Medusa. Para preparar este cuadro pintó minuciosos retratos de enfermos y cadáveres, a veces troceados, que demuestran un gusto morboso que también aparece en sus penetrantes retratos de locos, como esta Maníaca ludópata (1822) y se conserva en el Louvre. Se dedicó también a asuntos alegres, en particular carreras de caballos, tema en el que fue especialista. No acabó loco ni tampoco naufragó. Murió al caerse de un caballo.



AUGUST NATTERER
Cabeza de bruja, 1919.

Fue un ingeniero y hombre de negocios al que le iban las cosas como es debido hasta que a los 39 años tuvo una visión portentosa: el cielo se le abrió y ante sus ojos apareció el Juicio Final, acompañado de guerras y todas las bellezas del mundo. La alucinación iba a una velocidad tan endiablada (diez mil caían a la media hora) que al salir del delirio cogió una depresión que le llevó a intentar suicidarse y después al manicomio. En el asilo se dedicó a redimir al mundo y dibujar sus visiones en un estilo minucioso que fascinó a artistas como Max Ernst o Dalí, quien también usó la técnica de la imagen doble con la que Natterer compuso su Cabeza de bruja, un dibujo que muestra el verdadero y peligroso rostro de la naturaleza y de la ciudad.



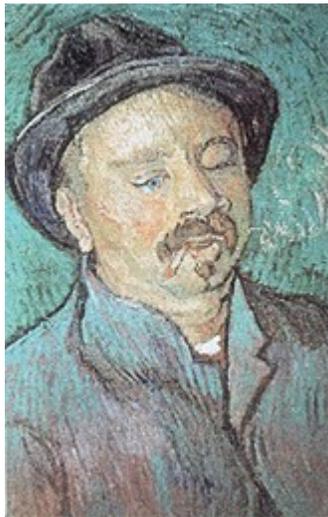
SALVADOR DALÍ
Gran paranoico, 1936.

Salvador Dalí fue un experto simulador de la locura. Creía que la podía provocar a voluntad y también que podía salir de ella sin esfuerzo. Es probable que haya algo esquizofrénico en su método pictórico, tan irracional y descontrolado en los contenidos como todo lo contrario en la forma. Su Gran paranoico, una obra de 1936 que se conserva en el Museo Boymans (Rotterdam), muestra su capacidad para ordenar el caos representándolo, al convertir una masa de seres agitados hasta la histeria en un rostro melancólico.



ALFRED KUBIN
Van Gogh, 1910.

Alfred Kubin fue un artista austríaco que se dio a conocer a principios de siglo por sus dibujos grotescos, macabros y hasta terroríficos. Escribió e ilustró una novela kafkiana. La otra parte, sobre una utopía de artistas que acaba convertida en una hecatombe. El dibujo se titula "El demente Van Gogh", y nos muestra al artista sometido a la angustia del cuadro en blanco, incapaz de separarse de él y mirando de reojo al exterior, como si no fuera capaz de componer solo su trabajo, algo que Kubin hacía con facilidad, demostrando que "el sueño de la razón produce monstruos", como decía Goya, la ausencia más llamativa de la muestra.



VINCENT VAN GOGH
Compañero de manicomio, 1888.

Su pintura es inseparable de una fama póstuma que le ha convertido en uno de los artistas más legendarios y populares, el antihéroe que sólo vendió un cuadro, retrató sus botas, se cortó una oreja y se suicidó un día de tormenta veraniega: El loco del pelo rojo que interpretó Kirk Douglas en una película de Minnelli. En este cuadro, pintado el último año de su vida, Van Gogh representó a un compañero de manicomio, un loco pacífico y tuerto.

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- Baraldi, C. (1998). "Aprender: La aventura de soportar el equivoco".
- Bernárdez, V; Ciurlanti; A. (S/F). "El lugar del psicoanalista en una guardia medica. ¿psicoanálisis de urgencia?".
- Bekerman, J. (1990). "Psicoanálisis en el Hospital". Publicación semestral de residentes de medicina.
- Galende, E. (1990). "Formación de analistas y extensión del psicoanálisis". Diarios Clínicos. 4 la infancia institucional.
- Fischman, M. (1982) "Notas sobre psiquiatría y psicoanálisis".
- luorno, Rodolfo. (1989) "Desencadenante y estabilización en la psicosis". CATÁLOGOS.
- Názara, C; Weigandt, P. (1994). "Psicoanálisis y Psicopedagogía. Una articulación posible".
- Laurent, Eric. (S/F) "El sujeto psicótico escribe..."
- Silvestre, Michel.(1995). "Un psicótico en análisis. Psicosis y Psicoanálisis". Manantial.

- Oliveira, Silvia. (S/F). "Testigo en la psicosis. Psicosis e Institución". Psicoanálisis y el Hospital N° 9.
- Kreszes, David (1993). "La maldición psicótica". Conjetural, Revista Psicoanalítica. Ediciones Sitio.
- Hospital de Niños "Sup. Sor María Ludovica" – La Plata. (1989). "3" Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Prov. De Buenos Aires. La Plata.
- San Martín, V. (H.I.G.A. Gral San Martín); Volpatti, J. (H.I.G.A. Rossi). (S/F). Psicoanálisis y Hospital: (Por una Diferencia). Publicación semestral de residentes de medicina.
- Diarios Clínicos. 2 En los bordes de las psicosis. "Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica". Entrevista a Emiliano Galende (1990). Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Reportaje realizado por Alberto Amil. Lic. Salbitano, N; Lic. Prieto, L; Marenda, G. Hospital Municipal de Chivilcoy. (S/F). "IV" Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Prov. De Buenos Aires.
- "Problemas clínicos para el psicoanálisis" (1981). Conferencia dictada en el marco de la sección clínica del departamento de psicoanálisis de la Universidad de París VIII.
- Escars, C; y Otros. (2001). Clínica de la Transmisión. Escrituras y lecturas en psicoanálisis. Colección Territorios. Librería Paidos. Ediciones Imago Mundi, Carlos Escars. Argentina.
- Scanio, E. "Arterapia". *Por una clínica en zona de arte.* (2004). Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires – México.

7.2- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA PRODUCCIÓN:

- Baraldi, Clemencia. (1998) Aprender: La aventura de soportar el equivoco.
- Bekerman, Jorge. (S/F). PSICOANALISIS EN EL HOSPITAL.
- Entrevista realizada al Dr. Anibal Goldchuck. (2005) Jefe del servicio de consultorios externos. Hospital Borda.
- Entrevista al Dr. Miguel Calvano. (2005) Jefe del Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Infanto Juvenil Dr. Tobar García.
- Entrevista a Diego Luparello. (2005) Lic. en Psicología. Servicio de Asistencia Primaria 2. Hospital Borda.
- Entrevista al Dr. Sergio Rodríguez. (S/F) Amplia experiencia en diversos hospitales psiquiátricos.
- Entrevista al Dr. Guillermo Onig. (S/F) Integrante del servicio de Arte Terapia y jefe del servicio 25 de crónicos. Hospital Borda.
- Entrevista a Lionel. (2005) Lic. en Psicología. Servicio de Asistencia Primaria 2.
- Entrevista a Nilda. (2005) Actriz, paciente del Hospital Borda.
- Fernández, E. (2001) Diagnosticar las psicosis. Letraviva. Buenos Aires, Argentina.

- Foucault. M. (1961) Enfermedad Mental y Personalidad. Capitulo V el sentido histórico de la alienación mental”. Biblioteca del hombre contemporáneo. EDITORIAL PAIDOS. Buenos Aires.1ª Edición.
- Goffman, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores. Buenos Aires. Primera edición en castellano, 1970; primera reimpresión, 1972; segunda reimpresión, 1984; tercera reimpresión, 1988.
- luorno, R. (2004) En el Hospital... . CATÁLOGOS. Buenos Aires, Argentina.
- Rabinovich, N. (1993) Producción Simbólica, Amalgama Imaginaria y Nombre Propio”. Lacan... efectos en la clínica de las psicosis. Compilador Sergio Rodríguez. LUGAR EDITORIAL. Buenos Aires, Argentina.
- Psicoanálisis y Medicina. (S/F) “VI” Jornada de Residentes de Psicología y Psiquiatría. Edita De la Campana – 7 N1 1288 – La Plata.
- Psicoanálisis y Hospital: (Por una Diferencia). (S/F) “VI” Jornada de Residentes de Psicología y Psiquiatría. Edita De la Campana – 7 N1 1288 – La Plata.
- Jacques-Alain Miller. (S/F) Reflexiones sobre La Envoltura Formal Del Síntoma.
- Jacques-Alain Miller. (S/F) La Psicosis En El Texto De Lacan.
- Laurent Eric. (S/F) El Sujeto Psicótico Escribe...
- Daniel Zimmerman. Arte y psicoanálisis. En los umbrales de lo imposible. Artículo de Internet.
- Kinigsberg, Yanina. Clarín, 1 de septiembre de 2000.
- Freire, Paulo. (2003) El Grito manso. Siglo veintiuno editores Argentina.
- Freire, Paulo. (1973). La educación como práctica de la libertad. XXI siglo veintiuno editores sa. Argentina.
- Ranciere. Jacques. (2005) El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual. EDITORIAL LAERTES. Barcelona.
- El Proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere. Seminario con Paulo Freire y Ana P. De Quiroga. EDIDIONES CINCO. San Pablo, Brasil, 20, 21 y 22 de Septiembre de 1985.
- “Historia del Arte. Volumen 1. Las primeras civilizaciones”. (1997) PLANETA DeAGOSTINI.

- Freud, S. El Porvenir de una ilusión. Capítulo II. Obras completas.
- Zabalza, S. (2005) La Hospitalidad del Síntoma. Arte y clínica en un Hospital de Día. Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.
- Zito Lema, Vicente. (1998) Conversaciones con Enrique Pichon-Riviere sobre el arte y la locura. EDICIONES CINCO. Buenos Aires, Argentina.