

Historia

Dispositivos alternativos al manicomio: estructura de un hospital de día (provincia de Buenos Aires, 1985-1994)

JESUÁN AGRAZAR, JULIETA DE BATTISTA

JESUÁN AGRAZAR
Licenciado en Psicología.
Comisión de Investigaciones
Científicas, Laboratorio de
Investigaciones en
Psicopatología y Psicoanálisis,
Universidad Nacional de
La Plata (UNLP).
La Plata, R. Argentina.

JULIETA DE BATTISTA
Doctora en Psicología. Comisión
de Investigaciones Científicas,
Laboratorio de Investigaciones
en Psicopatología y
Psicoanálisis,
Universidad Nacional de
La Plata (UNLP).
La Plata, R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 05/11/2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/11/2020

CORRESPONDENCIA
Lic. Jesuán Agrazar.
Calle 2 n° 1151, PB1.
CP: 1900. La Plata,
provincia de Buenos Aires,
R. Argentina;
jagrazar@psico.unlp.edu.ar

El presente artículo aborda la estructura del dispositivo que conformó el Hospital de Día del Hospital Zonal General de Agudos «General Manuel Belgrano», entre 1985 y 1994. Para ello, tomamos el concepto de dispositivo de Foucault que nos permite abordar los distintos componentes que constituyen esa red, entre los que se destacan diversos discursos y principios de funcionamiento. Por su parte, los aportes de Agamben, nos habilitan a pensar las nociones de cuerpo y sujeto en este hospital. La construcción de datos para la composición de este dispositivo parte de la recuperación de fuentes escritas de la época y entrevistas realizadas a informantes claves que participaron en la experiencia, en las mismas se advierte un abordaje psicoanalítico para el tratamiento de las psicosis a partir del reconocimiento de las particularidades que esta estructura psíquica presenta.

Palabras claves: Hospital Zonal General de Agudos «General Manuel Belgrano» – Psicosis – Psicoanálisis – Dispositivo.

Alternative Devices to the Madhouse: Structure of a Day Hospital (Province of Buenos Aires, 1985-1994)

This article addresses the structure of the device that defined the Day Hospital of the Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano", between 1985 and 1994. For this, Foucault's perspective on the concept of device allows us to address the different components that constitute this network, among which various discourses and operating principles stand out. For his part, Agamben's contributions, make it possible to think about the notions of body and subject in this hospital. The construction of data for the composition of this device starts from the recovery of written sources of the time and interviews with key informants who participated in the experience, from which it is observed a psychoanalytic approach for the treatment of psychoses from the recognition of the particularities that the psychic structure presents.

Keywords: Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano" – Psychosis – Psychoanalysis – Device.

Hay una estructura específica que se llama «psicosis», y que requiere primero reconocerla. ¿Para qué? [...] Cuando uno advierte lo real imposible, entonces surge lo que sí es posible.¹

Introducción

En un trabajo anterior [2] se abordó una serie de condiciones que posibilitaron la creación del Hospital de Día del Hospital Zonal General de Agudos «General Manuel Belgrano», dedicado al tratamiento de pacientes con diagnóstico de psicosis. En el presente artículo, el objetivo es recuperar la estructuración de este dispositivo alternativo al modelo asilar, el cual circunscribió un conjunto de prácticas y saberes para la atención clínica de esta población.

Ahora bien, el recorte del material que constituye el presente trabajo se realizó según el concepto de *dispositivo*, sobre el que Michel Foucault [9] sostiene que es:

Un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos [9, p. 229].

Esa red, para el autor, se encuentra ligada a los límites del saber, lo que constituye, al mismo tiempo, su origen y su condicionamiento. Y aquí hemos de reconocer que históricamente, las psicosis se presentaron en los límites del saber, son una problemática situada en variadas esferas sociales y comprometiendo distintas disciplinas.

Por su parte, Agamben [1] señala que un dispositivo implica un proceso de subjetivación (*i.e.*, produce un sujeto). El autor sostiene que aquello que llama *sujeto* es el resultado del encuentro cuerpo a cuerpo entre los individuos y los dispositivos. Si bien el autor no aclara qué entiende por cuerpo, Foucault sostiene que un cuerpo es el resultante de la acción política, que prefigura las modalidades del discurso por las que ese cuerpo se

ficcionaliza [23]. Sin lugar a duda se trata aquí de términos que para el psicoanálisis son resueltamente dificultosos en el campo de las psicosis, puesto que no va de suyo decir en esta clínica «cuerpo» y «sujeto». Si bien no podremos profundizar aquí en los planteos de Agamben y Foucault, nos interesa rescatar el concepto de dispositivo por lo provocador que resulta su definición en la clínica psicoanalítica de las psicosis.

No obstante, esta noción nos será útil para el objetivo de este trabajo: señalar algunos elementos con los que los miembros de esta experiencia tejieron la red de su dispositivo y describir someramente aquellos aspectos vinculados a los discursos, algunos enunciados científicos y los principios que dieron lugar a la tecnología del hospital de día; asimismo, proponemos algunas interpretaciones en torno al problema del cuerpo y del sujeto presentes en este hospital.

En lo que respecta al método de trabajo, dado que se trata de un periodo histórico inmediatamente posterior a un golpe de Estado que dejó profundas marcas en la historia del país, buena parte de la recuperación y reconstrucción de este entramado se fundamenta en entrevistas a actores que fueron parte del Hospital de Día. El hecho de tratarse de una historia reciente implica un conjunto de limitaciones y abre un horizonte de posibilidades para su recuperación. Asimismo, contamos ya con una fragmentaria producción escrita que ha tenido lugar fundamentalmente a partir de los años '90, y que amerita también su sistematización.

Fundamentos teóricos de la composición del hospital de día

La conformación del dispositivo de este hospital de día se fundamenta en gran medida en la recepción, para el abordaje de la psicosis, de los aportes del psicoanálisis lacaniano y la recuperación de algunos desarrollos del psicoanálisis local. Isidoro Vegh [31], uno de los fundadores y quien aportó la dirección teórica en esta experiencia, sostiene que reconocer la existencia de las psicosis como una estructura diferente de las otras alteraciones (neurosis, perversión) reclama consecuencias teóricas, prácticas y éticas que le son propias a la estructura.

¹ Comunicación personal con Isidoro Vegh, 2019.

En este sentido es necesario situar ciertas dificultades que, desde el psicoanálisis, es posible encontrar en esta clínica. Laura Rosa D'Agostino [7], fundadora y coordinadora del hospital de día, señala que el sujeto de posición psicótica puede padecer tanto por exceso como por omisión del Otro. Vegh sostiene al respecto:

La retórica de la psicosis nos encuentra con un Otro inapelable y un sujeto inamovible que se dirige a otro que se sitúa en el lugar de lo indiferente, o bien, como en el delirio de persecución, cargado de una significación exagerada [35, p. 60].

El autor sostiene que, si bien el Otro no existe en tanto conjunto completo, su inexistencia no lo hace inoperante. Entre las consecuencias que esto implica, encontramos que el sujeto psicótico podría quedar en posición de objeto frente a un Otro que se le torna completo [6]; a diferencia de una posición de sujeto, es decir, como aquel que responde a la palabra del Otro [33]. En esta posición de objeto se trata más de alguien hablado que de un sujeto hablante. Es por esto que en el equipo del Hospital de Día se hablaba de «intervenciones subjetivantes»² en la medida en que el dispositivo apuntaba a propiciar la toma de la palabra del paciente, al intentar horadar al Otro en su consistencia para así ofrecerle un lugar al sujeto [6].

Uno de los modos en que el dispositivo proponía descompletar al Otro fue por medio de la *demultiplicación transferencial*, entendida como aquella intervención que impide la equivalencia entre el analista (u otra persona o entidad) y el Otro, en tanto completo, que por estructura tiende a darse en las psicosis de una manera arrasadora [30].

Que el equipo pudiera ofrecerles a estos pacientes un lugar en el deseo era una manera de impedir esa equivalencia con un Otro completo. En psicoanálisis, el deseo implica la falta; lo que plantea sus dificultades en la clínica de las psicosis, no sólo en relación a la falta del Otro, como vimos, sino también, en consecuencia, al estatuto del propio deseo. «El psicótico —al menos en sus formas desplegadas— nos cuenta del desencuentro extremo

que mantiene con su deseo», dice Vegh [31, p. 5]. Frente a esta situación, podríamos decir que el dispositivo intervino en una doble vía: por un lado, mediante una serie de intervenciones ligadas al *descompletamiento* del Otro, guiados por la tesis de Lacan que sostiene que el deseo del Otro es fundamental para la emergencia de un sujeto deseante; por otro lado, a través de la disposición de un equipo atento a la emergencia de cualquier «brizna de deseo» [6]. Era necesario que alguien pudiese leer eso y ponerlo a la cuenta del sujeto.³ Sobre esta línea, el dispositivo en su conjunto, en sus diversos espacios y distintas ofertas, intentó recuperar algo de la dimensión del deseo, aquello que hace a alguien humano y lo enlaza a la vida... y a otros, también.

El lazo social constituyó entonces otra de las preocupaciones para el equipo del hospital. Los pacientes psicóticos, a veces excluidos de los cánones sociales comúnmente aceptados, pueden quedar por fuera del lazo con otros [31]. En este sentido, un delirio místico o de grandeza, por ejemplo, puede estabilizar a un paciente, pero al mismo tiempo dejarlo fuera del lazo social. Por todo esto, otro de los objetivos del dispositivo fue restablecer o fortalecer la trama social del paciente para que éste pudiera sostenerse fuera del hospital de día. A nuestro entender, el evitar la cronificación del paciente y su dependencia del dispositivo fue una forma de que el hospital no deviniera en el viejo modelo asilar para el tratamiento de las psicosis. A diferencia del hospital psiquiátrico como institución total [12], el hospital de día planteó en su incompletud. Seguramente de este modo, dejaría de ser el sostén de alguien, aunque pudiera ofrecerle apoyo.

La configuración del Hospital de Día se ha pensado entonces a partir de las particularidades de la estructura psicótica: en relación al Otro, al sujeto de deseo, al lazo social y a los modos de intervención. En este sentido Vegh considera que «este programa es una propuesta de intervención» [31, p. 9]. Por ello, en lo siguiente, nos dedicaremos a desdeñar la estructura y función de los espacios ofrecidos a los pacientes en el dispositivo, en donde podrán leerse las modalidades de intervención.

² Comunicación personal con Viviana San Martín, 2019.

³ *Ibidem*.

Principios de funcionamiento del dispositivo

El Hospital de Día estuvo constituido por un conjunto de sub-dispositivos que incluyó de distintas maneras a pacientes, familiares, profesionales de la institución y a la comunidad, tanto analítica como barrial. Entre las piezas que conformaron este dispositivo general se encontraban: talleres de dinámica grupal, una muestra anual de los mismos, espacios de atención clínica individualizada y familiar, presentaciones de pacientes, reuniones de equipo, supervisiones y jornadas teóricas.

La propuesta de *descompletamiento* del Otro y *demultiplicación* transferencial, que enunciábamos en el párrafo anterior, puede leerse en el funcionamiento de cada uno de estos espacios. Por ejemplo, las supervisiones se realizaban con Vegh quincenalmente y participaban allí todos los miembros del equipo del Hospital de Día, puesto que se proponían no jerarquizar las voces en función del saber. Esto pretendía impedir que alguien al interior del equipo pudiera encarnar el poder frente a algún paciente, en todo caso lo que se ponía en marcha era el esfuerzo por parte de los miembros del dispositivo por abstenerse del ejercicio de tal modalidad de poder.

Asimismo, las jornadas teóricas también podían reconocerse en esta línea de trabajo, ya que se ponía sobre el tapete el deseo de los trabajadores del Hospital de Día, en un movimiento que iba más allá de los pacientes. En todo caso, podía ser iatrogénico que los trabajadores tuvieran el deseo puesto sólo en la recuperación de los pacientes, porque éstos podrían quedar en un lugar de objeto.⁴ Es decir que el dispositivo buscaba diferentes modos de poner en juego el deseo de sus miembros.

En los talleres esta cuestión determinó incluso la selección de los talleristas que coordinaron los mismos. Se consideraba importante que pudieran transmitir algo del propio deseo en la actividad que coordinaban, e incluso que hubieran logrado hacer de esa actividad un medio de sustento personal. Esto era una condición para desempeñarse en la institución [6]. Al mismo tiempo, se planteó otra cuestión: quien estuviese a cargo de enseñar la técnica en un taller debía realmente dominarla. Se

esperaba que el tallerista pudiera transmitir un saber-hacer acorde a los estándares propios de la disciplina, además de su propio deseo en relación a ella. Dice Vegh:

Si se trataba de que íbamos a hacer un espacio de grabado, por ejemplo, tenía que ser un grabador, a quien el arte de grabar le significara algo; si iba a hacer alguien un taller de música, tenía que ser un músico, que transmitiese su deseo en relación a la música, no uno que hace musicoterapia.⁵

Por otra parte, la *demultiplicación* se ponía en juego en la misma estructura del taller. Junto al tallerista, se encontraba un «analista acompañante de taller», cuya función específica no era trabajar sobre la historia o los dichos del paciente, sino intervenir —cuando fuera necesario— para relanzar la tarea [6, 24]. El tallerista y el analista acompañante trabajaban juntos para que la tarea prosiguiese; mientras que, por su parte, el analista acompañante se sumaba a la actividad del taller como todos los participantes, siguiendo la propuesta de trabajo del tallerista y pres-tándose al desarrollo de la tarea [18]. De este modo, el tallerista tenía un saber a transmitir, pero no era completo: las cuestiones orientadas a la clínica las aportaba el analista acompañante. Del mismo modo ocurría con el analista que, al reconocer el saber del tallerista en la tarea, se disponía al aprendizaje de algo que él mismo desconocía [7].

Un elemento más colaboraba en el descentramiento de figuras que pudieran encarnar el lugar de Otro completo en el taller: la tarea. Ésta constituía el centro de cada taller y su desarrollo debía ser respetado para permanecer en el espacio [18]. Con esto queremos señalar que el taller no perseguía un objetivo terapéutico en sí mismo; si eso ocurría, se producía por añadidura. El objetivo era la tarea misma del taller, organizada por su propia disciplina [7]. Se trata de un modelo de trabajo que recuerda a los «grupos operativos», un dispositivo que Enrique Pichon-Rivière inició alrededor de 1945 en el Hospicio de las Mercedes y que seguiría reformulando a lo largo de los años [22].

Este modo de organización en función de la tarea permitía la introducción de un orden en

⁴ San Martín V. Comunicación personal. 2019.

⁵ Vegh I. Comunicación personal. 2019.

el espacio y en el tiempo que no podía ser adjudicado a ninguna persona en particular dentro del taller. Si bien la tarea era propuesta por el tallerista, ésta no se encontraba organizada por la arbitrariedad del mismo, dado que la técnica a transmitir tenía leyes propias [6]. «La técnica funciona aquí como un lugar tercero que posibilita el trabajo con pacientes psicóticos», sostiene Romano [24, p.100]. El saber que ordena una disciplina y que posibilita ciertas regularidades en torno a la tarea a realizar, se trata —para los miembros del equipo— de un orden simbólico en el cual tanto el tallerista como los asistentes quedan inscriptos: aparece un límite en la actividad, puesto que no se puede llevar a cabo una técnica de cualquier modo, sino que para obtener buenos resultados y que tenga valor social debe respetarse una serie de pasos.

El valor social de los productos obtenidos respondía al objetivo del dispositivo de restablecimiento o sostén del lazo social. Se buscaba que la producción realizada en el taller por los pacientes respetara los cánones socialmente aceptables, que fuera valorada por el medio social y que pudiera circular allí.

En síntesis, podemos enumerar algunos principios regidos por este dispositivo: el *descompletamiento* del Otro, la *demultiplicación* transferencial, la pesquisa de una «brizna de deseo», la recuperación de la palabra del paciente y el restablecimiento o sostén del lazo social. Veamos qué formas concretas cobró eso en algunos talleres y en algunos espacios psi del Hospital de Día.

Estructura de talleres

Desde la creación del Hospital de Día, éste dispuso de una oferta variada de talleres a elección de cada paciente. Esta modalidad de funcionamiento lo diferenciaba de otros hospitales de día, en los que los talleres no eran optativos. Como veíamos anteriormente, la posibilidad de que los pacientes decidieran en qué taller participar se fundamentaba en el objetivo de recuperar algo de la dimensión del deseo y la subjetividad de cada uno. No obstante, en la mayoría de los casos, la elección podía no darse desde el inicio, debido al estado de desgano en que los pacientes arribaban al dispositivo, propio

de la estructura psicótica. Por este motivo, con frecuencia la elección era algo a construir. En este sentido el equipo hablaba de «demanda invertida», en contraposición a lo que ocurre habitualmente en la clínica de la neurosis. El modo de operación general con que solían intervenir era ofreciendo al paciente transitar por todos los talleres hasta que apareciera algún interés más singular.⁶

Entre los talleres desarrollados los había de teatro, de escritura, de artesanía, de arreglo de electrodomésticos, de música, de expresión corporal, de danza y de cine. No todos se llevaron a cabo al mismo tiempo, algunos fueron variando a lo largo de la historia del hospital; mientras que otros se mantuvieron desde el inicio, como el taller de artesanía. A continuación analizaremos las respectivas estructuras de cuatro de estos talleres.

Taller de artesanía

El coordinador de este taller fue Carlos Alberto Benevet, un conocido artesano de Plaza Francia, uno de los fundadores de la primera feria de artesanía urbana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 1970; con anterioridad las ferias se configuraban de otra manera en el territorio, orientadas a la reventa de artículos usados y productos extranjeros (tailandeses, chinos, etc.). Asimismo, fue uno de los propulsores de esta actividad al retorno de la democracia, en 1983. Al momento de comenzar a trabajar como tallerista en el hospital de día, en 1985, Benevet vivía del arte que producía y vendía en la feria y del dictado de clases.⁷

Entre las actividades del taller que coordinó, se incluían técnicas de cerámica, pintura, dibujo y muralismo; cada técnica era contextualizada ya que para Benevet era importante que los pacientes supieran que tenía una historia, que antes que ellos ya la habían empleado otros y que formaba parte de la cultura.⁸ En ese saber cultural, las técnicas incluían una serie de pasos a seguir que fueron perfeccionándose colaborativamente y que al respetarlas se podía conseguir los resultados esperados. Si bien el éxito de la

⁶ San Martín V. Comunicación personal. 2020.

⁷ Comunicación personal con Carlos Benevet, 2019.

⁸ *Ibidem*.

producción no estaba garantizado, sí se establecían regularidades en el proceso de elaboración y se posibilitaba cierta estima social hacia lo producido. De manera que el valor del objeto no dependía del hecho de que lo haya producido una persona de subjetividad psicótica, sino de circunstancias culturales ya que, reiteramos, se pretendía que el producto pudiese circular por el medio social [4]. En tal sentido, los miembros del equipo le indicaban al paciente, con respeto, siempre teniendo en cuenta las posibilidades del mismo, si un producto carecía de valor social.

Este taller tenía la particularidad de que sus productos al tener un posible valor comercial, se ponían a la venta en la muestra anual, a los precios de mercado de tales productos. Que cada objeto valiera por su nobleza y dignidad, y no por ser producto de un paciente era, al mismo tiempo, una forma de no *objetualizar* a esta persona. La disposición de la muestra apuntaba a ello: en la mesa estaban los objetos y quienes lo producían al otro lado de la misma [4]. Se esperaba entonces que el objeto tuviera un efecto de *subjetivación* en los pacientes; disponer de lugares diferenciados entre sujetos y objetos era un modo de intentarlo. Asimismo, otra posibilidad de subjetivación se daba cuando algún paciente del taller lograba amasar o construir un objeto del que pudieran separarse [7].

El concepto de «separación», junto con el de «alienación», forma parte de una lógica que Lacan introduce en psicoanálisis para dar cuenta de la constitución del sujeto [14]. Diremos que se nace alienado al Otro —en principio— parental. Esto es necesario, como dice Freud [10], ante el desamparo de la cría humana al nacer. Pero también es necesaria la separación para adquirir una identidad personal como base de la condición individual. Esta última operación encuentra obstáculos en las psicosis, por lo que es dable concebir a una persona de estructura psicótica alienada al sentido del Otro. Esta lógica, de alienación y separación, era también trabajada en el espacio de entrevistas individuales y a familiares, al que haremos referencia más adelante.

Pero retomemos el taller como dispositivo para producir efectos de subjetivación. Para Benevet, otra manera de lograrlo era —ade-

más de llamar a cada participante del taller por su nombre— darle la posibilidad de elegir qué hacer. Ante la pregunta de los pacientes respecto de la actividad a realizar, él solía responder: «bueno, ¿ustedes qué dicen? La verdad es que tengo un montón de planes y estoy recontra confundido, ¿qué hacemos?»⁹ Con esto se intentaba recuperar la palabra y el deseo de los pacientes, al tiempo que el tallerista se sinceraba desde una posición de falta: «estoy recontra confundido». No obstante, a veces si los pacientes estaban muy desorganizados o movlizados por sus manifestaciones clínicas, entonces Benevet proponía una tarea más reglada: «hoy vamos a hacer grabado, y el grabado es cuadrado. Es una técnica que hay que aprender paso por paso y respetar el proceso para que salga».¹⁰ De todos modos, procuraba trazar siempre un marco planificado que no enfrentara a los pacientes con lo que el equipo llamaba *lo oceánico*, lo interminable, lo inabarcable, un sin límites, como por ejemplo podía ocurrir ante el encuentro con la hoja vacía, que para personas neuróticas puede ser motivador, pero para pacientes psicóticos puede significar parálisis o angustia.¹¹

Tomando estos recaudos, Benevet de varias maneras ponía en juego cierta lógica de la incompletud. En primer lugar él estaba para transmitir el saber sobre una técnica, pero no disponía de todo el saber; de allí que no tuviera reparos en decir «no sé» o en invitar a alguien para que enseñara al respecto. Asimismo, disponía las mesas de trabajo en círculo, dejando en el centro un lugar vacío. «Ahí no hay nadie, el centro no es de nadie»,¹² decía. Benevet buscaba connotar —y/o denotar— la falta en la incompletud del saber del tallerista, en la disposición del espacio y también en las eventualidades o contingencias que surgían y que nadie podía controlar, tales como las cosas que se rompían, las piezas que explotaban en el horno, etc.

Si bien la apertura de estos resquicios buscaba en parte dar lugar a la palabra de los pacientes, sin embargo el taller se organiza-

⁹ Benevet C. Comunicación personal. 2019.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

ba alrededor de la tarea y según una lógica grupal, no individual. Por tal motivo, si surgían cuestiones relativas a la problemática individual de un paciente, Benevet las remitía al trabajo en las entrevistas individuales, situando no sólo la dinámica grupal propia del taller, sino también su posición en falta, sus límites, al no poder abarcar el trabajo que otros realizaban.¹³

Taller de expresión corporal

Este taller comenzó en 1989 de la mano de Noemí Romano. Los encuentros eran semanales, como todos los talleres, y de una duración aproximada de una hora y media [24]. La propuesta era trabajar con el cuerpo, lo cual conlleva un desafío, puesto que la constitución de la imagen corporal es una problemática clínica en el campo de las psicosis [30]. Dice Romano:

Pensamos al cuerpo como algo que se construye en los primeros tiempos de la constitución del sujeto, un recorte que hace el Otro, desde la mirada, la voz, el contacto, el deseo, que queda en la mayoría de los seres humanos como soporte imaginario de los distintos avatares de la vida. Una imagen que se va modificando, crece, se torna más o menos extraño en los momentos de mayores cambios, pero sigue siendo una. Un cuerpo, el de cada uno. [24, p. 104-105]

Una de las propuestas de este taller era entonces que pueda ponerse en juego algo de esa «cubierta imaginaria», «que haga de barrera a lo real, al goce del Otro» [24, p. 105]. Para este objetivo, el taller se organizaba habitualmente de la siguiente manera: en un primer momento se realizaba una preparación a la tarea propuesta para ese encuentro, con ejercicios gimnásticos de calentamiento y estiramiento; generalmente aquí alguien proponía un ejercicio y todos lo imitaban. En un segundo momento se realizaba la tarea propiamente dicha, en función de lo que se estaba trabajando. Los trabajos giraban en torno a una serie de ejes: el propio cuerpo, la imagen corporal y la organización del espacio/tiempo. En relación al primer eje se realizaban ejercicios que contemplaban la postura, el equilibrio, los apoyos del cuerpo, la tensión y la relajación muscular, el estable-

cimiento de límites respecto de las posibilidades de movimientos de cada uno, etc. Para la imagen corporal se hacían juegos a partir de la mirada de los compañeros, juegos con objetos que delimitaran el cuerpo, dibujos del propio cuerpo, etc. Y respecto a la organización del espacio/tiempo, se incluían coreografías de bailes populares y técnicas de movimiento, como las del rock, el flamenco, entre otros géneros musicales. Se hacía intervenir aquí también a las reglas culturalmente establecidas, como un orden simbólico sobre la imagen corporal y la vinculación con otros. Sostiene Romano:

Los trabajos rítmicos o espaciales, coreografías y juegos reglados, donde se da un trabajo de organización del tiempo o del espacio virtual, nos permiten intervenir, con menores posibilidades de atribuirle un sentido cristalizado, estructuras organizadas, con reglas propias donde no se toca directamente el agujero del paciente, ni se apela al Nombre del Padre [24, p. 105].

A continuación, seguía un momento de relación y finalmente un cierre donde se compartían comentarios sobre el trabajo realizado. En este momento, Romano tomaba nota de los dichos de los pacientes, en una tarea que podemos pensar desde una posición similar a la de «secretario del alienado», en donde interviene además un ejercicio de escritura [13].

Por otra parte, el trabajo del tallerista —y del analista acompañante— podía cobrar algunas particularidades en este taller, por ejemplo, un paciente del taller que cuando alzaba los brazos, sentía que éstos se le desprendían, que «se le salía la carne», la intervención del analista acompañante fue sostenerle los brazos para que el paciente pudiera continuar con la tarea [7]. Romano, al igual que el resto del equipo, sostiene que no se trata de interpretar o de intervenir en relación al tratamiento individual del paciente, sino más bien de buscar que «vuelva» al taller [7]. Entendemos esto como un modo de sostener o reintroducir al paciente en la finitud de una escena.

Finalmente, quisiéramos mencionar que en este, al igual que en todos los talleres, se daba lugar a la creatividad. Por medio de la

¹³ *Ibidem*.

improvisación, por ejemplo, los pacientes podían proponer juegos y movimientos de su inventiva, con espontaneidad [24] con el objetivo de que pudieran incluirse en el taller en tanto sujetos. Por su parte, el equipo considera que es en los cimientos de la creatividad donde se encuentra lo cultural, lo técnico y lo social [4], por lo que podemos suponer allí la búsqueda del entrelazamiento de lo individual en el tejido socio-cultural.

Taller de música

Este taller se inició en 1991 y estuvo a cargo de Marcelo Lebedinsky, un joven profesor de música que había iniciado a los 10 años de edad una formación que él caracteriza en gran medida como autodidacta.¹⁴ El objetivo del taller era que los pacientes pudieran utilizar la música como una experiencia lúdica y creativa, al tiempo que pudieran generarse canales de comunicación entre los participantes [18]. La duración del taller era de una hora y cuarto a una hora y media, y el espacio era habitualmente organizado en ronda. Cada encuentro podía disponer de distintos momentos: construcción de instrumentos no convencionales, utilización de instrumentos, elección y arreglo de canciones.

Los pacientes fabricaban instrumentos de viento y percusión no convencionales a partir del reciclado de variados elementos de des-carte, como latas, mangueras, baldes, llaves, tubos de PVC, botellas, parches de cuero, etc. los que habrían de utilizar luego en las distintas tareas del taller, junto a otros instrumentos disponibles, como guitarras, bombos, maracas e incluso las propias voces.

Estos instrumentos se empleaban en distintos juegos y ejercicios de comunicación musical, también en espacios de improvisación: cada paciente escogía un instrumento y seguía las reglas utilizadas por los músicos de jazz al improvisar, es decir, una persona toca su instrumento (generalmente se iniciaba sobre una base propuesta por el tallerista), desarrolla su idea musical y luego continúa un compañero [18]. De este modo, cada paciente disponía de un espacio para comunicar lo propio y al mismo tiempo se iba entrelazando con un producto grupal. El ejer-

cicio implicaba el despliegue de una idea individual, pero sin descuidar la base rítmica y armónica planteada ni las propuestas de los demás, por lo que había que estar atento al entorno [18].

Por su parte, la elección de canciones daba lugar a los gustos de los pacientes. También se planteaba la tarea de intervenirlas, de hacerles arreglos, dándoles una interpretación acorde a las posibilidades de los participantes. El trabajo del tallerista era facilitar ideas simples donde se pudieran aplicar las voces y los instrumentos [18]. La posibilidad de modificar una canción estaría también al servicio de producir —como otras ofertas sostenidas por el dispositivo— de un efecto subjetivante: dar a los pacientes la posibilidad de una respuesta propia a un texto ajeno; dar a la subjetividad de cada uno posibilidades de despliegue, dentro de cierto marco: la dimensión del otro y algunas reglas de juego para el desarrollo de la tarea.

Taller de cine

Este espacio estuvo coordinado por María Mendes, interesada desde su adolescencia por el arte y el psicoanálisis, en principio como analizante y luego como psicoanalista. En su largo recorrido por el cine, fue co-fundadora de una escuela de cine en Vicente López (provincia de Buenos Aires), donde construyó y aprendió la transmisión del saber-hacer del cine en talleres. Paralelamente, como psicoanalista, contaba con un cúmulo de experiencias previas en hospitales públicos y en dispositivos de hospitales de día.¹⁵

El objetivo del taller era que los pacientes participaran de modo activo en la producción de películas interviniendo en todos los rubros de la realización cinematográfica. Para ello era necesaria la transmisión de una serie de nociones teóricas y técnicas. «El cine es fundamentalmente un arte narrativo. Tiene códigos, normas, señales, articulaciones y convenciones que nos permiten contar historias con un lenguaje que le es propio», sostiene Mendes [21, p.119]. Por esa razón, en el taller ofrecía recursos del lenguaje cinematográfico para hacer un recorte de la realidad y

¹⁴ Comunicación personal con Marcelo Lebedinsky, 2020.

¹⁵ Comunicación personal con María Mendes, 2020.

mostrarlo en una concepción propia, que en este caso era grupal; del mismo modo que Lebedinsky trabajaba en el taller de música, dándoles a los pacientes la posibilidad de intervenir las canciones que la cultura ofrece.

Entre las tareas del taller, los pacientes participaban en la creación del argumento y los personajes, de la narración del libreto, del armado escenográfico, de la elección de vestuarios. Tomaban también decisiones respecto de la iluminación, la musicalización, los encuadres, el tipo de planos, actuaban, rodaban y, finalmente, participaban del montaje.

En este último proceso había que seleccionar, organizar y ensamblar (cortar y unir) los diferentes planos y sonidos, para la continuidad narrativa y rítmica, para reconstruir una historia que respetase la coherencia de tiempos y espacios. Y si el producto estaba bien hecho se verían en continuidad. Las escenas que se utilizaban en el montaje eran seleccionadas entre todos y si se consideraba que alguna estaba cinematográficamente mal, se volvía a grabar. Por supuesto que no todas las escenas podían utilizarse, ya que al seleccionar algunas, otras quedarían por fuera [20]. Una vez más señalamos aquí el esfuerzo de los talleristas por inscribir la incompletud.

Por otro lado, la mirada se ponía en juego de una manera particular en este taller: ser mirado al actuar frente a una cámara, ante otras personas, mirar al filmar, mirarse al ver las escenas grabadas, darse a ver y también la posibilidad de sustraerse a la mirada. Mendes cuenta respecto de un paciente paranoico que se había propuesto como actor de un protagonista:

A veces me decía: «Ese hombre me miró, ¿no?», refiriéndose a alguien que pasaba por la calle. Se sinceraba: «Estoy nervioso porque estoy un poco perseguido». Sucede que a esta altura nos teníamos más confianza. Le aseguré que no se iba a notar. Eso no se iba a ver. [21, p. 126]

En el transcurso del taller, este hombre comenzó a averiguar cuándo estaba fuera de cuadro; aprendió a reconocer si la cámara estaba grabando o no —según la luz roja— y

a saber que, de esta manera, podía no aparecer en la pantalla, sustrayéndose a la mirada. Él, que tenía conductas masturbatorias en el negocio de su madre, frente a la mirada de otros, a partir de ese momento comenzó a esconderse detrás de una puerta. Algo en torno a la mirada pudo alcanzar allí cierto velo [21].

A veces podía ocurrir que la mirada estuviese vacía. «Cuando ese ojo no ve nada, intento partir ese infinito», dice Mendes [21, p. 125]. Así ayudaba al paciente a descubrir con la cámara algún objeto o a distinguir la forma de las personas, sea con palabras o contorneando con los dedos las figuras en la pantalla. El lenguaje cinematográfico ayudaba en la tarea de ver y de leer las imágenes [21]. «Hay que perder la mirada en lo simbólico para que el ver se organice» [11, p. 180], sostienen algunos miembros del hospital de día. Esto es lo que Mendes se proponía hacer por medio del cine.

Como decíamos anteriormente, Vegh [33] define el efecto sujeto como una respuesta al Otro. En el caso del paciente mencionado, sustraerse a la mirada del Otro —hacerse no mirar— podía ser entonces una vía de subjetivación. Otro movimiento quizás haya sido el *desingularizar* las miradas de los pacientes. Una de las actividades propuestas por Mendes consistía en buscar mediante indicios quién había grabado las imágenes, para reconocer una manera singular y distintiva de cada uno en el modo de mirar. De este modo lograban asociar la altura de grabación y la estatura de alguien, o variaciones del encuadre previsto que incluían ciertos objetos, entre otros elementos [21].

En síntesis, entendemos que los diversos talleres estaban sostenidos por el esfuerzo de ofrecer un lugar a la subjetividad del paciente, donde pudiese reencontrarse con alguna posición deseante que lo revitalizara. Apostar por la creatividad del paciente, posibilitar sus elecciones y darle lugar a su palabra, ofrecían al mismo tiempo una lógica de la incompletud y el establecimiento de límites que los contenían. El dispositivo permitía que se horadase el discurso del Otro, dar un tratamiento a sus palabras y connotar la falta, pero sin prescindir completamente del Otro,

sino también encontrar allí lo que a cada quien le posibilitara hablar. El lenguaje de las diversas disciplinas artísticas ofrecía un discurso para sostener ese decir. De este modo los talleres posibilitaban que el trazo del sujeto se enlazara con el otro semejante y el Otro de la cultura.

Estructura de los dispositivos *psi*

Entrevistas individuales

A diferencia de las instancias de taller, las entrevistas individuales con psicólogos o psicólogas eran el espacio en el que cada paciente podía llevar su problemática personal. De todas formas, los distintos espacios del hospital de día estaban en articulación: todos los trabajadores del dispositivo discutían generalmente los casos en las reuniones de equipo —coordinadas por Laura Rosa D'Agostino— o en las supervisiones con Isidoro Vegh.

Por su parte, las entrevistas individuales seguían los mismos objetivos generales mencionados anteriormente. Según cada caso, se buscaba hacer un lugar al sujeto, obtener algún efecto subjetivante en el paciente que pusiera en disputa su posición de objeto y capitalizara la emergencia de una «brizna de deseo». Viviana San Martín, una de las analistas del hospital, sostiene que era necesario que el analista pudiera leer esa brizna y ponerla a cuenta del sujeto.¹⁶ Vegh, basándose en Lacan, sostiene que se trata, en parte, de reintegrar el sentido al sujeto; es decir, el sentido de su vida, en contraposición al sentido del Otro.¹⁷ Asimismo, el trabajo del analista también estaba dirigido a intentar situar aquellas coyunturas en las que el paciente se hubiera desestabilizado, para trabajar en el sostenimiento del paciente y en la mayor continuidad posible de aquellos efectos que el equipo del dispositivo buscaba.¹⁸

Se procuraba que la posición del analista en las entrevistas fuera como la de quien acompaña un texto, recogiendo una historia [6]. Se proponía que el analista acompañara al paciente como un testigo, al modo en que lo

haría un amigo; siendo soporte y sin emitir juicios [3]. El analista no estaba allí para interpretar, sino que primaba una serie de intervenciones que el equipo sostuvo bajo el nombre de «intervenciones en lo real» [6].

Si bien este modo de intervenir será desarrollado con profundidad en otro artículo, presentamos aquí algunas aproximaciones a cómo operaban las intervenciones en lo real en las entrevistas individuales. San Martín [27], relata el caso de un paciente melancólico cuyo discurso insistía en su intención de suicidarse, en aquello que tenía y que perdió y en una serie de reproches por los pecados que había cometido en su vida. Ninguna interpretación, ningún juego con el equívoco de su palabra lograba poner en cuestión los sentidos cristalizados en su discurso —de ese «disco rayado», como le llamó la analista—. Al tiempo advierte que esos «trapos viejos» con los que el paciente se vestía eran ropas de su padre muerto. La analista intervino por esa vía con frases como: «usted está vivo... ¿por qué usa ropa de un muerto?»; «¿cuándo se va a sacar el muerto de encima?»; «para entrar al consultorio, deje al muerto afuera». A partir de allí, el paciente comenzó a vestir distinto y decir «esto es mío»; consiguió trabajo como chofer en una agencia de remises, en consonancia con su vieja pasión por los autos; se propuso ir al médico para «recauchutarse» y planeó invertir su primer sueldo en mejorar su presencia, «porque como dice el dicho, “como estés vestido serás recibido”».

Se pudo entonces recuperar algo de esa posición deseante del paciente, reduciendo la sombra mortífera que lo cubría, separándose de ella. Al mismo tiempo logró recomponer el lazo y su nueva imagen le permitiría ser recibido de una manera distinta por los otros. Según San Martín, sus intervenciones se situaron en la intersección de lo imaginario y lo real, «donde el sujeto se ofrece al Otro que lo habita como un objeto de goce» [27, p. 174]. Es decir que su intervención operó entre lo imaginario de su vestimenta y lo real de la mirada. «Al muerto no lo miro más», tradujo la analista, en el momento en que se ponía en forma más bien una mirada deseante y se recomponía algo de la imagen que reviste un cuerpo en el paciente.

¹⁶ San Martín V. Comunicación personal. 2019.

¹⁷ Vegh I. Comunicación personal. 2019.

¹⁸ San Martín V. Comunicación personal. 2019.

Entrevistas familiares

Las entrevistas con familiares estaban a cargo de un analista distinto de aquel que realizaba las entrevistas individuales con el paciente, para resguardar el espacio propio del paciente, no invadirlo y evitar que las posibles demandas de la familia interfirieran en el curso del tratamiento individual [5]. Esto mismo (que el analista de entrevistas individuales y el de las familiares fueran personas distintas), podía aportar a la *demultiplicación* de la transferencia, evitando que el analista quede en una posición indeseada para el paciente.¹⁹

Ahora bien, no todos los pacientes lograban restablecer el lazo social por medio de las entrevistas individuales, como sí ocurrió en el caso referido anteriormente. Otros lograban emplazar un lazo social al interior del dispositivo, pero la problemática de la inclusión se encontraba afuera: el problema radicaba en un entorno que estigmatizaba la diferencia. «Aquí es donde digo que la psicosis-estructura, cuando debe responder a códigos que no le son propios, es una enfermedad social», sostiene Álvarez [3]. También podía ocurrir que la dificultad no sólo se planteara en el terreno de la inclusión, sino que aquello que desestabilizaba al paciente podía deducirse de los vínculos de la propia familia. Para el abordaje de estas cuestiones se realizaban entrevistas con familiares. Aquí podemos encontrar también la marca difusa pero presente de Pichon-Rivière, quien incluyó al grupo familiar en el tratamiento de las psicosis [19].

En los casos en que el movimiento que apuntaba al *descompletamiento* del Otro (donde el paciente pudiera hacerse un lugar sin quedar en posición de objeto) en el dispositivo, era contrario a la situación en la familia; en estas ocasiones el equipo era testigo del discurso en el que el sujeto psicótico podía haberse constituido [5]. Frente a estas situaciones, era preferible no incluir a los pacientes en las entrevistas familiares y se intentaban diversas maniobras de intervención, según el caso: a veces intentar que los familiares puedan investir al paciente desplazado, a veces separar a un familiar cuya presencia

se tornaba avasallante al paciente. Recordemos, como sostiene D'Agostino [7], que el sujeto psicótico puede sufrir tanto por exceso como por omisión del Otro. La autora señala algunos ejemplos al respecto: madres que desde el embarazo pueden decir de su hijo «ahora tendré con quien dormir», «no va a necesitar a nadie más que a mí» o «tengo un cuerpo extraño en mi panza» [7, p. 69]. En los primeros casos, donde el niño podría quedar prendado al lugar que completa a la madre, será necesario un movimiento capaz de individualizarlo.

Frente a estas posiciones que podían tomar los otros respecto del paciente, en algunos casos los analistas de familias daban indicaciones concretas a los familiares de qué convenía hacer, decir abstenerse. En otros casos se intentaba horadar el discurso de algunos familiares, tratando de instalar al menos alguna pregunta sobre su posición en relación al paciente; o cuestionarse por qué el paciente se comportaba de determinado modo, que tuvieran un registro de él. Es decir, instaurar alguna pregunta que habilite a repensar tanto el vínculo con el paciente como la posibilidad de investirlo. Relata Cabanas:

Los padres de M.C. acceden amablemente a tener entrevistas. Las intervenciones son hacia el lugar desde el cual la madre habla de todo con él, opina e interpreta todo lo que dice, quedando éste sometido a las palabras de su madre. Además, lo mira y no lo deja de mirar. Ella le dice: «Yo te presto atención todo el tiempo, sé lo que está tocando en la guitarra, aunque esté haciendo otra cosa» [5, p. 145].

M.C. queda inerte frente a la palabra monolítica de su madre, sin posibilidad de respuesta. La madre significa la situación de su hijo al decir «es inseguro». La analista interviene preguntando si no será a la inversa, si su hijo no será inseguro porque ella está detrás suyo; la intervención de la analista intenta agujerear el discurso de la madre y cuestionar su posición respecto a M.C. Se trata de una intervención cuya lógica es descompletar la palabra avasallante de ese Otro que no le da lugar al sujeto, se trata de una maniobra que permita la separación. Esto no

¹⁹ Ibidem.

quiere decir que se prescinda completamente del Otro, sino que se pretende el desprendimiento respecto del goce del Otro —que no es signo de amor, dice Lacan [17]—, para que el sujeto pueda encontrar su propio sentido.

Conclusiones

El concepto de dispositivo nos permitió distinguir algunos de los elementos heterogéneos que conformaron la red del Hospital de Día del Hospital Zonal General de Agudos «General Manuel Belgrano» para el abordaje de las psicosis. Allí distinguimos el atravesamiento del discurso del psicoanálisis lacaniano que, en colaboración con otros discursos del psicoanálisis local —como el propuesto por Pichon-Rivière— y algunos elementos del movimiento de la psiquiatría reformista y la salud mental —tendientes a una lectura crítica del modelo manicomial—, nos permitieron detectar algunas directrices en torno al tratamiento de los pacientes psicóticos, en función de las particularidades que esta clínica presenta. Es decir que se trata de un dispositivo de intervención distinto al creado para la neurosis, donde la interpretación simbólica se ha erigido habitualmente como caballito de batalla. No obstante, el objetivo de la clínica psicoanalítica se conserva: apuntar al sujeto.

En articulación con este entramado discursivo, se enlazan una serie de principios que procura funcionar como una terceridad que ponga orden en el espacio-tiempo y permita desarticular las posibilidades de que los pacientes queden objetualizados, a merced de la completud del Otro. En este punto, los principios que rigen los espacios de talleres se vinculan también con otros discursos: los propios de cada disciplina en la organización de la tarea propuesta. La puesta en juego del acervo cultural de cada una de ellas funcionó

como un parapeto a la equivalencia de un semejante a un Otro gozador y completo y permitió también la implicación de la falta. El esfuerzo por inscribir cierta lógica de la incompletud, que habilita el deseo del sujeto y del otro, se intentó poner en funcionamiento en cada elemento del dispositivo. La «*demultiplicación* transferencial» ha sido una de las máximas en este trabajo clínico.

Algunos de los términos señalados —problemáticos al interior del psicoanálisis en el abordaje de las psicosis—, se han planteado en el límite de la fundación de este dispositivo y parecen haber constituido la urgencia que lo ha motorizado. En esta clínica encontramos presente, fundamentalmente, la problemática del deseo y del lazo social, que ha conllevado el esfuerzo del equipo por repensar los términos que posibilitan la constitución de un sujeto. Agamben nos habilitó la pregunta por el sujeto y el cuerpo en el dispositivo. Vimos que el equipo consideró necesaria la construcción de un cuerpo imaginario que hiciera de límite al goce del Otro, como parte elemental de un sujeto diferenciado. Del mismo modo, planteó la imposibilidad de un sujeto sin una respuesta a la palabra del Otro. Esto permitió también, en algunos casos, el restablecimiento o recuperación del lazo social.

Finalmente, dado que el presente artículo describió la estructura de este dispositivo y no abordó el corpus teórico que sustentó sus prácticas, ha quedado ya plantada la necesidad de seguir profundizando en el lugar de lo real de las intervenciones propuestas y en la cuestión de la *demultiplicación* transferencial, que ha encontrado temprana aceptación en nuestro territorio a partir de la recepción de las ideas de Lacan, dándole forma a una práctica que se ha extendido hasta la clínica actual.

Referencias

1. Agamben G. ¿Qué es un dispositivo? Sociológica. 2011;26(73):249-64.
2. Agrazar J, De Battista J. Contribución a la historia del surgimiento de dispositivos alternativos al asilo en el tratamiento de las psicosis: el caso del Hospital de Día del HZGA Belgrano. Rev Hist Psicol. 2019;40(4):33-42. DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2019a18>
3. Álvarez E. Acerca de algunas cuestiones transferenciales y de abordajes en la clínica de la psicosis. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires:

- Homo Sapiens; 2007. p. 189-94.
4. Benevet CA. Taller artesanal. En Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. p. 107-10.
 5. Cabanas S. Hay amores que matan. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. p. 143-45.
 6. D'Agostino LR. Fundamentos de la práctica en hospital de día. Jornadas interinstitucionales de hospitales de día. Fundamentos de la práctica en Hospital de Día. Buenos Aires: Ediciones del Azul; 1990. p. 11-17.
 7. D'Agostino LR, Umanan G. El rol del psicólogo en un taller. Ciclo de Charla-debate "Arte y Salud Mental"; 2001. Disponible en: <http://www.efba.org/efbaonline/dagostino-03.htm>
 8. Foucault M. Dits et écrits. París: Gallimard; 1985.
 9. Freud S. Proyecto de psicología. En: Obras completas, Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu; 2011. pp. 323-87.
 10. Gargano DL, San Martín V, Scalone M. A lo mejor me creo yo. Jornadas municipales de hospital de día '92. Buenos Aires: Inédito; 1992.
 11. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
 12. Lacan J. El seminario. Las Psicosis. Tomo III. Buenos Aires: Paidós; 2013.
 13. Lacan J. El sujeto y el otro: la alienación. En: El seminario. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Tomo XI. Buenos Aires: Paidós; 2013. p. 211-23.
 14. Lacan J. El amor y el significante. En El seminario. Aun. Tomo XX. Buenos Aires: Paidós; 2015. pp. 51-64.
 15. Lebedinsky M. Experiencias en el taller de música. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. p. 111-19.
 16. Macchioli FA. Los inicios de la terapia familiar en la Argentina. Implantación, configuración y desarrollo de un nuevo campo disciplinar. 1960-1979. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2010.
 17. Mendes M. Psicoanálisis <> cine: montaje paralelo. Fluctuat Necmergitur. 2004; s/p. Recuperado de <http://www.efba.org/efbaonline/mendes-02.htm>
 18. Mendes M. Ruido de magia. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. pp. 117-128.
 19. Preciado P. Aprendiendo del virus. En Amadeo P, compilador. Sopa de Wuhan. Buenos Aires: ASPO; 2020. p. 163-85.
 20. Romano N. Bailanza, un neologismo, una propuesta posible. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. . 99-106.
 21. San Martín V. Intervenciones en una melancolía. Jornadas del Seminario de presentación de pacientes psicóticos. Buenos Aires: inédito; 1993. Disponible en: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1183.pdf
 22. Vegh I. Matices del psicoanálisis. Buenos Aires: Agalma; 1991.
 23. Vegh I. Puntuaciones de un recorrido en el campo de las psicosis. VI Jornadas del Hospital de Día del Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano". Buenos Aires: inédito; 1993. Disponible en: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_741.pdf
 24. Vegh I. Estructura y transferencia en el campo de la psicosis. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2ª ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. p. 41-50.
 25. Vegh I. Retórica de la psicosis. En: Vegh I, coordinador. Una cita con la psicosis. 2a ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2007. p. 51-63.