

# USOS DEL ESPACIO Y CREENCIAS ENCARNADAS: PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS EN UN SERVICIO PSIQUIÁTRICO ARGENTINO

## THE USE OF SPACE AND EMBODIED BELIEFS: PSYCHIATRY AND PSYCHOANALYSIS IN AN ARGENTINEAN PSYCHIATRIC SERVICE

SÉRGIO VISACOVSKY

*Investigador independiente del Consejo Nacional de Investigaciones*

*Científicas y Técnicas, CONICET.*

*Centro de Antropología Social, Instituto de Desarrollo*

*Económico y Social, IDES, Buenos Aires, Argentina.*

*seredvisac@fibertel.com.ar*

91

**RESUMEN** Mi propósito en este trabajo es analizar los modos de constitución psicoanalítica en Argentina, explorando las concepciones nativas de aquello que fue considerado “psicoanalítico” en un determinado momento. Voy a analizar para ello las transformaciones espaciales de la más célebre institución psiquiátrica argentina, el llamado Servicio del Lanús en el período entre 1956 y 1976, fundado por el psiquiatra Mauricio Goldenberg. Mi interés es mostrar cómo en el caso de un servicio psiquiátrico, es posible ver de qué modo pudo establecerse el psicoanálisis, cómo se distinguió –o no– de la psiquiatría y, en definitiva, qué fue aquello que se consideró como “psicoanalítico”.

**ABSTRACT** In this article, I want to analyze the ways of psychoanalytic constitution in Argentina, by means of the exploration of the native conceptions of what has been considered “psychoanalytic” at a certain moment. I analyze the spatial transformations of the most famous Argentinian psychiatric institution, the so-called El Lanús Service in 1956-1976, founded by psychiatrist Mauricio Goldenberg. I want to show how psychoanalysis was placed in the public hospital psychiatric service, how it established a difference with psychiatry and, eventually, how defined which aspects were considered “psychoanalytic”.

### PALABRAS CLAVE:

Espacio, hospital, creencias colectivas, psiquiatría, psicoanálisis.

### KEY WORDS:

Space, Hospital, Collective Beliefs, Psychiatry, Psychoanalysis.

# USOS DEL ESPACIO Y CREENCIAS ENCARNADAS: PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS EN UN SERVICIO PSIQUIÁTRICO ARGENTINO<sup>1</sup>

SÉRGIO VISACOVSKY

B

UENOS AIRES ES CONSIDERADA UNA DE LAS CAPITALES mundiales del psicoanálisis (Plotkin, 2003). Junto con el tango, el fútbol, el asado, los caballos y el gaucho, el psicoanálisis participa de los estereotipos por los cuales los argentinos son reconocidos en el mundo. Este lugar del psicoanálisis en Argentina, no obstante, debería ser circunscrito a los grandes adentros urbanos, como Buenos Aires. Allí existen dos grandes asociaciones afiliadas directamente a la International Psychoanalytical Association, una de ellas la Asociación Psicoanalítica Argentina, fundada en 1942. Existen muchísimas instituciones lacanianas, la primera de ellas creada en 1974, además de innumerables instituciones con otras orientaciones psicoanalíticas, o con un carácter más ecléctico. El psicoanálisis se enseña en las carreras universitarias de psicología como la perspectiva predominante, y los estudiantes asisten en gran número, con una definida vocación como profesionales liberales, aspirantes a atender pacientes angustiados en sus consultorios privados a través de una práctica psicoterapéutica. El psicoanálisis prevalece en las instituciones hospitalarias, tanto públicas como privadas, y los psicoanalistas son habitualmente consultados por los medios de comunicación, a propósito de los más disímiles temas, desde problemáticas de pareja o sexualidad, hasta crisis socioeconómicas (Plotkin y Visacovsky, 2007).

Hasta una elegante zona de la ciudad de Buenos Aires recibe el nombre informal de “Villa Freud”, por la alta concentración de consultorios de analistas y agradables cafés, como el Sigi (Figura 1). Allí me citaron en un par

<sup>1</sup> El presente artículo es una versión ampliada de la ponencia presentada en el XII Congreso de Antropología en Colombia, en el Simposio “Creencia y verdad en los sistemas terapéuticos contemporáneos”, realizado en la Universidad Nacional de Colombia, en su sede de Bogotá en octubre de 2007. Mi especial agradecimiento a los profesores Carlos Alberto Uribe y María Angélica Ospina.

de oportunidades unos periodistas extranjeros para preguntarme por qué el psicoanálisis era tan importante para los argentinos. Ellos estaban intrigados acerca de cómo podía ser posible que una perspectiva como el psicoanálisis, que se encontraba en abierta crisis en buena parte del mundo, tuviese tal nivel de aceptación en un país no europeo del confín sur del planeta. Sin embargo mis respuestas, como de costumbre, fueron decepcionantes para mis entrevistadores. Siempre les digo lo mismo: el psicoanálisis es un asunto, ante todo, de los grandes centros urbanos, y está por verse su influencia en las creencias de los sectores más desfavorecidos de la población en torno al sufrimiento, la persona o la sexualidad. También, acostumbro decirles que, contra su ilusión, no hay una esencia de la argentinitud que explique por qué los argentinos han adoptado el psicoanálisis. Les propongo, en cambio, considerar la cuestión en términos procesuales y contextuales, esto es, estudiar momentos y escenarios particulares de implantación y reproducción psicoanalítica<sup>2</sup>.

Admito que para una buena parte de los argentinos adscriptos a esa vaga y heterogénea categoría que denominamos “clases medias urbanas”, el psicoanálisis constituye, con sus diferentes variantes, el principal marco interpretativo capaz de hacer inteligible tanto el malestar cotidiano como el sufrimiento psíquico profundo. Yo mismo, que me he transformado en un investigador del psicoanálisis como práctica social, y que muchas veces abrigo dudas respecto a su eficacia, no puedo dejar de pensarme como un paciente potencial –podría decir un “eterno paciente”–. En las relaciones profesionales y laborales, en varias ocasiones me veo hurgando en pequeños incidentes, tratando de detectar algún indicio de los inconscientes en juego. En las charlas de amigos, a veces estoy escuchando pacientemente, profiriendo cada tanto un “ajá”, y tratando de descubrir relaciones insospechadas por mis interlocutores.

Por esta razón, me encuentro en una posición semejante al creyente que pretende estudiar su propia religión. Está claro que, por esta vía, no hay mucho que podamos hacer para entender el psicoanálisis. Una alternativa sería ubicarse en el lugar de quienes lo definen como una “religión”. En buena medida, esta vía constituye una denuncia epistemológica, ya que quienes la sostienen juzgan el psicoanálisis como no científico o, simplemente, sin auténticos créditos cognoscitivos. Esta crítica ha sido enarbolada con diferentes matices por Borch-Jacobsen (1995; 2002), Bouveresse (1996), Meyer *et ál.* (2005), Popper (1994), Van Rillaer (1980; 1985) y Wittgenstein (1966), entre muchos otros. Lo que define esta postura es la oposición entre ciencia y religión –o mito, o creencia, o ideo-

2 Tal como lo han planteado desde diferentes abordajes, Hugo Vezzetti (1989; 1996) y Mariano Plotkin (2003).

logía–, en la medida en que lo que se pretende es establecer un límite indiscutible entre formas de conocimiento válidas y no válidas.

Sin embargo, esta perspectiva es difícil de aceptar para un antropólogo. La distinción entre ciencia y creencia puede ser útil en ciertos análisis, desde cierto punto de vista y para ciertos propósitos, pero inservible cuando lo que necesitamos es comprender cómo cualquier sistema de ideas es aceptado y practicado por la gente. Así como sucede con la física, la medicina o la antropología, el psicoanálisis es un producto histórico y socialmente situado, y no tiene ningún estatus privilegiado: es imaginado, producido y actualizado en condiciones históricas y sociales específicas<sup>3</sup>.

Precisamente, mi intención es tratar de conocer cómo se constituye el psicoanálisis en tanto práctica social singular, condicionada por los contextos específicos en los que se desarrolla. Con esto quiero decir que, contra la insistencia del propio psicoanálisis en auto explicarse desde un punto de vista normativo y universal, mi intención ha sido estudiar *aquello que efectivamente hacen* quienes se adscriben al psicoanálisis en situaciones concretas. Por “hacer” me refiero a las prácticas efectivas de quienes se asumen como psicoanalistas, algunas inaccesibles a través de la participación y la observación etnográfica –como las mismas sesiones terapéuticas–, y otras a menudo consideradas banales, como lo pueden ser sus formas de reunión, sean ceremoniales o festivas.

Mi propósito es analizar los modos de constitución psicoanalítica en Argentina, explorando las concepciones nativas de aquello que fue considerado como “psicoanalítico” en un determinado momento. Voy a analizar para ello las transformaciones espaciales de la más célebre institución psiquiátrica argentina, el llamado Servicio del *Lanús* en el período que va de 1956 a 1976<sup>4</sup>, fundado

3 Ésta es una paradoja ya vislumbrada por los padres de las ciencias sociales, como Max Weber: el conocimiento científico debe satisfacer exigencias universalistas de validez, pero procede y actúa siempre en un contexto particular en específicas tramas simbólicas (Geertz, 1994; Franklin, 1995).

4 El *Lanús* es el término nativo empleado para designar el Servicio Hospitalario, refiriéndose metonímicamente a la zona geográfica en la que está ubicado, el partido de *Lanús* en la Provincia de Buenos Aires. Se trata de una denominación consuetudinaria, distinta a los nombres reconocidos por el Estado para designar el hospital: Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico denominado “Dr. Gregorio Aráoz Alfaro” entre 1956-1973 y 1976-1987; o, en otras circunstancias –como en la actualidad– el Hospital Interzonal de Agudos “Evita”, entre 1952-1955, 1973-1976 y 1987 al presente. Desde el retorno democrático en 1983, el *Lanús* ha sido evocado por ex profesionales del Servicio –médicos psiquiatras, psicólogos, una gran parte de ellos autodenominados “psicoanalistas”– como un caso ejemplar para América Latina y el mundo, basándose en auténticos logros y en un prestigio nacional e internacional obtenido desde los años sesenta; entre ellos, la implementación de psicoterapias inspiradas en el psicoanálisis, el desarrollo de las terapias grupales y breves, la aplicación de los últimos descubrimientos psicofarmacológicos, la realización de fuertes programas de actualización profesional, la formación de postgrado en psiquiatría e investigación en diferentes áreas, y el desarrollo pionero en América Latina de modelos alternativos como el Hospital de Día y la psiquiatría comunitaria (Visacovsky, 2002).

por el psiquiatra Mauricio Goldenberg<sup>5</sup>, por dos razones. En primer lugar, porque pretendo examinar las creencias psicoanalíticas a través del modo en que existen encarnadas en espacios (Low, 2003), y no sólo como sistemas aislados de ideas materializadas en el discurso verbal. En segundo lugar y de un modo más específico, porque el contexto de un servicio psiquiátrico hospitalario permite observar los modos efectivos mediante los cuales los agentes definen lugares, objetos, actividades y personas, estableciendo límites o inclusiones. En el caso de un servicio psiquiátrico, es posible ver de qué modo pudo establecerse el psicoanálisis allí, cómo se distinguió –o no– de la psiquiatría y, en definitiva, qué fue aquello que se consideró como “psicoanalítico”.

En el mencionado caso del *Lanús*, me propongo mostrar cómo concepciones terapéuticas “psiquiátricas” o “psicoanalíticas” en el ámbito hospitalario, llegaron a ser tales a través de maneras específicas de dotar de sentido el espacio. La implantación de un orden psiquiátrico, primero, y psicoanalítico, después, demandó una redefinición del espacio, el cual estaba preconstituido a partir de significados asociados con el mundo médico, en un primer momento, y psiquiátrico, más tarde. La construcción del espacio del Servicio se plasmó en dos modelos interpretativos, generados por prácticas profesionales diferentes. Por un lado, como expresión de la concepción integradora de la psiquiatría en el conjunto de las especialidades médicas de la segunda mitad del siglo xx, se forjó una narrativa de la expansión y la integración del Servicio en el hospital. Esta expansión indicaba la ampliación de la superficie territorial del Servicio y expresaba la integración en la medicina.

Por otro, a este modelo se le opuso uno diferente, de carácter dualista, que expresaba el punto de vista de la institucionalización de tratamientos ambulatorios orientados psicoanalíticamente. Este modelo, que se presentará como una inversión de una posición marginal inicial, equiparó la psiquia-

5 Nacido en Buenos Aires en 1916 y fallecido en Washington en 2006, Goldenberg estudió medicina a comienzos de los años cuarenta en la Universidad de Buenos Aires, especializándose en psiquiatría. Sus prácticas médicas las llevó a cabo en el Hospicio de las Mercedes, actualmente el Hospital Neuropsiquiátrico Borda, formándose al lado de figuras como Gonzalo Bosh, un influyente psiquiatra de los años treinta y cuarenta; Carlos Pereyra, jefe del Servicio, quien lo inició en la psiquiatría fenomenológica francesa; Eduardo Krapf, psiquiatra alemán discípulo de Oswald Bumke en Berlín, quien había terminado su formación de didacta en la Asociación Psicoanalítica Argentina, APA, y quien lo introdujo en el psicoanálisis; y Enrique Pichon Rivière, uno de los miembros fundadores de la APA en 1942. Hasta su llegada a la jefatura del Servicio del *Lanús*, Goldenberg había publicado libros y artículos sobre temáticas diversas, tales como la inmigración, el alcoholismo, la epilepsia y la técnica de la lobotomía. En las décadas de los cincuenta y sesenta fue varias veces convocado como funcionario público en el área de la salud mental. Permaneció en la jefatura del Servicio por él creado hasta 1972, cuando se marchó junto con algunos colaboradores a un hospital privado, el Hospital Italiano, para dirigir un nuevo Servicio de Psiquiatría hasta 1976, cuando se exilió en Caracas, Venezuela, luego del Golpe Militar. Con posterioridad, Goldenberg se desempeñó como colaborador de la Organización Mundial de la Salud, oms, y asesoró en su especialidad al presidente Raúl Alfonsín en 1983, con el retorno democrático.

tría con la medicina. Esta homologación respondía a la consolidación paulatina de un marco psicoanalítico en el ámbito de los tratamientos ambulatorios de la década de 1960, estableciéndose una oposición respecto a la medicina y la psiquiatría. Lo que pretendo poner de manifiesto es cómo las identidades institucionales de los profesionales se fundaron, por un lado, en sus experiencias prácticas cotidianas en el uso del espacio, y en la constitución de modelos o estereotipos espaciales.

## I

En 1988 –¡hace casi veinte años!– yo iniciaba mi trabajo de campo en un servicio hospitalario de salud mental en un hospital público, identificado entonces por los psicólogos y psiquiatras relacionados con él como psicoanalítico y lacaniano. Ese hospital se llamaba entonces, como hoy, “Evita”, y era conocido en el pasado como el *Lanús*, en razón de su ubicación en el distrito homónimo al sur y en las afueras de la ciudad de Buenos Aires. Allí concurrían semanalmente casi doscientos profesionales, sobre todo psicólogos –una buena parte muy jóvenes, entre los veinticinco y treinta y cinco años–, en su gran mayoría seducidos por la perspectiva psicoanalítica de Jacques Lacan; una significativa cantidad trabajaba gratuitamente. Pronto llamó mi atención el hecho de que continuamente se interrogaran por el sentido de su práctica: “¿Es posible hacer psicoanálisis en el hospital? ¿Qué ocurre con los tratamientos cuando no hay circulación de dinero? ¿Puede la formación recibida ser considerada una forma de pago a los psicoanalistas? ¿Cómo afrontar las deserciones imprevistas de los pacientes? ¿Puede desenvolverse un tratamiento cuando los pacientes establecen su transferencia con la institución, y no con los profesionales?”.

Estas incertidumbres eran planteadas mayormente por quienes se asumían como “psicoanalistas” en el Servicio, en cuanta oportunidad existiese, desde reuniones cotidianas e informales hasta eventos académicos. Mientras tanto, cada vez que tenía ocasión de dialogar con ellos, recibía concluyentes declaraciones tales como “el psicoanálisis nada tiene que ver con la salud pública, pues ésta supone que alguien –el Estado– sepa qué es lo bueno para la población, mientras que el psicoanálisis prescinde de presumir qué es lo bueno para otro”; o “es imposible prevenir la enfermedad psíquica, por definición, el inconsciente es imprevisible y cada situación es singular”; o “la situación socio económica de los pacientes no es de nuestra competencia, nosotros nos interesamos por su dimensión subjetiva”; o, finalmente, “nada podemos hacer frente a la deserción de los pacientes; quedarse o irse es su decisión, deben entender que esto es un tratamiento psicoanalítico”.

Vale aclarar que me tocó hacer el trabajo de campo en una época de crisis económica e hiperinflación, entre 1988 y 1990. No era difícil advertir en la gen-

te que esperaba su turno en la sala de espera del edificio de los Consultorios Externos, los efectos del empobrecimiento. Hablando con ellos, pude enterarme de que muchos no conseguían trabajo, y por ende arrastraban fuertes depresiones, o se volcaban al alcohol. Algunos sí trabajaban, y lograban asistir faltando a sus empleos, u obteniendo licencias especiales. Las largas esperas a veces concluían en enojos, con los pacientes marchándose sin ser atendidos. Y, finalmente, los pacientes no siempre podían cumplir con la asistencia en una frecuencia de sesiones semanales mayor a una, en razón de sus obligaciones laborales. Como agravante, el servicio funcionaba primordialmente por la mañana, y eran muy pocos los profesionales que ofrecían sus prestaciones por la tarde. Algunos, atraídos por la fama del Servicio, llegaban de muy lejos. Otros asistían cuando podían pagar su pasaje en el transporte público. Rara vez me encontré con alguien que hubiese arribado a su consulta espontáneamente, como lo haría el paciente psicoanalítico tradicional. Buena parte llegaba por derivación de otros servicios médicos del hospital, cuando el médico entendía que alguna cuestión nerviosa podía estar incidiendo en una dermatitis o una diarrea crónica, por ejemplo. Aclaremos: los médicos derivaban al servicio de psiquiatría, no a “hacer psicoanálisis”. Algunos pacientes arribaban remitidos por instituciones del Estado, como la policía, la justicia o la escuela. En mis conversaciones con ellos, obtenía a menudo interesantes percepciones de la naturaleza y etiología de sus malestares. Ellos enfatizaban el papel de “los nervios” como un orden alterado por situaciones particulares de la vida (Dias Duarte, 1986).

Dada esta realidad, mis reacciones ante las posiciones que adoptaban los profesionales que se definían como “psicoanalistas” fueron de desconcierto primero, y de molestia después. Debo decir que me resultaban particularmente curiosas las dudas que los profesionales formulaban en relación con la identificación de aquello que estaban haciendo en el hospital, teniendo en cuenta que no dejaban de concurrir allí y tampoco se les ocurría abandonar su identidad como psicoanalistas. La solución más simple hubiese sido interpretar estas paradojas como el resultado de una perspectiva no habituada al trabajo hospitalario, sino dispuesta para recibir un paciente que concurre espontáneamente a su consultorio privado. Esto podía explicar parte de sus perplexidades. Es muy factible que, debido a que habían sido formados básicamente como psicoanalistas, no supiesen muy bien cómo responder a algunas de las realidades que se les presentaban en el ambiente hospitalario. Éste es un asunto que ha preocupado en más de una ocasión incluso a los ministros de salud pública nacionales y provinciales, pero no es el punto que quiero considerar aquí. Quiero plantear que sus incertidumbres en torno a su identidad procedían de, y a la vez contribuían con, la naturaleza ambigua del espacio mismo. En otros términos, sus dudas e interrogantes nos estaban informando acerca de cómo podía estar pro-

cesándose su identidad psicoanalítica en un contexto de acción no necesariamente definido como “psicoanalítico”: el hospitalario.

¿Podía ocurrir que el espacio hospitalario, aunque en principio extraño para el psicoanálisis, se tornarse “aceptable” con el tiempo a los ojos de profesionales asumidos como psicoanalistas? Si fuese así, ¿cómo se lograría esto? Lo que estaba en juego era la manera como se implantaba un modelo terapéutico en un espacio como el hospitalario, o la manera en que el espacio hospitalario adoptaba una identidad terapéutica determinada.

## II

La dimensión espacial es crucial en la constitución del saber médico. En la célebre obra de Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, aparece la tesis de la construcción del saber médico a través del aprendizaje directo vía la observación, en un espacio creado especialmente para albergar los cuerpos de los pacientes, extraídos de sus hogares. Los cuerpos de los pacientes dejaban de sufrir y morir en sus hogares, y eran reubicados en un ámbito en el que no sólo recibían cuidado, sino que también eran vigilados a través de la mirada (Foucault, 1986). Los saberes sobre los sufrimientos y las desviaciones del cuerpo y el alma, constituidos como modos de disciplinamiento a partir del siglo XVIII –con sus particulares formas de control– requirieron de específicos modos de organización arquitectónica del espacio, como los hospitales, los hospicios, las cárceles y las escuelas (Foucault, 1985; Crampton y Elden, 2007). De acuerdo con la interpretación de Felix Driver (1985) sobre *Vigilar y castigar*, el espacio es una parte vital de la batalla por el control y la vigilancia de los individuos, una batalla continua y no un ejercicio perpetuo de dominación. En consecuencia, entiendo que junto al ejercicio de la fuerza –y la introducción de formas de limitación del acceso y de la circulación del espacio que forman parte del ejercicio de la fuerza–, es imprescindible fundir el saber disciplinario con el espacio, de modo tal que éste quede tan íntimamente asociado al primero, que la relación aparezca como incuestionable, natural, que el uno refiera al otro. Es decir, que el saber médico refiera al hospital, así como éste al saber médico. De lo que se trata es de *construir el espacio*, hacerlo significativo desde un cierto punto de vista, y lograr que aparezca como necesario y esencial. La dificultad reside en que los saberes no encuentran “espacios vírgenes”, es decir, espacios que no estén ya apropiados, definidos e identificados por un saber –lo contrario carece socialmente de sentido–. Es decir, el espacio está siempre socialmente pre constituido. Si esto es así, ¿bajo qué condiciones los saberes pueden redefinir espacios que se encuentran ya apropiados? ¿Cómo lo consiguen? ¿Cómo logran luego mantener las nuevas definiciones?

Como necesitamos de la ayuda de una mirada constructivista del espacio, en el que las experiencias prácticas del mismo sean a la vez una dimensión de

su constitución, es oportuno acudir a Michel de Certeau. Para de Certeau, los agentes se apropián del espacio en la medida en que lo usan. El uso tiene un doble carácter: constituye una práctica y una experiencia a la vez. Por medio del uso, el espacio siempre se actualiza, por lo cual hay tantos espacios como usos posibles del mismo (de Certeau, 1994). Aunque yo no sigo exactamente aquí las consecuencias de la distinción de de Certeau entre espacio y lugar, mi perspectiva se inspira en él, en la medida en que permite desarrollar un enfoque dinámico y práctico para abordar el espacio. En especial, la idea que me interesa es la de la actualización, un proceso que se realiza a través de las siguientes operaciones: 1) mediante el *acto de nombrar* un espacio como “zona tal”, donde se “realizan tales actividades”. El *acto de nombrar* el espacio funda homogeneidades y heterogeneidades en aquello que, aunque sólo idealmente, alguna vez pudo ser indiferenciado. Como a menudo se trata de una sustitución de nominaciones previas, *el espacio es recreado a través de la nominación*; 2) a través del establecimiento de reglas de entrada, salida, circulación y permanencia. Junto con la nominación, contribuye a la creación de un territorio, con límites devenidos en fronteras, y es, básicamente, la imposición de un orden (Augé, 1985; Da Matta, 1987; Paul-Lévy y Segaud, 1983); 3) por medio del establecimiento de la lengua oficial del territorio, un idioma nacional o un dialecto profesional (Borneman, 1999); 4) a través de relatos de itinerario –en el sentido de Bakhtin (1981)–, resultantes del acto de usar y experimentar el espacio –la práctica espacial–, en tanto desplazamiento, que generan un recuerdo del recorrido, y a la vez se convierten en un modelo o guía para futuros desplazamientos, en relatos paradigmáticos. Las prácticas espaciales conducen a experiencias espaciales, las cuales se organizan en narrativas espaciales, en una memoria del espacio. Estos relatos narrativizan los espacios, les confieren sentido e historicidad (Gittins, 1998), y constituyen el aspecto medular a través del cual se crea el espacio social.

### III

Volvamos ahora a nuestros psicoanalistas trabajando en el servicio hospitalario, preguntándose si lo que hacían allí era o no psicoanálisis. Un aspecto relevante que permitía entender tanto sus dilemas como sus convicciones tenía su fuente en la índole del espacio hospitalario. Ellos trabajaban en un servicio definido como de “Psicopatología y Neurología” –aunque informalmente lo designaran como de “Salud Mental”–, haciendo caso omiso de la designación oficial. El servicio estaba organizado en dos unidades, una Sala de Internación, ubicada en el cuerpo principal del hospital, y un sector de Consultorios Externos, para los pacientes ambulatorios. Como dije, la mayor parte de los profesionales se concentraba en este último sector, porque el paciente ambula-

torio guardaba más similitud con el que asistía a una sesión en el consultorio privado. También era posible desarrollar en este ámbito prácticas terapéuticas identificables como psicoanalíticas, aunque la alta demanda no permitiese programar la frecuencia y la duración de las sesiones de acuerdo a los principios que suelen regir al psicoanálisis en la esfera privada. Tampoco era posible esperar que los pacientes –quienes provenían de sectores humildes de la población– continuasen con sus tratamientos por períodos prolongados de tiempo. El supuesto psicoanalítico según el cual un tratamiento exigía una asidua asistencia semanal durante un dilatado lapso temporal, no era necesariamente compartido por quienes se presentaban como potenciales pacientes; en realidad, éstos podían darse por satisfechos si algunos de sus síntomas desaparecían tras los primeros encuentros terapéuticos, o si hallaban un rápido alivio a sus angustias, pero también podían abandonar el tratamiento al no advertir resultados inmediatos.

Por su parte, la Sala de Internación era un lugar que se evitaba, o al menos no era el más buscado por los profesionales, debido a que el psicoanálisis –juzgaban– poco tenía que hacer con la locura, o porque ellos, como psicoanalistas, se oponían a la medicación psiquiátrica. Además, dado que la sala estaba situada en el mismo cuerpo del hospital en su segundo piso (Figura 2), junto a los restantes servicios hospitalarios, preferían mantenerse a distancia de la psiquiatría y la medicina. Por dicha razón, la mayoría escapaba al uso del delantal blanco que distinguía a los médicos. En suma, ellos estaban convencidos de que el prestigio del Servicio provenía de los Consultorios Externos, y no de la Sala. A menudo, realizaban comentarios informales sobre sus colegas de la Sala, en los que ponían en tela de juicio su idoneidad e, incluso, su cordura, y hacían circular rumores acerca del trato que recibían los pacientes internados.

La perspectiva del espacio del servicio hospitalario para estos profesionales asumidos como “psicoanalistas” era la de dos ámbitos separados, diferenciados, opuestos: uno familiar, los Consultorios Externos, y otro extraño o ajeno, la Sala de Internación, frecuentemente subsumida en el resto del hospital. La estructura arquitectónica del Servicio contribuía fuertemente a afianzar esta concepción. Cualquier visitante desprevenido que se dirigiese al Servicio no tendría modo de saber que no se trataba de una sola unidad arquitectónica, sino de dos. Luego, enterado, podría no percatarse de la existencia de un acceso diferente para cada una. Casi con seguridad, encontraría sin problemas el sector de “Internación”: ingresaría por la puerta principal, ascendería por una escalera central –o por alguno de los ascensores– y caminaría hacia la derecha, en dirección opuesta a la de una capilla ubicada en una de las alas. Pero se sorprendería de no poder encontrar allí los Consultorios Externos. Lo primero que haría sería preguntar en qué piso del hospital están. La respuesta pondría

en evidencia la futilidad de su consulta: no estaban *dentro* del edificio principal, sino *fuera* del mismo. Entonces, bajaría nuevamente, saldría a la playa de estacionamiento, pasaría delante de los pequeños edificios de la Morgue y de Anatomía Patológica y, finalmente, los ubicaría junto a éstos (Figura 3). Pronto advertiría que para llegar a ellos no necesitaba ingresar por la puerta principal y atravesar toda la planta baja del edificio, sino simplemente entrar por la puerta de entrada de vehículos. Esta disposición acentuaba la imagen de autonomía de los Consultorios Externos (Figura 4).

Durante una conmemoración de la creación del Servicio realizada en 1992, Raúl Levín, un psicoanalista que fuera residente de psiquiatría en la década de 1960, confeccionó un dibujo a través del cual pretendió representar su visión alegórica de la arquitectura del Servicio. Una línea diagonal dividía el papel de 30 x 21,5 cms. en dos partes desiguales, la mayor reteniendo más del 70 por ciento de la superficie. En esta última aparecían los Consultorios Externos, mientras que en la porción pequeña se ubicaba, ¡el resto del edificio del Hospital! Aquí podía leerse por encima del mismo el nombre “Aráoz Alfaro” –es decir, conservaba la denominación que tenía el hospital cuando él trabajaba allí–, y en el segundo piso del edificio, “Sala Internación Psicopatología”. La asimetría que guardaban las dos partes del plano no correspondían, por supuesto, con las proporciones reales. Era el edificio del Hospital el que debió haber sido representado como de mayor tamaño. Sin embargo, él sostenía que de ese modo pretendía simbolizar la importancia que, desde su perspectiva, tuvieron los Consultorios Externos. Sólo la pertenencia a un mismo soporte material –la hoja de papel– hacía del dibujo una unidad. En verdad, se trataba de dos imágenes. Los Consultorios Externos aparecían desplazados hacia la izquierda y ligeramente hacia arriba, rodeados por un inmenso espacio vacío que representaba la playa de estacionamiento. La pequeña porción restante estaba ocupada por el edificio principal del hospital, “arrinconado” al ángulo inferior derecho. El efecto era no sólo de oposición, sino de lejanía y desconexión entre ambos predios. En su explicación del dibujo, Levín ubicó los Consultorios Externos “en el último confín”, teniendo por referencia el edificio del Hospital. Un ortoedro cortado exactamente a la mitad por una línea que lo dividía en dos partes simétricas representaba los Consultorios Externos por un lado, y la Morgue por el otro. Esto expresaba una unidad y una escisión a la vez: la misma instalación se desdoblaba en “cuerpos anatómicos” –la Morgue– y “cuerpos patógenos” –los Consultorios–. Un papel fundamental lo jugaban las relaciones adyacentes o de contigüidad con la Morgue y el edificio de Anatomía Patológica (Figura 5).

La información que me había provisto Levín guardaba relación con mi pretensión de conversar con muchos de quienes participaron en los Consultorios Externos desde la década de 1960 hasta 1976, año en que una gran masa de

profesionales debió abandonar el Servicio ante la furia represiva de la dictadura militar instalada en el país. Sus interpretaciones del espacio del Servicio guardaban una sorprendente similitud con la de quienes trabajaban en él durante la década de 1990. Ellos entendían que los Consultorios ocupaban una posición marginal respecto al hospital y a la Sala –por su adyacencia con la Morgue–, y que esto se debía a la resistencia que despertaba el psicoanálisis entre los médicos. Pero, a diferencia de los profesionales de la década de los noventa, quienes trabajaron en los sesenta sostenían que habían logrado invertir la marginalidad inicial haciendo que el Servicio creciera, y que fueron los Consultorios Externos los que se opusieron al discurso de la enfermedad de la medicina y la psiquiatría. Desde su perspectiva, los Consultorios Externos quedaban alojados fuera del cuerpo principal del Hospital al igual que la Morgue, con la cual, además, lindaban.

El psicoanálisis y la muerte habían sido entonces expulsados del territorio de la salud, la medicina y la psiquiatría. Quienes sostenían esta versión afirmaban haber invertido la estigmatización, al proclamar que los Consultorios representaban la vida, frente a la muerte que el hospital albergaba, pero que luego evacuaba y depositaba en el exterior, en la Morgue. Éste era un relato de aislamiento, de alteración de una marginalidad negativa a una positiva, de un espacio estático en el que prevalecían los contrastes y las oposiciones a una versión dualista. No deja de sorprender esta operación, la cual era capaz de tratar como un todo homogéneo la psiquiatría que albergaba la locura –encarnada en la Sala– y la medicina, negando la estigmatización de la psiquiatría por parte de la medicina.

#### IV

Aunque algunos supongan rápidamente que la misma arquitectura del Servicio inducía a pensar espontáneamente en términos de separación o relaciones de oposición, esto no tenía por qué ser necesariamente así. En verdad, la imagen estática de un Servicio dualista emergió cuando ya existía una narrativa del Servicio previa, gestada desde mediados de los años cincuenta hasta mediados de los sesenta, basada en la expansión creciente de sus límites. Esta narrativa resultó y a la vez fue productora de la redefinición de parte del espacio hospitalario como espacio psiquiátrico, al establecerse el Servicio en el hospital general en 1956. Esto implicó por un lado, transformar el espacio hospitalario *en tanto espacio médico, en psiquiátrico*<sup>6</sup>; por otro, en razón del en-

<sup>6</sup> Hasta bien entrado el siglo xx, la medicina mantuvo prudente distancia de la psiquiatría, basada en una desconfianza hacia sus clasificaciones nosográficas y sus métodos y técnicas de diagnóstico y tratamiento. Una disciplina que podía describir conductas patológicas y síntomas anatómicos asociados pero que no podía determinar con

foque asociado a la nueva salud mental de los años cincuenta<sup>7</sup> y a la tradición higienista aún vigente, *producir un espacio psiquiátrico diferenciado del espacio psiquiátrico asilar*.

Este nuevo territorio psiquiátrico en el hospital fue constituyéndose entre 1956 y 1958, cuya la finalidad básica era incorporar un ámbito de internación del que carecían otros hospitales generales con servicios psiquiátricos en la Argentina. Durante los primeros años, en forma sostenida, el Servicio amplió sus fronteras a expensas de otros servicios médicos. En esta expansión/apropiación del espacio hospitalario se renombraron zonas o regiones, al tiempo que se las producía: por caso, la Sección de Mujeres en la Sala había sido con anterioridad el Servicio de Cardiología y Gastroenterología, y la futura habitación de Residentes –después de 1966–, el servicio de Dermatología. Este espacio constituyó el territorio del Servicio entre 1956 y 1958. No puedo describir aquí las innumerables facetas de la constitución de este espacio psiquiátrico. Sí quiero decir que se instituyó desde la fundación y hasta mediados de los años sesenta un relato espacial de una *unidad en expansión*. La ampliación de la Sala de Internación y la creación de los Consultorios Externos en 1958 fueron inscriptos en dicha lógica de la expansión. Así, era posible defender la unidad administrativa del Servicio, independientemente de las separaciones arquitectónicas. La “expansión” planteaba la ruptura de los límites originales y la extensión de las fronteras. El relato comunicaba no sólo la respuesta ante una demanda por atención en aumento, sino un traspaso de las fronteras originales dentro del Hospital; y este cruce, a su vez, confirmaba una inversión de la percepción de

precisión sus etiologías biológicas observables, era difícilmente aceptable por el resto de la medicina. Pero a partir de los treinta, se introdujeron nuevas técnicas para el tratamiento de diferentes patologías mentales; ya se ha realizado el recorrido cronológico de la aparición de algunas al ocuparnos de la trayectoria inicial de Goldenberg, como los tratamientos quirúrgicos –lobotomía–, las convulsiones provocadas por *electroshock* y la electropirexis o piretoterapia. Habría que agregar otras terapias convulsivas provocadas por drogas como el cardiazol –metrazol en EEUU–, la insulinoterapia –inyectable empleada por vez primera por Jakel en 1932 para producir un coma hipoglucémico–, o la terapia palúdica de Wagner-Jauregg para el tratamiento de la neurosifilis. Aunque el fundamento etiológico de estas terapéuticas era y sigue siendo poco claro, su carácter somático le confería a la psiquiatría una dosis de “cientificidad” que, claro está, no podía otorgarle el uso del chaleco de fuerza o la ducha de agua helada, permitiéndole así ingresar al campo más general de las especialidades médicas. A esta serie de terapias habría que agregar el descubrimiento y aplicación cada vez mayor de la psicofarmacología.

<sup>7</sup> Fundada en 1948, la Organización Mundial de la Salud promovió un nuevo concepto de salud más abarcador que el puramente biológico, no ya como ausencia de enfermedad o invalidez, sino como un estado de bienestar completo físico, mental y social. La consecuencia inmediata de esto fue la introducción de la noción de *salud mental* en lugar de *higiene mental*. Este cambio fue registrado en el Congreso Internacional de Salud Mental llevado a cabo en Londres en 1948, y en Latinoamérica con el primer Congreso Latinoamericano de Salud Mental en Brasil de 1954, y continuó con el segundo en Buenos Aires en 1956. El nuevo concepto, emergente en el contexto de la posguerra e inseparable de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, también de 1948, hacía posible pensar ahora las disciplinas ocupadas de la *salud mental* en relación estrecha con aquellas ocupadas de la salud física. Pese a las críticas posteriores, a su generalidad y vaguedad, el nuevo concepto constituía de hecho una legitimación dentro del campo médico.

la situación original de marginación de la psiquiatría, trocada por la *integración al mundo médico-hospitalario*, esto es, una superación de los prejuicios que despertaba entre el resto de la población médica del hospital la convivencia con la locura. Integración aludía, ante todo, a una cohabitación legítima de la psiquiatría en el hospital, a una aceptación de su lugar y a un intercambio fluido con el resto de las especialidades médicas. Con esto se procuraba resolver de modo conjunto el sufrimiento humano en su doble carácter físico y mental. En suma, se trataba de un relato de desplazamiento continuo, evolutivo, que podríamos considerar perteneciente al género épico en la medida en que contaba la historia del triunfo de la psiquiatría humanitaria frente a la medicina y la psiquiatría asilar.

Volvamos ahora al relato del espacio como escisión. Conviene aclarar que algunos de quienes suministraban esta visión del Servicio habían dejado de trabajar en él hacía quince o veinte años en algunos casos. Sin embargo, las similitudes con los planteamientos contemporáneos durante el tiempo de mi trabajo de campo eran notables. Según pude saber, quienes a partir de los años ochenta se incorporaban masivamente al Servicio en busca de formación académica y profesional, lo hacían en razón del prestigio que la institución poseía desde fines de los años cincuenta. Parte de ese prestigio estaba relacionado con el de ser *un servicio psicoanalítico*. Según numerosos testimonios y trabajos, el Servicio del Lanús fue una institución en la cual se produjo una afluencia masiva de psicoanalistas, impulsada por el mismísimo Goldenberg, la cual dio lugar a la implantación de tratamientos psicoanalíticos en el espacio hospitalario, orientados a sectores sociales que no eran precisamente quienes los demandaban espontáneamente. Las simpatías de Goldenberg por el psicoanálisis llegaban a tal punto que, durante mucho tiempo, invitó al Servicio, ya como supervisores clínico como docentes, a psicoanalistas consagrados. Alentaba a sus discípulos a ingresar como candidatos en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Y, una vez instalados los programas de formación de postgrado –como las residencias psiquiátricas–, el psicoanálisis constituyó la orientación preponderante en el Servicio. El tipo de psicoterapia realizado recibía a menudo el calificativo de “psicoanalítica”, ya que estaba “basada en el análisis de la relación transferencial con el terapeuta”, y su pretensión era buscar “modificaciones estructurales de la personalidad” de los pacientes. También –es cierto– el Servicio era un ámbito de experimentación, y las peculiaridades del contexto y de la población conducían a implementar tratamientos grupales o terapias breves, incluso en combinación con la psicofarmacología. Esta etapa, que se extendió entre fines de los años cincuenta y comienzos de los años setenta, puede ser entendida como de “psicoanalización” del espacio del Servicio, y es coincidente con la expansión y popularización psicoanalítica de los años sesenta en Argentina.

En definitiva, la definición de un espacio escindido respondió en el pasado a una redefinición del espacio como “psicoanalítico”. La oposición a la medicina y a la psiquiatría se obtenía no sólo a través de un cuerpo de conocimiento y una práctica terapéutica distintos, sino que demandaba el establecimiento de fronteras espaciales en las que se pudiese afirmar la autonomía psicoanalítica y negar una narrativa de la expansión de las fronteras y la unidad. El diseño del lugar con salas de espera y consultorios aptos para el tratamiento individual o de grupos, así como la organización temporal de la atención basada en la normativa de la sesión, constituyán el espacio como “psicoanalítico” desde el punto de vista profesional.

A comienzos de la década de 1990 se había acentuado la definición psicoanalítica del Servicio, a tal punto que la Sala de Internación era vista al igual que el resto del hospital, como un ámbito “extranjero”, al igual que el resto del hospital; y los Consultorios Externos no eran ya aquello que daba vida al Servicio, como afirmaba el dibujo de Levín, sino *el Servicio*. “Psicoanálisis” se había vuelto, en buena medida sinónimo de “lacanismo”, y la práctica hospitalaria era vista como un medio ideal para la formación de postgrado de los jóvenes egresados de la carrera de psicología y de la especialidad psiquiátrica de la medicina. La inmensa cantidad de profesionales que concurrían gratuitamente al Servicio varias veces a la semana tenía como razón principal la búsqueda de formación. Ciertas instituciones psicoanalíticas lacanianas tenían una importante presencia a través de algunos de sus miembros que obraban como docentes, jefes o supervisores clínicos.

Como ya he señalado, esta perspectiva pedagógica del hospital respondía a una de las principales tradiciones de la medicina moderna. Sin embargo, las relaciones entre las prácticas definidas como psicoanalíticas y la medicina, la psiquiatría en general y la salud mental y pública habían alcanzado un mayor grado de tensión y conflictividad en razón de que el campo psicoanalítico argentino era más vasto, más heterogéneo y menos tolerante a la hibridación que treinta años atrás. Desde los años sesenta habían surgido numerosas instituciones de atención pública, comandadas psicoanalíticamente, o al menos definidas en esos términos. En gran medida, la psiquiatría en todas sus variantes quedó asociada con el autoritarismo político representado por la dictadura militar, desde ciertas perspectivas<sup>8</sup>. Las incertidumbres, preguntas y alegatos de quienes se definían como psicoanalistas en el hospital en los años noventa expresaban

8 La dictadura militar expulsó profesionales de las instituciones públicas, desmanteló los centros de salud mental y los hospitales neuropsiquiátricos, y eliminó las actividades formativas. Prohibió a los psicólogos que efectuaran psicoterapia, permitiéndoseles únicamente la aplicación de tests psicológicos y se volvieron a emplear técnicas de tratamiento que habían sido abandonadas o marginadas durante el curso de los años sesenta, como el *electroshock*.

los esfuerzos por tornar aceptable –en sus términos– el espacio hospitalario, en domesticarlo de acuerdo a las reglas de consagración que regían determinados grupos e instituciones del campo, en reglar sus límites amenazados por otros saberes en pugna, en instituirlo, en definitiva, psicoanalíticamente.

## VII

En Argentina, y más precisamente en Buenos Aires, todo aquel que sostiene ser “psicoanalista” se conduce con la certeza de disponer de una concepción del mundo que, desde su perspectiva, asegura plenas garantías de validez, no mereciendo en ningún momento y bajo ninguna circunstancia la menor puesta en discusión. Toda interpretación alternativa, incluso de índole psicológica, no es, en general, siquiera vislumbrada. Ahora bien, estas certidumbres no son sólo patrimonio de quienes se autodenominan “psicoanalistas” –médicos psiquiatras, graduados en psicología–, sino también de amplios sectores de la población, mayoritariamente las llamadas “clases medias urbanas”, base de reclutamiento tanto de quienes se profesionalizarán como “psicoanalistas”, como de quienes se convierten a diario en pacientes. El psicoanálisis representa una *Weltanschauung*, como la ha denominado Sérvulo Figueira (1991) para Brasil; un modo acostumbrado, seguro, confiable de interpretar los más diversos problemas, desde los conflictos personales hasta los acontecimientos de la esfera económica y política, una suerte de sistema clasificatorio organizador de múltiples experiencias (Plotkin, 2003)<sup>9</sup>, condición que lo emparejanta –o directamente lo asimila– a otras creencias colectivas, como las religiosas.

Abordar una teoría y una práctica como el psicoanálisis –que se han definido desde los comienzos en oposición a las religiones establecidas– en tanto “creencia colectiva”, puede tener varias consecuencias. Como ya hemos adelantado al comienzo, la extraordinaria difusión, su inserción en los modos de interpretación cotidianos, y aun más, el carácter de verdad absoluta que suelen asumir algunas de sus versiones para sus seguidores proporciona buenas razones para orientar su lectura en términos de “fe colectiva”. No obstante, si la mirada crítica ya ha juzgado negativamente las competencias cognoscitivas del psicoanálisis, y sólo pretende mostrar cuán supuestamente irreflexivas son las personas que lo practican, poco estaremos haciendo por entender las fuerzas colectivas que hicieron posible semejante desarrollo en Argentina y en otros contextos. En verdad, estaríamos apelando a la analogía religiosa, pero en su

<sup>9</sup> Esta particularidad del psicoanálisis en Argentina –el haber alcanzado el estatuto de “concepción del mundo”– no significa, sin embargo, que excluya otras formas de interpretación de la realidad.

vertiente iluminista o positivista más superficial. Por el contrario, aprovechar los estudios sociológicos y antropológicos sobre la religión implica, ante todo, tomarla en serio, entender qué es aquello que lleva a la adhesión por parte de los fieles, cómo construye visiones legítimas del mundo, cómo hace posible que se establezca la autoridad, cómo proporciona medios para dotar de sentido y afrontar el dolor social (Geertz, 1987). En otros términos, hace posible interrogar el carácter compartido de un sistema de pensamiento e ideas. Por cierto, no sucede con el psicoanálisis algo diferente a lo que ocurre con otras formas de conocimiento, tales como la medicina o la economía, tanto en el modo en que son creídas y practicadas por expertos, como por legos.

Empero, en mi análisis, he querido separarme de los enfoques que resaltan el psicoanálisis como un sistema de ideas expresadas a través del discurso, para poner más atención en el modo en que las mismas se encarnan en los espacios. En líneas generales, sabemos poco respecto a lo que los psicoanalistas –y quienes lo practican en calidad de pacientes– *hacen*. Tanto quienes se definen como “psicoanalistas”, como quienes los estudian han preferido poner su atención en los aspectos públicos, formales y consagrados: desarrollos institucionales, escritos teóricos o análisis de casos clínicos, por ejemplo. Rara vez han puesto su atención en aquellas actividades y expresiones más informales que el mismo psicoanálisis consideraría como intrascendentes o marginales, o que estaría dispuesto a ocultar. Mi interés por el espacio hospitalario constituye una consecuencia de este rumbo elegido. El espacio es ocupado por gente que se atribuye una identidad psicoanalítica, que etiqueta sus actividades y pacientes como “psicoanalíticos”, y que organiza y dota de sentido el espacio “psicoanalíticamente”. Al estudiar este proceso en un contexto hospitalario en el que preexistía la medicina y la psiquiatría, es posible comprender las diferencias a partir del modo práctico en que se definen límites y continuidades espaciales, y la manera en que el psicoanálisis –en sus diferentes modalidades– debió lidiar para establecer sentidos espaciales aceptables.

Finalmente, siendo el hospital público general un ámbito en principio extraño al psicoanálisis, es posible seguir a lo largo de treinta años la constitución de modos legítimos de ver y practicar el espacio, al tiempo que la conformación de identidades encarnadas en la arquitectura. En definitiva, a través de las prácticas de constitución del espacio, es posible estudiar la recíproca conformación de un saber siempre localizado, pero al que usualmente despojan de su dimensión espacial. Mi estrategia ha sido la de buscar las zonas más alejadas de aquello que un saber considera “su centro” en términos de Geertz (1994), porque como el mismo Sigmund Freud lo entendía, es en ellas donde pueden revelarse sus esfuerzos cotidianos por hacer de lo que es percibido como ambiguo o impropio, una parte inconfundible e innegable de su identidad.

APÉNDICE



Figura 1. El café "Sigi", en la zona llamada Villa Freud, en el barrio porteño de Palermo.  
A la derecha, una vista ampliada de su letrero principal.



Figura 2. Frente del Hospital "Evita" en 2001.  
La Sala de Internación funciona en el segundo piso (Foto Carlos Masotta).

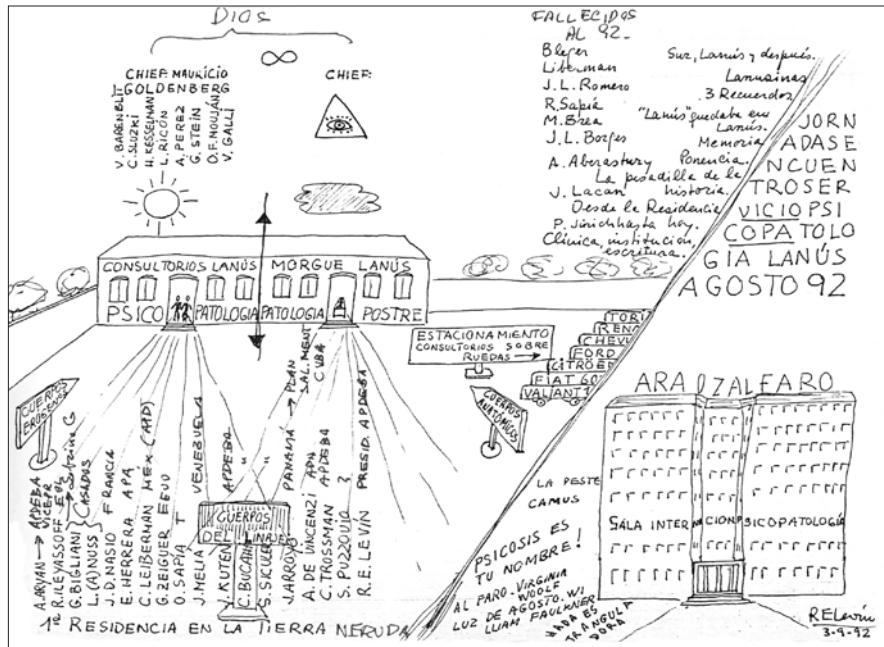


Figura 3. La playa de estacionamiento y los edificios de Anatomía Patología y la Morgue (Foto Carlos Masotta).

109



Figura 4. A la izquierda, el edificio en el que funcionan los Consultorios Externos. A la derecha y lindante, la Morgue.



110

Figura 5. Representación dualista del Servicio. Dibujo de Raúl Levin.

## REFERENCIAS

**Augé, Marc**1985 "Note sur les rapports entre l'espace social et systèmes symboliques", en *Annales ESC*, novembre-décembre, No. 6, pp. 1251-1259.**Bakhtin, Mikhail Mikhaïlovich**1981 *The Dialogic Imagination. Four Essays*. Austin, University of Texas Press.**Borch-Jacobsen, Mikkel**1995 *Souvenirs d'Anna 0. Une mystification centenaire*. Paris, Éditions Aubier.**Borch-Jacobsen, Mikkel**2002 *Folies à plusieurs. De l'hystérie à la dépression*. Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond.**Borneman, John**1999 "State, Territory and National Identity Formation in the Two Berlins, 1945-1995", en Akhil Gupta y James Ferguson (eds.), *Culture, Power, Place. Explorations in Critical Anthropology*. Durham, Duke University Press, pp. 93-117.**Bouveresse, Jacques**1996 *Philosophie, mythologie et pseudo-science. Wittgenstein lecteur de Freud*. Paris, Éditions l'Eclat.**Crampton, Jeremy W. y Stuart Elden (eds.)**2007 *Space, Knowledge and Power: Foucault and Geography*. Ashgate Publishing.**Da Matta, Roberto**1987 *A casa e a rua: Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.**De Certau, Michel**1994 *A invenção do cotidiano. Artes de fazer*. Petrópolis, Vozes.**Dias Duarte, Luiz Fernando**1986 *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Graal.**Driver, Felix**1985 "Power, Space and the Body: A Critical Assessment of Foucault's Discipline and Punish", en *Environment & Planning D: Society and Space*, 3, pp. 425-46.

**Figueira, Sérvulo Augusto**

1991 "On Being a Psychoanalyst in Brazil: Pressures, Pitfalls and Perspectives", en *Free Associations*, Vol. 2, Part. 3 (No. 23), pp. 423-446.

**Foucault, Michel**

1985 *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México, Siglo xxi Editores.

**Foucault, Michel**

1986 *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo xxi Editores.

**Franklin, Sarah**

1995 "Science as Culture, Cultures of Science", en *Annual Review of Anthropology* 24, pp. 163-184.

**Geertz, Clifford**

1987 "La religión como sistema cultural", en Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa, pp. 87-117.

**Geertz, Clifford**

1994 "El modo en que pensamos ahora: hacia una etnografía del pensamiento moderno", en Clifford Geertz, *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona, Paidós, pp. 173-192.

**Geertz, Clifford**

1994 "Centros, reyes y carisma: una reflexión sobre el simbolismo del poder", en Clifford Geertz, *Conocimiento local*. Buenos Aires, Paidós, pp. 147-171.

**Gittins, Diana**

1998 *Madness in its Place: Narratives of Severalls Hospital, 1913-1997*. London, Routledge.

**Low, Setha M.**

2003 "Embodied Space(s): Anthropological Theories of Body, Space, and Culture", en *Space and Culture*, 2003, 6, pp. 9-18.

**Meyer Catherine et coll.**

2005 *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris, Les Arènes.

**Paul-Lévy, Françoise & Marion Segaud**

1983 *Anthropologie de l'espace*. Paris, Centre Georges Pompidou-Centre de Crédit Industriel.

**Plotkin, Mariano Ben**

2003 *Freud en las Pampas*. Buenos Aires, Sudamericana.

**Plotkin, Mariano Ben y Sergio E. Visacovsky**

2007 "Saber y autoridad en las intervenciones de los psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina", en *Estudios interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*, Vol. 18, No. 1, pp. 13-40. Facultad de Humanidades Lester y Sally Entin. Escuela de Historia Instituto de Historia y Cultura de América Latina.

**Popper, Karl**

1994 *Conjeturas y refutaciones*. Barcelona, Paidós.

**Van Rillaer, Jacques**

1985 "Grandeur et misère de la psychanalyse", en *Raison Présente* 76, pp. 99-113.

**Vezzetti, Hugo**

1989 *Freud en Buenos Aires. 1910-1939*. Buenos Aires, Puntosur.

**Vezzetti, Hugo**

1996 *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivièr*e, Buenos Aires, Paidós.

**Visacovsky, Sergio E.**

2002 *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires, Alianza Editorial.

**Wittgenstein, Ludwig**

1966 *Lectures & Conversations on Aesthetics, Psychology and Religious Belief*. Compiled from notes taken by Yorick Smythies, Rush Rhees and James Taylor. Edited by Cyril Barrett, Oxford, Blackwell.