

# Salud mental y subjetividades en movimiento:

## Entre la caída, el derrumbe y la recuperación.

Autor:

Brunelli, Silvia

Tutor:

Roa, María Luz

2023

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado

# **Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

## **Título**

**“Salud mental y subjetividades en movimiento:  
entre la caída, el derrumbe y la recuperación”**

**Tesista: Silvia Brunelli**

**L.U: 18036532**

**Directora: Dra. María Luz Roa**

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

## ÍNDICE

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1. Introducción</b>                                                                              | 2  |
| 1.1. Problema y objetivos de investigación                                                          | 4  |
|                                                                                                     |    |
| 1.2. Hipótesis                                                                                      | 8  |
| 1.3 Desarrollo de la exposición                                                                     | 8  |
| <b>2. Estado el Arte y antecedentes</b>                                                             | 11 |
| 2.1. El lugar de la locura en Occidente                                                             | 11 |
| 2.2 Desmanicomializar: rehabilitar a las instituciones                                              | 15 |
| 2.3 Activismos, conversaciones teóricas y políticas entre Brasil y Argentina                        | 18 |
| 2. 4 Marco global. La perspectiva de la Organización Mundial de la Salud                            | 19 |
| 2. 5 La Ley Nacional de Salud Mental en Argentina                                                   | 27 |
| 2. 6 Contexto de las políticas de salud mental entre 2015-2022                                      | 31 |
| 2. 7 Estudios sociales sobre la salud mental                                                        | 31 |
| 2. 8 Los aportes de la antropología médica y antropología de la salud                               | 33 |
| 2. 9 Aportes de las ciencias sociales y humanas al campo del arte, la locura y salud en el Cono Sur | 38 |
| <b>3. Diseño de investigación</b>                                                                   | 41 |
| 3.1 Marco teórico y referentes conceptuales                                                         | 41 |
| 3.1.1 Antropología de la subjetividad                                                               | 42 |
| 3.1.2 Perspectiva fenomenológica                                                                    | 44 |
| 3.1.3 Fisiología de la percepción                                                                   | 45 |
| 3.1.4 El poder en “los juegos de verdad y “el cuidado de sí”                                        | 46 |
| 3.1.5 Teoría de la práctica y el <i>habitus</i>                                                     | 47 |
| 3.2 Enfoque metodológico                                                                            | 48 |
| 3.2.1 Sobre la etnografía y el registro etnográfico                                                 | 49 |
|                                                                                                     | 50 |
|                                                                                                     | 51 |
| 3.3 El caso de estudio: aspectos observados y analizados en el HdD de proyecto SUMA                 | 52 |
| 3.4 De la escritura y las palabras                                                                  | 54 |
| <b>4. Capítulo I: “O estás de un lado, o estás del otro”</b>                                        | 56 |
| 4.1 Derrotero de insatisfacciones                                                                   | 57 |
| 4.2. Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones<br>Lic. Laura Bonaparte    | 59 |
| 4.2.1 Rigidez epistemológica                                                                        | 62 |
| 4.2.2 La entrevista                                                                                 | 64 |
| 4.2.3 Nadie va a querer que lo estén mirando                                                        | 65 |
| 4.2.4 El rechazo al enfoque metodológico                                                            | 68 |

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.2.5 Micropolíticas en los pliegues                                                         | 71  |
| 4.2.6 Coproducciones: el taller de movimiento                                                | 72  |
| 4.2.7 La “captura” de lo real en un estado de excitación psicomotriz corporal                | 75  |
| 4.2.8 Prestame tu cuerpo                                                                     | 79  |
| 4.3 Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear                                 | 82  |
| 4.3.1 El Comité de Ética e Investigación (CODEI)                                             | 82  |
| 4.4 Síntesis de la derrota                                                                   | 88  |
| <b>5. Proyecto SUMA</b>                                                                      | 92  |
| 5.1. La institución                                                                          | 93  |
| 5.2 Abordaje clínico                                                                         | 95  |
| 5.1.3 El Hospital de Día (HdD)                                                               | 96  |
| 5.1.4 Características según género, franjas etarias, nivel de educación formal y diagnóstico | 99  |
| <b>6. Capítulo II: Subjetividad moviente</b>                                                 | 106 |
| 6.1 Musicoterapia. Subjetividad poética                                                      | 108 |
| 6.1.1 Inmersión cotidiana                                                                    | 108 |
| 6.1.2 Descifrar un <i>habitus</i> a través de la escucha                                     | 110 |
| 6.1.3 Medicadx. La inscripción corporal del padecimiento mental                              | 116 |
| 6.1.4 Agitadx. Vibrar con el cuerpo.                                                         | 122 |
| 6.1.5 Velocidades como espacios de la inquietud                                              | 128 |
| 6.1.6 Darse permisos y libertades. “Tecnologías del yo”                                      | 136 |
| 6.2 Lo moviente                                                                              | 138 |
| 6.2.1 Ser-cuerpo                                                                             | 139 |
| 6.2.2 Ontología de lo moviente: el derrumbe                                                  | 144 |
| 6.2.3 La caída como gesto del derrumbe                                                       | 147 |
| 6.2.4 La poética del peso y la muerte vertical                                               | 149 |
| <b>7. Conclusiones</b>                                                                       | 154 |
| 7.1 Recapitulando el recorrido                                                               | 154 |
| 7.2 Sobre lo moviente                                                                        | 160 |
| <b>Epílogo</b>                                                                               | 163 |
|                                                                                              |     |

## **Siglas y Abreviaturas**

Siglas y abreviaturas (por orden alfabético)

CODEI: Comité de Ética e Investigación

FAB: Frente de Artistas del Borda

HdD: Hospital de Día

HNSMALB: Hospital Nacional de Salud Mental (y Adicciones) en Red Lic. Laura Bonaparte

HEPTA: Hospital De Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental

MMH: modelo Médico hegemónico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNSM: Plan Nacional de Salud Mental

REC: Recuperación en Comunidad

## **Agradecimientos**

Son muchas las personas que me acompañaron y compartieron este proceso desde roles y espacios diversos.

En primer lugar agradezco a Silvia Citro por abrirme las puertas del Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance, un espacio potente y generoso en el cual me nutro y que me sostuvo a lo largo de la investigación.

A Luz Roa que me inspiró en la indagación guiándome en la difícil tarea de descubrir el pensamiento propio.

A Guillermina González por su sensibilidad y escucha.

A Proyecto SUMA, lxs docentes y muy especialmente a todxs lxs pacientes que me permitieron acceder a la intimidad de sus sentimientos al compartir músicas, danzas y juegos teatrales.

A la educación pública, libre y gratuita, a sus docentes y a mi muy querida UBA y Filo.

A Merlina porque con su amor y paciencia incondicional me dejó ser el ejemplo que una madre quiere darle a su hija.

A Silvia Pritz porque pensamos juntas en voz alta durante horas.

A Fabiana, “la loca del octavo piso” que con sus discursos desgañitados y enfurecidos desde el balcón, me hizo entender un par de verdades.

A todxs les que me escucharon decir “estoy escribiendo una tesis” y nunca dejaron de preguntarme cómo me iba con eso

## 1. Introducción

Los talleres de arte y creación incorporados a los tratamientos en salud mental han tenido un largo proceso e historia hasta que fueron reconocidos formalmente y legitimados en la Ley Nacional de Salud Mental –LNSM- , si bien hay un corpus sobre las prácticas artísticas y las transformaciones de la subjetividad, el modo en que operan las corporalidades y el movimiento es un terreno de reciente exploración y esta investigación pretende ser un aporte al campo. Cuando me sumé al Equipo de Antropología del cuerpo y la Performance dirigido por Silvia Citro en 2016, los abordajes teórico-metodológicos que se venían trabajando, las distintas indagaciones y reflexiones en torno a las potencialidades cognoscente y reflexivas del cuerpo y los modos de producir conocimiento y fueron nutriendo mi propia inquietud y orientando mi búsqueda.

La motivación surge, en principio de una observación general en el medio ambiente inmediato y en las relaciones cotidianas, personales, familiares, laborales y artísticas. Siempre me resultó llamativo la naturalización del consumo de ansiolíticos y distintas drogas para calmar momentos de tristeza o simplemente no poder dormir. Algo que hace diez años no era tan común en mi entorno, se fue acelerando y aumentando: estados depresivos, ataques de pánico, síndromes, ansiedades, tendencias obsesivas, etc.

Empecé a enfocarme intuitivamente en las disposiciones y efectos que estos estados producen en las personas, a prestar atención a las corporalidades, los gestos, al relato de las percepciones, del sufrimiento y los efectos del stress. Con el foco siempre puesto en la experiencia corporal, sensoperceptiva y moviente.

Me provocó especial curiosidad distintos tipos de padecimientos frecuentes en gente conocida, en la charla de la mesa de al lado en un bar, mi madre una mujer ya grande que salió de una depresión profunda con medicación, inclusive yo misma pude reconocerme en estados de ansiedad y tristeza que los atravesé con psicoanálisis y terapias alternativas. Estos padecimientos están dentro de un espectro con el cual se puede lidiar, son momentos que se transitan y no llegan a ser agudos. No obstante en, sin entrar en diagnósticos, hay umbrales de pasiones que nos sobrepasan, ciertos bordes, o estados liminales que guardan alguna similitud con los que se experimentan en la creación artística. En la práctica del arte, la conciencia, la psiquis, la disposición sensible y propioceptiva se alteran, suele suceder en los momentos de inspiración donde se sintoniza con niveles sensoperceptivos inusuales de intuición, frenesí o éxtasis.

La danza y el trabajo corporal son parte de mi vida, en cuarenta y tres años he aprendido algunos procedimientos que me permiten reflexionar sensiblemente desde la experiencia propia y hacer uso de un *saber encarnado*. Comprendo la investigación como un proceso que convoca diversas aptitudes: no podría indagar sin apelar a la sensibilidad, y no podría crear sin hacerme preguntas. La Antropología del Cuerpo y la Performance me habilitaron a la confluencia del conocimiento, la reflexión teórica más la práctica artística, ambas en trasvasamiento continuo y motivado mutuamente por la curiosidad.

Siempre creí que la capacidad de pensar y de abstracción parten de la experiencia del cuerpo y del placer que experimentamos al movernos. Durante muchos años lo viví como algo dado, sin reflexionar mucho sobre la cuestión. Pero con el tiempo noté que aquella vinculación era evidente sólo para mí y pocas personas.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Es por eso que los talleres de movimiento, teatro y musicoterapia del Hospital de Día (HdD) de salud mental en Proyecto Suma me parecieron campos de indagación fértiles para poner en juego el conjunto de aportes e intereses así como ejercitar el diálogo entre la teoría académica y la práctica artística.

### **1.1 Problema y objetivos de la investigación.**

El nudo problemático que identifiqué se expresa con bastante aproximación en esta cita:

*“... hay un gran sufrimiento psicológico contemporáneo. Esto evoca lo que Franz Fanon decía en la época de la independencia de Argelia, que cuando la gente no tiene los elementos culturales o ideológicos teóricos para expresar su desacuerdo, es con su cuerpo y con su mente que expresan a través de un sufrimiento estas disidencias. Esta “disidencia”, es una disidencia existencial que hoy en día de manera diferente está desarrollada en todo el mundo. Lo que nos parece importante es que la farmacología, el biopoder, la normalización no aplaste este sufrimiento. Tenemos que ver que este sufrimiento tiene de manera críptica un mensaje que hay que sacar y comprender el hecho de que esta sociedad no es viable. Esto nos lleva a pensar la cuestión de cómo se hace una clínica individual y social, como se actúa con un nivel de no saber; como escribía Sartre, siempre nos comprometemos en un nivel de ignorancia” (Benasayag, 2011).*

Me interesa comprender qué pasa con los cuerpos y corporalidades cuando individual y colectivamente estamos bajo situaciones y experiencias traumáticas donde la salud mental colapsa, y a la inversa, qué corporalidades y experiencias kinestésicas emergen a la hora de reparar, restituir, restablecer un equilibrio con el *self* y con el mundo, que hagan posible recuperar vínculos constructivamente.

Las prácticas del movimiento y artes de la danza, el teatro y la música juegan un rol especial y fundamental por su potencial emocional y afectivo vinculado al trauma

Más allá de la cuestión terapéutica como una posibilidad “liberadora” o un canal de expresión de conflictos y sentimientos que no pueden ponerse en palabras, todavía prevalece el dualismo cuerpo/alma, donde el cuerpo se reduce a un medio de expresión o comunicación en el cual se proyectan otras operaciones y patrones mentales y emocionales o se simbolizan experiencias que en el tratamiento se asumen como exteriores, como algo que le pasa al sujeto en tanto situaciones, eventos, relaciones, conflictos (Jackson, 2010). Lo terapéutico dentro de la biomedicina se enmarca en el dualismo metodológico que sincroniza en un mismo gesto tres operaciones: diferencia, opone y jerarquiza, el campo de la salud mental se desenvuelve en esta lógica e instituye un orden donde *“...la comprobación de la diferencia se acompaña necesariamente de una oposición binaria definitoria (y definitiva), y de una valorización por jerarquización”* (Bardet, 2018). Alrededor de ésta se organizan tanto las disciplinas como los tratamientos y las instituciones.

La “falla” lo que se diagnostica como una patología mental es tratado con psicoterapia y psicofármacos, es un tratamiento que “se aplica”, el cuerpo sufre las consecuencias esforzándose por restablecer un equilibrio. En líneas generales el objetivo de la recuperación es que las personas puedan controlar mejor el padecimiento y reintegrarse a su entorno social.

Cuando, como dice Benasayag parafraseando a Fanon, no se encuentran maneras para formular en palabras y pensamiento se sufre, pero este sufrimiento trae consigo una clave, un sentido, algo que debemos comprender. Es un desafío que urge desentrañar para que la existencia y la vida social sean algo posible.

Otra dimensión a tener en cuenta en la problematización es el análisis sociocultural, las condiciones materiales y culturales que son terreno fértil para que ese

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

sufrimiento se produzca y reproduzca. Así también el sistema de disposiciones y esquemas de percepción que operan en los prejuicios del padecimiento mental donde se juegan definiciones políticas sobre la normalidad y lo que queda adentro o afuera del sistema. En Argentina hay que señalar también que los padecimientos mentales y los consumos problemáticos son considerados “problemáticas sociales complejas” donde intervienen múltiples factores:

*“se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley Nacional de Salud mental N°26.657- Capítulo II. Art.3°)*

El presente trabajo de investigación duró algunos años: en 2017 diseñé el proyecto de Investigación en el Seminario Anual de la carrera orientación sociocultural; durante 2018 intenté hacer el trabajo de campo en dos instituciones públicas El Hospital Nacional en Red de Salud Mental Laura Bonaparte y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, pero no fue posible. Finalmente logré hacerlo a principios de 2019 en Proyecto SUMA, una institución privada a la cual concurrí durante cuatro meses participando tres veces por semana en los Talleres de Musicoterapia, Movimiento y Teatro del Hospital de Día. El proceso de escritura fue durante la pandemia de Covid, años 2020- 2021 y parte del 2022.

En virtud de la cuestión planteada y el contexto brevemente descripto me pregunto:

¿Qué transformaciones producen las prácticas y experiencias que involucran el cuerpo, el movimiento y la sensibilidad en los pacientes que participan de las actividades expresivas y talleres del dispositivo del HdD?

Y de manera más específica,

¿Qué procesos de subjetivación operan a través del cuerpo, el movimiento, la sensibilidad y la emoción para re-componer tramas de sentidos que restituyan el poder a los sujetos y a la red de apoyaturas de su entorno?

¿Qué papel juega el movimiento y la expresividad sensible en la constitución de subjetividad?

Para responder los interrogantes me propongo:

Objetivo general:

Indagar en los usos del cuerpo en las prácticas de los talleres de movimiento, teatro y musicoterapia del HdD de Proyecto SUMA en el período de enero hasta abril del 2019, atendiendo a la construcción que los sujetos hacen de sus propias subjetividades.

Objetivos específicos:

1. Analizar las relaciones intersubjetivas entre la institución psiquiátrica - los profesionales y los pacientes
2. Describir y analizar las transformaciones en los modos de ser, de estar y de relacionarse con y entre los pacientes del HdD en el marco de las actividades expresivas y talleres del dispositivo.

3. Indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y movimiento en las prácticas sensibles y expresivas de los talleres y su relación con el tratamiento de recuperación.
4. Comprender sobre los sentidos otorgados por los pacientes a los procesos creativos que se dan en los talleres de movimiento, teatro y musicoterapia en los contextos de tratamiento de recuperación.

### **1.3 Hipótesis**

Se sostiene a modo de hipótesis que los tratamientos de recuperación en salud mental que incluyen dentro de la práctica clínica el uso de la creatividad, el arte, las emociones y el cuerpo resignifican experiencias de la vida cotidiana, y restituyen a los individuos el poder sobre sí mismos otorgándoles agencia y capacidad de acción para vincularse con el mundo desde este potencial creador. El hacer desde el cuerpo produce un desplazamiento de las visiones sociales normativas operando transformaciones a nivel micropolítico en el sujeto y en la red de sostén de vínculos próximos.

### **1.4 Desarrollo de la exposición**

En el apartado **2. Estado del Arte y antecedentes**, explico el campo disciplinar en torno a la salud mental y los contextos históricos y políticos de su desarrollo. Luego focalizo a nivel local tomando algunos aspectos relevantes de la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010, y el contexto de políticas públicas entre 2015/2019. Expongo dos enfoques teóricos fundacionales y los procesos y debates que a partir de los años '60 derivaron en lo que se conoce como desinstitucionalización o desmanicomialización. También expongo cómo los activismos e intercambios entre Argentina y Brasil fundamentalmente impactaron en los procesos de elaboración de la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

legislación en salud mental en estos países. El recorte me permite introducir el trabajo de campo realizado en la salud mental pública y contextualizar las discusiones.

En cuanto a la relación de la corporalidad, el movimiento y lo sensible de las prácticas artísticas y/o creadoras con los tratamientos de salud mental, desarrollo un panorama de algunas escuelas, corrientes teóricas e investigaciones recientes en Europa, Brasil y Argentina.

En el apartado **3. Diseño de investigación**, explico el *abordaje teórico metodológico de y desde la antropología del cuerpo*: el enfoque etnográfico y las técnicas de investigación empleadas desde esta perspectiva. Describo el referente empírico y el sujeto de estudio detallando algunas consideraciones a tener en cuenta sobre el modo al que pude acceder al mismo.

Introduzco el marco conceptual de la investigación que tomo para el análisis y su pertinencia de acuerdo a las preguntas y objetivos planteados.

El **Capítulo I “O estás de un lado o estás del otro”** consiste en lo intentos por realizar el trabajo de campo en dos instituciones públicas, el Hospital Nacional en Red de Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear durante el año 2018. Estos registros y entrevistas que analizo dan cuenta, por un lado, de mis intentos para acceder al campo a la vez que ponen de relieve ciertas tensiones vinculadas a las especificidades propias del método etnográfico y de la Antropología y de nuestra disciplina en interacción con la psiquiatría, psicología y la biomedicina dentro de las instituciones de salud públicas.

A partir de una entrevista con una trabajadora social del Hospital de Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte, analizo un estudio de caso de excitación psicomotriz que me permite profundizar enfoques desde la fisiología de la percepción y

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

la neurofisiología en el proceso de “captura” de lo real. Asimismo expongo mi interpretación sobre la coexistencia del sistema biomédico y el taller del movimiento en ese hospital.

Luego en el **Apartado 5. “Proyecto SUMA”** doy cuenta cómo llego a la institución Proyecto Suma donde realicé el trabajo de campo en el HdD del turno mañana. Expongo los lineamientos de trabajo, el enfoque de los tratamientos y el abordaje clínico, la organización de los equipos profesionales y hago una caracterización de la población que asiste a la institución.

En el **Capítulo II “Subjetividad moviente”** me sumerjo en los registros de los talleres y lo divido en dos apartados. En el apartado **“Musicoterapia. Subjetividad poética.”** analizo la experiencia de las prácticas creativas, poéticas y sonoras compartidas con lxs pacientes. Desde la perspectiva de Pierre Bourdieu analizo el *habitus* construido en torno a las capacidades y valorizaciones del sujeto y la inscripción corporal del consumo de psicofármacos. También describo el proceso de transformación emocional que habilita la resignificación del trauma y lo analizo a la luz de la antropología de la subjetividad y corporalidad.

Indago fenomenológicamente el estado de agitación corporal, emocional y cognitiva que se produce grupalmente en la creación musical y teatral así como también la noción de performance. Finalmente examino el conjunto de ejercicios y destrezas observadas que se incorporan como una rutina de trabajo sensible, constituyéndose en “tecnologías del yo” desde la perspectiva teórica del gobierno de sí de Michel Foucault

En el apartado **Lo moviente**, me enfoco en el análisis de los talleres de movimiento y de teatro. Aquí observo específicamente la relación del movimiento y el peso corporal desde la mirada de la danza tomando el enfoque de Laurence Louppe y

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Doris Humphrey, en articulación con las perspectivas *psi* ( psicología, psiquiatría, psicología social) puntualizando en la noción de “derrumbe” de Donald Winnicott. La descripción densa de las experiencias estésicas y kinestésicas de movimiento de lxs pacientes me permiten pensar el estado del *ser-cuerpo* como una ontología de lo moviente desde una perspectiva fenomenológica.

En las **Conclusiones** desarrollo la hipótesis del trabajo en la cual sostengo que el hacer desde el cuerpo y la creación produce el desplazamiento de visiones normativas y opera transformaciones subjetivas en la persona y sus vínculos socio-afectivos. Luego esbozo algunas reflexiones finales.

## **2. Estado del arte y antecedentes**

### **2.1 El lugar de la locura en Occidente.**

Michel Foucault publica los de “Historia de la locura en la época clásica” 1964, una obra fundamental que imprime un espíritu de época en el pensamiento de los movimientos reformistas y la antipsiquiatría. El autor hace una genealogía del “internamiento” desde el S XIV en la Edad Media al XVII, con la lepra y los leprosarios como lugares de aislamiento, continua en el siglo XVI época en la cual se instalan las enfermedades venéreas donde la segregación por cuestiones de salud conlleva también una condena moral que va más allá de su tratamiento. Pero es en el S XVII donde la locura emerge como un estado alterado de consciencia que debe dominarse y aislarse con el afán de purificación, de exclusión social y control. Foucault traza un desarrollo cuyo eje consiste en explicar y analizar los procesos de conformación de subjetividades y las transformaciones socioculturales y económicas que operaron en la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

reconfiguración de las miradas y percepciones sociales sobre la locura. Se trata de un proceso paulatino: desde el extrañamiento, luego la segregación, la alienación y el encierro en distintos momentos históricos hasta la modernidad.

Creo que las nociones de *cuidado de sí*, *tecnologías del yo*, y los *discursos de verdad*, me permiten comprender dimensiones fundamentales del cuerpo, las emociones y prácticas en la locura, a continuación desarrollo algunas de ellas.

La **sinrazón** es una idea que está presente en la construcción de la locura y que es retomada e iluminada en un trazo genealógico-histórico desde la Edad Media hasta la modernidad. La crítica de la relación (que es también una separación), entre razón y locura es el telón de fondo que anima el recorrido de mi investigación. Me interesa recuperar un pasaje del capítulo de *El gran encierro*, sobre una reflexión crítica que le hace a Descartes:

*“ En el camino de la duda, Descartes encuentra la locura al lado del sueño y de todas las formas de error. Esta posibilidad de estar loco, ¿no amenaza con desposeerlo de su propio cuerpo...? (...) yo, que pienso, no puedo estar loco (...) **No es la permanencia de una verdad la que asegura al pensamiento contra la locura, como le permitiría librarse de un error o salir de un sueño; es una imposibilidad de estar loco, esencial no al objeto del pensamiento, sino al sujeto pensante (...)** la locura justamente es condición de imposibilidad del pensamiento (...) La duda de Descartes libera los sentidos de encantamientos, atraviesa los paisajes del sueño, guiada siempre por la luz de las cosas ciertas; pero él destierra la locura en nombre del que duda, y que ya no puede desvariar, como no puede dejar de pensar y dejar de ser (...) El encaminamiento de la duda cartesiana parece testimoniar que en el siglo XVII el peligro se halla conjurado y que **la locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos a la verdad: ese dominio que, para el pensamiento clásico, es la razón misma. En adelante, la locura está exiliada. Si el hombre puede siempre estar loco, el pensamiento, como ejercicio de la soberanía de un sujeto que se considera con el deber de percibir lo cierto, no puede ser insensato.** Se ha trazado una línea divisoria, que pronto hará imposible la experiencia, tan familiar en el Renacimiento, de una Razón irrazonable, de una razonable Sinrazón.”* (Foucault, 1986:36,37 las negritas son mías)

Foucault sostiene que en virtud de esa **alienación**, que opera sobre el *sujeto pensante* no sobre el pensamiento, hay un deslizamiento que sucede entre dos momentos históricos del “encierro”: al principio (S XVII) la población recluida estaba mezclada “...*encerrar al insensato con el depravado y el hereje hace borrar el hecho de la locura, pero revela la posibilidad perpetua de la sinrazón; y ésta es la amenaza, en su forma abstracta, la que trata de dominar la práctica del internamiento*” (Foucault, 1986:117).

Hasta el Renacimiento “...*la sensibilidad ante la locura estaba ligada a trascendencias imaginarias...*” (Foucault, 1986: 56) pero en la época clásica la percepción es mediada por una condenación ética. El autor se pregunta sobre qué fondo es que pudo reconfigurarse esa sensibilidad social capaz de concebir una población destinada al “encierro”. Y es que hay un lento proceso de constitución de *conciencia ética* en cuanto al merecimiento ya sea por beneficencia (enfermedad, pobreza, miseria) o por represión (locura, insensatez, el pobre que se rebela), que constituye la valoración de un *sujeto moral*.

El gesto del “encierro”, dice Foucault no es una mera segregación, sino un cúmulo de experiencias que el hombre clásico hace de sí mismo mientras atraviesa transformaciones sociales, culturales y políticas inéditas y a escala masiva<sup>1</sup>. La entrada a la modernidad implica un extrañamiento, un proceso de subjetivación en el cual los perfiles familiares empezaban a desdibujarse y el hombre clásico ya no se reconoce en ellos, “...*este es el gesto donde el hombre moderno encuentra en el loco su propia*

<sup>1</sup> Recordemos que el siglo XVII está signado por la Revolución Francesa, el ascenso de la burguesía, el desplazamiento poblacional del campo a las ciudades que genera marginalidad y miseria y la primer revolución industrial, para mencionar los temas más relevantes. Es en este contexto socio histórico umbral de la modernidad en el cual Foucault sitúa la transformación de la conciencia ética, jurídica y médica.

*verdad alienada (...) es en la medida en que fue constituido ese campo de alienación donde el loco fue expulsado” (Foucault, 1986:70).*

En forma paralela y desde la Edad Media se fue desarrollando una *conciencia jurídica* elaborada por el derecho romano y el derecho canónico que condujo a la experiencia de la persona como sujeto de derecho. Y luego de una etapa en la cual se profundizan las clasificaciones y tipificaciones para reconocer exhaustivamente la enfermedad, la locura formula su propio lenguaje con sus investigaciones anatómicas, sus trastornos y la *“Teoría general de la pasión, la imaginación y el delirio”* donde se establecen los nexos entre locura y sinrazón en una misma experiencia desarrollándose una *conciencia médica*.

La locura se vuelve contracara del progreso con una nueva coherencia y una nueva percepción asilar y ya para fines del SXVIII convergen en otra nueva “toma de conciencia”: el pensamiento médico y el internamiento juntos. Ahora sí hay un registro de la conciencia que *se apodera históricamente de la locura y domina su sentido*. (Foucault.1986: 92, 93).

Aunque Foucault no refiere exactamente a estas operaciones de desdoblamiento y separación con el término “dualismo cartesiano” (sino la duda cartesiana) afirma que el sujeto pensante no puede estar loco y que la locura excluye la posibilidad de verdad. Tan profunda y naturalizada resulta esta concepción que una y otra vez hay que detenerse para observar críticamente si no estamos reproduciendo modos de pensar, de hacer y epistemologías que ya no se sostienen. Por eso el enfoque teórico metodológico de la Antropología de/desde los cuerpos me permite deshacer desde el

interior, como un *temblor* (Glissant, 2019:67)<sup>2</sup> la rigidez de las perspectivas binarias y hegemónicas.

## 2. 2 Desmanicomializar: rehabilitar a las instituciones.

En el campo de la psiquiatría, Franco Basaglia asumió la dirección del hospital psiquiátrico de Gorizia en Venecia, Italia en 1961. Él era psiquiatra y en consonancia con las miradas críticas de la época en relación a la clínica y los tratamientos de la salud mental prioriza la tarea de “humanización” que luego continua y completa en el hospital psiquiátrico de Trieste (1971/1979). Basaglia nutrió su enfoque teórico en la fenomenología alemana y mantuvo contactos e intercambios con filósofos, sociólogos, psicoanalistas y diversos intelectuales como M.Foucault, G.Deleuze, F.Guattari, J.P. Sartre; con los referentes de la antipsiquiatría en Inglaterra como Ronald Laing, David Cooper y la comunidad terapéutica de Maxwell Jones. Y en Estados Unidos con Thomas Szasz, y Morton Schatzman referentes de movimientos por los derechos humanos (Pasquale, 2001:345).

En el hospital de Trieste implementó con su equipo la estrategia de “desinstitucionalización” que abarca tres niveles: el cultural científico, organizativo y relaciones humanas. La especificidad técnica de la desinstitucionalización está en la labor e integración de estas dimensiones más que en los enfoques psicoterapéuticos. Evaristo Pasquale psiquiatra del Departamento de Salud Mental de Trieste sostiene que la estrategia de rehabilitación consiste en *rehabilitar a las instituciones de la rehabilitación*” desde su interior, rompiendo con una dinámica cerrada en sus propias reglas que conduce a situaciones corruptas y opresoras, y recién después a los

---

<sup>2</sup> Me refiero al pensamiento del temblor de Édouard Glissant: “ Del pensamiento del temblor al temblor, hay toda la fragilidad que suele reforzar el sistema errático (...) nos aleja de las certezas arraigadas(...) Ni el cuerpo ni el espíritu se desgreñan o pierden el hilo de la trama cuando recurren a los poderes frágiles del temblor.”. del libro “Filosofía de la relación. Poesía en extensión”, pág 67

pacientes. Para ello también es necesario reorientar la ejecución de los recursos públicos hacia la emancipación y no tanto hacia el control (Pasquale, 2001:345)

También señala que en cuanto a la organización, el concepto y la práctica en Red es transversal: red institucional de hospitales públicos de salud mental para organizar las responsabilidades políticas y profesionales de la atención sanitaria para evitar competencias y contradicciones conflictivas en la gestión; red de sostén familiar, comunitario, de voluntarios, amigos y colegas, entre profesionales y no profesionales; red de inclusión laboral porque el trabajo constituye el nivel más alto de rehabilitación en tanto desarrolla higiene, autonomía, socialización, valoración personal ,etc.

Este enfoque plantea que como experiencia de vida la salud mental es una lucha permanente de cada conjunto humano que conlleva grandes dificultades para crear espacios y darles continuidad. La asistencia, los abordajes y el servicio deben ser receptivos a las situaciones cambiantes para evitar que se cronifiquen. Lxs pacientes tienen voz y derecho a ser escuchados y tratados como ciudadanxs (Pasquale, 2001:349).

Desde mi perspectiva la “desinstitucionalización” y *humanización* de Basaglia y el movimiento reformista en Gorizia y Trieste son un gran esfuerzo por dar respuesta a lo la genalogía de la locura que desarrolló Foucault.

Simultáneamente al movimiento de Basaglia en Argentina el antropólogo Eduardo Menéndez a fines de la década del '60 introduce la noción de el Modelo Médico Hegemónico -MMH- definido particularmente “...*por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación*” (Menéndez, 2020). La biomedicina como forma de atención a la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

enfermedad y los padecimientos evolucionó entrelazada con el sistema capitalista que, por su organización social, ideológica y económico-política le garantizó una hegemonía que en la práctica intenta excluir técnica, jurídica e ideológicamente a otras formas de atención:

*Por “modelo médico hegemónico” entendemos el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención” (Menéndez. E, 2020)*

A la luz de estas tres perspectivas y desarrollos teóricos: Foucault y el “gran encierro”, Basaglia y la desmanicomialización, y, Menéndez con el MMH (al cual le contrapone el *modelo comunitario*), se nutren los debates sobre nuevas experiencias, abordajes y legislaciones de la salud mental en el cono Sur situándose en las complejidades políticas de la región.

### **2. 3 Activismos, conversaciones teórico-políticas entre Brasil y Argentina.**

La problematización de los procesos de conformación de las subjetividades en Brasil y Argentina fueron promovidos por diálogos discusiones, reivindicaciones y resistencias de movimientos organizados en torno a la salud mental y las políticas públicas.

Brasil fue de los primeros países que implementó cambios en la legislación al calor de la participación popular como lo fue la Reforma Psiquiátrica Brasileña, un movimiento sociopolítico que encuentra ligazón con la legislación de salud mental iniciada en 1990 en la Declaración de Caracas. Luego en noviembre de 1999 se

promulga la ley N 9.867, que habilita el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los servicios comunitarios (Tosta Berlinck, 2009: 265) Para hacer una aproximación al rico intercambio que se desplegó entre ambos países, más la experiencia europea, me baso en las perspectivas del psicoanálisis que problematizan la emergencia de singularidades colectivas y los estudios transdisciplinarios de subjetividad de Suely Rolnik, y Félix Guattari, en *“Micropolítica”. Cartografías del deseo.*<sup>3</sup> El texto reúne entrevistas, conversaciones e intercambios entre ambos, y también de Guattari con los activismos y agrupaciones políticas brasileñas durante el año 1982, en el marco del clima de campaña de las primeras elecciones directas luego de dos décadas de dictadura. Por esos años retorna la democracia en Argentina y en 1984 comienza a formarse el Frente de Artistas del Borda -FAB-<sup>4</sup> que condujo, entre otras cosas a la creación de la radio “La Colifata” bastión de la lucha por los derechos de *lxs locxs*, ambas experiencias han crecido y siguen vigentes al día de hoy.

Considero relevantes y conectados movimientos políticos y socioculturales de ambos países porque hasta llegar a las respectivas reformas de las leyes y de los sistemas de salud mental hay toda una reapropiación y un profundo trabajo de reflexión

---

<sup>3</sup>Suely Rolnik junto a Félix Guattari, quien principios de los años '50 contribuyó a fundar la experiencia pionera de la clínica La Borde en Francia viajan juntos en varias oportunidades a Brasil. *“Micropolítica. Cartografías del deseo”*. es fruto de esas travesías intelectuales políticas y filosóficas, de *“...debates, reuniones, encuentros conversaciones, conferencias, mesas redondas entrevistas, textos y correspondencia...”* (Rolnik, 2013:467) que se desarrollaron con motivo de la visita de Guattari a ese país en 1982. El intercambio epistolar es entre 1983-1985. En la última edición se suma una entrevista a Rolnik y el ensayo *“Geopolítica del rufián”* donde la autora introduce el concepto de *cuerpo vibrátil*.

<sup>4</sup> El Frente de Artistas del Borda FAB es un movimiento que surge en 1984, con el retorno de la democracia y que reúne pacientes con padecimiento mental, artistas, profesionales de la salud, docentes y nace con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social desde artistas internados y externados en el Hospital Borda y aportar a su reinserción en la comunidad. *“La circulación de los productos artísticos del Frente produce en los artistas internados y externados que participan de él tres efectos necesarios: subjetivo, institucional y social. El arte convoca a los creadores a forjar una identidad dentro de un trabajo grupal, denunciando aquellas cosas que lo perjudican en su estadía como interno. Es esto mismo lo que genera después repercusiones a nivel institucional, a partir de las denuncias realizadas. Y el efecto social es aquel que se produce desde el momento en que los creadores se muestran a la sociedad como productores de arte (“subjetivación”) y no como enfermos mentales”*. (Sava, 2008)

en torno a los procesos de subjetivación y a cómo se gesta el nuevo paradigma de “desinstitucionalización” europeo se sitúa en los contextos locales:

*“tal movimiento de los aires del tiempo tiene como uno de sus principales objetivos la política que rige los procesos de subjetivación- especialmente el lugar del otro y el destino de las fuerzas de creación- propia del capitalismo financiero que se instaló en el planeta a partir del final de los años 1970. La confrontación con este campo problemático impone la convocatoria a una mirada transdisciplinaria, ya que allí están imbrincadas innumerables capas de realidad, tanto en el plano macropolítico (los hechos, los modos de vida en su exterioridad formal, sociológica), con en el micropolítico (las fuerzas que agitan la realidad, disolviendo sus formas y engendrando otras en un proceso que abarca el deseo y la subjetividad)... En Brasil, curiosamente este debate sólo se esboza a partir del cambio de siglo, en parte de la nueva generación de artistas que comienzan a tener expresión pública en ese momento, organizándose frecuentemente en los llamados “colectivos” (Guattari; Rolnik, 2013: 475)*

## **2. 4 Marco global. La perspectiva de la Organización Mundial de la Salud**

Luego de la Primer y Segunda Guerras Mundiales la salud mental comenzó a ser un tema fundamental en los asuntos de Estado en los países centrales. Hay que mencionar entre los pioneros al “*Movimiento de Higiene Mental*” promovido por Clifford Beers a principios del S XX en E.E.U.U; la fundación de la *Mental Health Asociation* en 1946 en Londres y dos años después el Primer Congreso Internacional de Salud Mental. Seguidamente la Organización Mundial de la Salud -OMS- desde su fundación en 1948 ya distingue un área específica de, salud mental y en E.E.U.U en 1949, se crea el *National Institute of Mental Health* (Miranda Hiriart, 2018).

Hacia 1958, desde el campo de los enfoques *psi*, la psicóloga Marie Jahoda publica una sistematización que fue tomada como referencia para conceptualizar la salud mental. La autora sostiene que en la dinámica de la construcción social hay ciertos criterios que indican las condiciones de salud mental, a saber: un autoconcepto

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

realista, de identidad y autoestima; la búsqueda de crecimiento y autoactualización; la integración de sí mismo y de las distintas experiencias; la autonomía; la percepción objetiva de la realidad y el dominio del entorno y la adaptación y éxito para alcanzar metas (Miranda Hiriart, 2018)

Los organismos internacionales continuaron formulando definiciones más o menos oficiales que siguieron ajustándose al ritmo de las transformaciones globales (Miranda Hiriart, 2018). Actualmente la OMS reconoce la salud mental *“...como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad...”*(OMS, 2013)

En 2013 la OMS lanza El *“Plan de Acción Integral para la Salud Mental 2013-2020”* con un enfoque multisectorial donde concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Al referirse a la situación mundial señala que hay personas y grupos que están más expuestos al padecimiento por su situación de vulnerabilidad: pobreza, discriminación, infancias y juventudes que viven maltrato y abandono, minorías entre ellas las trans y LGTB, prisioneros, poblaciones atravesadas por conflictos bélicos, étnicos, humanitarios y desastres naturales<sup>5</sup> (OMS, 2013)

---

<sup>5</sup>*“Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias. La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer”*(OMS, 2013:8)

*“Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. **A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes**” (OMS, 2013:8 las negritas son mías).*

El Plan propone seis principios y enfoques transversales:

1. Cobertura sanitaria universal: basándose en el principio de equidad, proporcionar el acceso a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.
2. Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
3. Prácticas basada en evidencias: las estrategias, acciones y medidas deben basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta especificidades culturales.
4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades que se plantean en las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
5. Enfoque multisectorial: articulaciones con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y del sector privado
6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: promover la emancipación de las personas que padecen trastornos mentales y discapacidades para que puedan participar en la promoción de políticas, la

planificación y la prestación de servicios y la investigación entre otras cuestiones.

(OMS, 2013)

La categoría de «trastornos mentales» que el documento señala refiere a aquellos padecimientos que figuran en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* que incluyen

*“...trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo. Con respecto a la demencia y a los trastornos por abuso de sustancias ... Además, el plan abarca la prevención del suicidio, y muchas de las acciones también son pertinentes para afecciones como la epilepsia. (OMS, 2013:6)*

En el período de desarrollo de este Plan Integral la OMS realizó periódicamente informes de seguimiento y en 2019 Daisy Fancourt y Saoirse Finn publican *“Síntesis del informe de la red global de evidencia en salud. ¿Cuál es la evidencia en el rol de las artes en el mejoramiento de la salud y el bienestar? Una revisión del campo”* (Fancourt; Finn, 2019 traducción propia). En el mismo encontramos un corpus de investigación colectada sostenidamente desde el año 2000 hasta el 2019 en los países miembros de la Región Europea de la OMS<sup>6</sup>. Cabe señalar que la “evidencia” a la cual refiere es la del punto 3 de los seis principios y enfoques transversales mencionados previamente, y que en más de 900 publicaciones: revisiones, sistematizaciones, meta- análisis, meta etnografías y síntesis académicas en inglés y ruso (Fancourt; Finn, 2014:6,7).

---

<sup>6</sup> Participan en WHO, World Health Organization países de Europa, Europa del Este y Asia.

Considerando que el informe es un análisis y sistematización desde la perspectiva del “diseño de políticas” para los Estados integrantes de la OMS, este corpus es utilizado para proponer un modelo de intervención que vincula las artes con la salud mental. En líneas generales y dependiendo de la naturaleza de la expresión artística, la práctica estimula ciertas actitudes ( que las autoras denominan “componentes”) como ser la percepción estética, la activación sensorial, la estimulación cognitiva, la evocación de las emociones, la imaginación, la interacción social, que promueven cuatro tipo de respuestas posibles en los niveles: psicológico, fisiológico, social y conductual que se pueden organizar en objetivos de prevención, promoción, gestión y tratamiento. Por ejemplo: el hacer de las artes plásticas implica contemplar, dibujar, percibir colores, formas que activan la percepción estética y emocional habilitando expresiones sensibles y afectivas que regulan y disminuyen el estrés que es un factor de riesgo en el padecimiento mental (Fancourt; Finn, 2013:4).

También operan como sostén en circunstancias donde hay que dar soporte y cuidado a personas en situaciones agudas, experiencias límites o de fuerte presión; o colaborar en la rehabilitación de desórdenes neurológicos y del neurodesarrollo, también en la etapa final de la vida con la demencia por ejemplo. Siguiendo con el ejemplo de la música (escucharla, tocarla, cantarla) permite a la madre en la etapa prenatal reducir la ansiedad, incrementar sentimientos positivos y contrarrestar la depresión durante el embarazo, en el post parto y en la relación con el bebé, facilitando la interrelación social porque a través del canto y la danza se beneficia psicoemocionalmente y adquiere herramientas para calmar al bebé, sobre todo cuando canta (Fancourt; Finn, 2019:30).

En casos leves y moderados la danza además reduce los síntomas de ansiedad y depresión en los adolescentes. Actividades como coro, escritura expresiva, grupos de percusión mejora el bienestar individual y social, también en los adultos mayores. La investigación en neurobiología sugiere que podría verse una modulación en neurotransmisores como la serotonina (placer) el cortisol (estrés) y un decrecimiento en las respuestas inflamatorias inmunes. Se suman a las anteriores la lectura grupal y el teatro como actividades que podrían mejorar la autoestima, proporcionar un enfoque positivo para el pensamiento rumiante (repetitivo) y ayudar a cambiar el punto de vista sobre vista de unx mismx, así como ayuda a copiar mecanismos de para afrontar situaciones y en el proceso insertarse en una red de sostén.

La mayoría de los estudios se basa en la intervención de un terapeuta capacitado combinadas con el compromiso creativo y la discusión y aportes grupales e individuales. Aquí cabe destacar la relevancia de la Danza Movimiento Terapia - DMT-, un abordaje que se remonta a principios del SXX con Ignmar Bartenieff y que funda lo que hoy conocemos como las corrientes “somáticas” de movimiento. Los abordajes de Helen Payne sobre psico-neurología, corporización y movimiento (Payne, 2017); la investigación sobre el enfoque *bottom-up* que utiliza las sensaciones corporales y de movimiento como punto de entrada a la comprensión experiencial de la persona (Guittar, 2018; Hyvönen, et. al, 2020).

En casos de enfermedad mental severa las artes brindan un apoyo suplementario a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. La musicoterapia, danza y escritura por ejemplo ayuda en los síntomas generales de psicosis y psicopatologías, en la ideación paranoidea, fobias, ansiedades, angustia y somatización especialmente cuando se expresan con agresividad y hostilidad interpersonal

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

(Fancourt; Finn, 2019: 31). En cuanto a niños que han tenido experiencias traumáticas que incluyen violencia sexual, terrorismo y violencia doméstica los estudios muestran resultados prometedores para soportar el dolor, la angustia, depresión y el PTSD (Trastorno de estrés post traumático) así como para la comunicación de esas experiencias.

*“En niños a quienes se les dio acceso a recursos artísticos y (se los ha) alentado a dibujar durante las investigaciones sobre presunto abuso (...) fue más probable que informaran sentimientos de esperanza y éxito después de la investigación. La terapia del arte puede ayudar a reducir la ansiedad en adultos que han experimentado traumas, así como potencialmente disminuir el impacto de un evento reduciendo la evitación, la re-experimentación y excitación. Para las sociedades en su conjunto, las artes se han propuesto como poderosas herramientas para la construcción de la comunidad y el desarrollo post desastre, como se demuestra en proyectos de arte comunitario como en Sri Lanka después de la guerra civil y el tsunami”. (Fancourt; Finn, 2019:32)*

El volumen de estudios de este informe ofrece ejemplos de políticas o estrategias a largo y mediano plazo que podrían brindar una colaboración sinérgica entre la salud y las artes con un enorme potencial para mejorar la salud mundial. Los estudios cubrieron una amplia gama programas en una variedad de ubicaciones, desde hospitales a la atención primaria, tanto en la comunidad como en el hogar *“...la base de evidencia general muestra una impacto robusto de las artes en la salud mental y física”* (Fancourt; Finn, 2019: 52,53). No obstante hay brechas y desafíos que señalar:

*“(...) la investigación identificada fue un enfoque en condiciones para las cuales no hay soluciones completas disponibles. Aquí, las artes son prometedoras para abordar problemas difíciles o complejos para los que actualmente no hay soluciones adecuadas. Además esta revisión identificó cómo las artes pueden proporcionar una lente holística para ver las condiciones que a menudo se tratan*

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

*principalmente como físicas; este enfoque se ajusta a las tendencias actuales en salud para dar paridad de estima a la salud mental y también para situar problemas de salud dentro de su contexto social y comunitario” (Fancourt; Finn, 2019:51).*

Hasta aquí he presentado los fundamentos teóricos que se inician en Europa tanto la genealogía sobre la locura como la perspectiva de la desmanicomialización, corrientes que se insertan en el Cono Sur en contextos sociopolíticos y realidades complejas y heterogéneas, configuradas por existencias sociales cuyas densidades históricas y estructurales están atravesadas por la colonialidad del poder (Quijano, 2014). Así expliqué los debates en torno a la salud mental, las subjetividades y la locura que se dan en Brasil y Argentina. Por último expuse la normativa de la OMS, referencia internacional y de legitimización en las legislaciones de las naciones sobre salud mental, e introduje las tendencias actuales que promueve este organismo en relación a la incorporación del arte al diseño de políticas públicas para abordar la problemática. Este es el escenario y el marco en el cual la Argentina luego de un largo proceso implementa una nueva normativa de salud mental.

## **2. 5 La Ley Nacional de Salud Mental en Argentina**

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (LNSM) sancionada en 2010 en Argentina y reglamentada a través del Decreto Reglamentario N°603/2013 es implementada a través del Plan Nacional Salud Mental (PNSM) en ambas legislaciones se reconoce la problemática como:

*“(...) un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos*

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

*humanos y sociales de toda persona”. En su implementación propone “...transformar el sistema manicomial; propiciar, en su reemplazo, abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos, comunitarios y promotores de los derechos humanos (...)” (LNSM, 2010)*

Asimismo destaca

*“(...) la importancia de la capacitación y formación profesional (...) para contribuir a garantizar la calidad de la formación.... con base en el modelo comunitario, incorporando la apertura hacia nuevas prácticas y la participación de recursos humanos no convencionales para los abordajes integrales...así como, el desarrollo de la investigación, en todas sus modalidades, como instrumento fundamental e imprescindible para la planificación, evaluación y actualización en Salud Mental, a las nuevas y cambiantes demandas de las poblaciones... Este conjunto de pautas implica también desplazar el eje de formación que, (...) tanto en el grado como en el nivel de posgrado, aún se encuentra centrado en las instituciones monovalentes (colonias, hospitales, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas, entre otros)” (Plan Nacional de Salud Mental, 213)*

Como lo expresa claramente la LNSM en los artículos 9° y 14° del Capítulo VII propone transformar el sistema manicomial y alejarse , modelo de reclusión e institución asilar en sincronía con el enfoque de la desmanicomialización y el modelo comunitario.

**“ARTICULO 9°** —El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

**ARTICULO 14.** —La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

**ARTICULO 15.** — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (...)” (LNSM, 2010)

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

También hace foco en la apertura hacia *nuevas prácticas y la participación de recursos humanos no convencionales* y es aquí donde se incluyen las prácticas artísticas y, en el artículo 8° del Capítulo V, las artes son comprendidas dentro de “otras disciplinas y campos pertinentes”

*“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes ( LNSM, 2010)”.*

Técnica y jurídicamente la práctica del arte y actividades creativas están reguladas de esta manera, es importante mencionarlo porque, como veremos luego movimientos pioneros como El Frente de Artistas del Borda -FAB- existen desde década del '80, al menos treinta años antes de la promulgación de la Ley.

En cuanto a las implicancias de estas prácticas en las subjetividades hay que dar cuenta que la transformación del modelo manicomial al comunitario refleja en alguna medida la inversión del sentido común en cuanto : no es el sujeto que “se vuelve loco” son las condiciones de producción social que promueven un conjunto de emociones ancladas en cierto tipo de subjetividad donde los hábitos de consumo, estilos de vida, formas de relación social formatean las subjetividades de manera tal que sean permeables al sistema capitalista y colonial “...*el campo en donde se producen no es el individual, sino el de todos los procesos de producción social y material (...) una matriz cuyos mecanismos se despliegan en lo cultural, biológico y psicológico*” (Rolnik, 2013: 24). El problema ya no es entonces la alienación social del sujeto sino una sociedad

que genera condiciones de existencia alienadas, desde esta mirada “lo mental” refuerza la conformación de esas subjetividades.

Por eso también es de tanta importancia que, como señala la ley, se promuevan y sostengan los vínculos con la familia, el entorno, y la comunidad. Poner en práctica la legislación ha sido y aún es un proceso arduo y complejo, la transformación del modelo implica inversión en nuevas estructuras sanitarias edilicias, de atención y nuevos dispositivos y también de recursos humanos. La promulgación de la LNSM en el 2010 sucedió durante el período del gobierno peronista kirchnerista (2003/2015) que promovió y amplió la legislación en materia de derechos, un eje fundamental en el espíritu de la Ley que se refleja por ejemplo en el capítulo 7, Artículo VI del PNSM sobre derechos,

*“Entre ellos: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada;; a conocer y preservar su identidad y grupos de pertenencia; a recibir el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus derechos; a ser acompañado por sus familiares otros afectos; a que en el caso de intervención voluntaria o involuntaria prolongada, las condiciones de las mismas sean supervisadas; a no ser identificadas ni discriminadas; a ser informadas de manera adecuada y comprensible de los derechos que las asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento según las normas de consentimiento informado; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.” (LNSM, 2010)*

Las decisiones políticas impactan en la gestión de la salud pública y como veremos a continuación durante el período siguiente las prioridades no fueron las mismas.

## **2. 6 Contexto de las políticas públicas de salud mental entre 2015-2022.**

En Diciembre de 2015, luego de doce años de gobierno peronista kirchnerista en Argentina, gana las elecciones alianza PRO, (partido con orientación de derecha) y asume la presidencia Mauricio Macri completando su mandato hasta 2019. Durante su gestión fue nombrado Ministro de Salud el Dr. Jorge Lemus quien promulgó la Resolución 1876/E-2016 no vinculante: “Pautas para la organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental”.

El contenido de la misma permite que las normas Normas de Habilitación y Funcionamiento de los Establecimientos de Salud Mental y Atención Psiquiátrica especificadas en la Resolución 1121/86, (que habilitan la reclusión asilar y prácticas como el electroshock), siguieran estando vigentes. O sea, dio marcha atrás respecto de la línea general en la cual se venía trabajando y en contradicción con LNSM y el Plan Nacional de Salud Mental. De alguna manera con esta medida se intentó instituir una situación paralela en la gestión, con el agravante que en febrero de 2019 el Estado Nacional reconoce ante la Comunidad Interamericana de Derechos Humanos) la gravedad estructural de los psiquiátricos argentinos denunciada por agrupaciones de la sociedad civil<sup>7</sup>.

La decisión política tuvo un amplio rechazo y causó mucha tensión e incertidumbre en la gestión de los servicios de atención y en los pacientes. Desde el campo de las disciplinas psi y de los especialistas en el área hay miradas críticas en torno al valor estratégico de la salud mental como instrumento político. En determinadas coyunturas histórico políticas fue utilizada para promover cierto tipo de sujeto con

---

<sup>7</sup> <https://www.cels.org.ar/web/2019/06/salud-mental-el-poder-ejecutivo-debe-adequar-la-regulacion-a-la-ley-vigente/>

características funcionales al sistema. Sucedió con los totalitarismos de la primera mitad del SXX y sucede hoy en un sistema capitalista que para legitimar o normalizar al buen trabajador, o consumidor naturaliza la medicalización de la vida cotidiana (Miranda Hiriart. 2018:86).

Luego de la pandemia por COVID 19 y el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, desde el Ministerio de Salud se empezó a trabajar en una “Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos” con una perspectiva trasnversal y comunitaria.<sup>8</sup>

## **2. 7 Estudios sociales sobre la salud mental**

Desde el campo de la psicología social y en relación al el impacto que produjo la implementación de las prácticas artísticas Paulo Amarante y Eduardo Henrique Guimarães Torre sostienen que la reforma psiquiátrica como proceso social complejo no se agota en el reclamo de derechos, ni en la redefinición de la relación social con la locura de los dispositivos institucionales, la competencia de la especificidad profesional o el control normativo. El pasaje del modelo asilar al modelo comunitario también implica la transformación de subjetividades construidas en la relación con los territorios y los sujetos que las habitan. En la dimensión jurídico-política es necesaria la construcción de nuevas ciudadanías inclusivas hacia las personas con padecimiento mental respetando la diversidad cultural de quienes padecen. Uno de los mayores desafíos es romper con la lógica de exclusión del diferente, del loco y de la locura, que la vulnerabilidad no sea sinónimo de estar por fuera de la sociedad (Amarante. Henrique, 2017:764, 765 ). En las experiencias que surgieron de los Centros de

---

<sup>8</sup><https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-avanza-en-la-generacion-de-un-abordaje-integral-de-la-salud-mental-con-mirada>

Atención Psicosocial, cuando los sujetos adquieren autonomía y se configuran como proyectos artísticos, una de las transformaciones es que las personas dejan de reconocerse a partir del diagnóstico psiquiátrico para relacionarse y presentarse socialmente como artista o productx cultural. Deslizamiento no menor que contribuye al cambio del imaginario social de la locura. Sin embargo, la noción escolástica y “noble” del arte/cultura es dominante en este campo y no acepta producciones y artistas que no estén legitimadxs dentro de su círculo. Lo “diferente” mantiene un sesgo discriminatorio. Por último también hay un dislocamiento con el concepto de la práctica artística como terapia o rehabilitación, cuando lxs artistas y sus producciones son los protagonistas de expresiones y lenguajes estéticos la cultura es comprendida como expresiones de sujetos colectivos y valores sociales (Amarante; Guimarães Torre, 2017: 766).

En el año 2001 en Brasil el Estado crea la Red de Salud Mental constituida por los Centros de Atención Psicosocial, los Servicios de Residencia Terapéuticos y el Programa de Vuelta a Casa con la implementación de nuevas propuestas y estrategias para la rehabilitación del sufrimiento psíquico (Carvalho, 2019). El grupo FISIO era un espacio de actividad corporal que dependía del Núcleo de Oficinas Terapéuticas y de Trabajo entre los años 2006-2008 en el municipio de Porto Ferreira, San Pablo. Carolina Do Nascimento, aborda la aplicación clínica de tratamientos fisioterapéuticos en talleres de atención pública de salud mental, investigando las contribuciones de estas prácticas en el proceso de rehabilitación psicosocial, se trabajó sobre la mejora de la coordinación motora y habilidad manual, la relajación y la postura. El reconocimiento del cuerpo y los avances que cada paciente lograba se reflejaban también en una mejor autoestima y autonomía que se retroalimentaba en el grupo facilitando la interacción social y reponiendo valores de respeto, humanización y

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

dignidad. “...En la medida que el cuerpo se moviliza crea las condiciones para mantenerse sociable... Puede pensarse que la inserción en el cotidiano de esos sujetos es posible a través de la intervención corporal” (Nascimento, 2011).

## **2. 8 Los aportes de la antropología médica y antropología de la salud.**

En la compilación “*Políticas terapéuticas y economías del sufrimiento*” *Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (Epele, 2020) publicada por María. E Epele, doctora en antropología especializada en antropología de la salud sostiene que las investigaciones, en esta disciplina y en las ciencias sociales van más allá de las cuestiones del padecimiento y la salud mental tradicionales, y adjudica esta relevancia a tres dimensiones estrechamente conectadas. Por un lado está la relación entre las maneras de experimentar, de narrar y tratar el sufrimiento, con las teorías, técnicas y abordajes de las intervenciones e instituciones psi. En segundo lugar cómo esta producción conceptual de pensamientos y prácticas psi se desarrolla en el sur global con las problemáticas particulares que lo atraviesan en las dimensiones económicas, políticas, institucionales, tecnológicas, geopolíticas y de activismos sociales. Y tercero, la investigación en sí misma ya no se enfoca exclusivamente en las actualizaciones de los saberes y terapéuticas eurocéntricas que definieron las líneas de pensamiento de la segunda mitad del SXX. La problematización e indagación se desarrolla en una contemporaneidad contradictoria en la cual conviven fragmentos de aquellas corrientes, en conflicto con nuevas perspectivas que reconocen su aporte pero que al abordar el campo de estudio tienen que incluir una complejidad que, como ya dijimos, rebasa los límites tradicionales de la salud mental (Epele, 2020)

De los ocho trabajos que presenta la compilación voy a referirme a dos que considero afines al cuerpo y la subjetividad.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

La antropóloga Anahí Sy hace un análisis de cuatro mil historias clínicas, la mayoría mujeres que fallecieron en un hospital psiquiátrico entre 1885 y 1995 y se propone una revisión de la historia para comprender el presente y entender cómo el “género” en tanto construcción histórico social reproduce a lo largo del tiempo significados que permanecen en los criterios médico-científicos, así como en el orden jurídico y religioso. Visibiliza además las subordinaciones y operaciones atribuidas a la masculinidad y feminidad entrecruzadas con las dimensiones raciales y de clase, y pone de relieve la mirada sobre el cuerpo en tanto objeto del saber-poder escindido de la racionalidad (Sy,2020:203).

Para la antropología médica el cuerpo es abordado

*“... como espacio que condensa y expresa relaciones sociales, moralidad y maneras en que se organiza la sociedad, las experiencias del cuerpo serán tomadas como representación de la sociedad, donde el cuerpo se convierte en mapa y, a la inversa, la sociedad puede ser leída a través del cuerpo y las prácticas corporales” (Sy,2020:203).*

Desde esta perspectiva la autora sostiene que el discurso médico hegemónico pone el foco en el cuerpo femenino acentuando el simbolismo cultural de la mujer como eterna enferma. A ello colaboró el proceso de “feminización de la locura” a finales del S XIX, por aquel momento prevalecía el criterio de doble estándar en la salud mental, que consistía en utilizar unos parámetros para evaluar a los hombres y otros para las mujeres: se consideraban “sanas” aquellas que cumplían con los atributos femeninos tales como dependencia, sumisión y sentimentalismo. Mujeres que eligieron desafiar

estos roles de género asignados por el patriarcado, sufrieron las consecuencias de la violencia y la crueldad (Sy, 2020:204).

En el ámbito manicomial la mujer encarna el paradigma del “desamparo cruel donde la víctima sin que haya un tercero a quien apelar, depende de quien la maltrata sin reconocerla como sujeto ni asistirle en sus necesidades . Tal situación produce un dolor psíquico siniestro sin salida (Ulloa, 1995; Epele 2012). En esta línea de pensamiento la autora también cita a Rita Segato retomando la “pedagogía de la crueldad” en tanto ejercicio de poder sobre el cuerpo de otrx y haciendo hincapié en como “...la repetición de la escena violenta produce un efecto de normalización...” (Segato, 2018:19). Entre otras cuestiones que aporta Sy, está la pregunta en torno a si estos estereotipos de género condicionan actualmente los diagnósticos psiquiátricos, si acaso no persisten enmascarados en una “realidad” que no se critica y continua instituida para las mujeres y también para niñxs, diversidades y otras minorías y grupos de edad. Considera además que la insanía y psiquiatrización se reflejan en la desatención de los cuidados somáticos ,como si el cuerpo biológico no pudiera enfermar, se prioriza tanto lo mental por sobre la salud integral que finalmente el cuadro se complica y empeora y las mujeres mueren por problemas de salud física (Sy,2020:219).

La antropóloga Romina del Mónaco analiza las subjetividades en las terapias cognitivo conductuales en Buenos Aires (del Mónaco, 2020). A la luz de las transformaciones económico-sociales y culturales de los años noventa en el contexto neoliberal, se incorporan en el campo de los saberes psi en Argentina las terapias conductuales. La autora articula analíticamente las tecnologías del yo y el cuidado de

si<sup>9</sup> con las transformaciones que operan a nivel colectivo e individual como consecuencia del sistema capitalista que promueve la gestión individual y actitud empresarial como exitosa, positiva representando el modelo de vida y productividad al cual aspirar (del Mónaco, 2020:176). El impulso y la realización para alcanzar un nivel de status cumplen un rol central en la sociedades de consumo, esto implica vivir bajo ciertas presiones y exigencias (rendimiento laboral, búsqueda de seguridad económica, vivienda, etc) que modifican las formas de sufrir y enfermar. Así se incrementan una serie de padecimientos categorizados como “trastornos” o “problemas” asociados con la presión de cumplir con esas demandas, sin embargo el factor “tiempo” es fundamental y las terapias psicoanalíticas a largo plazo, que se sumergen en conflictos más profundos de la propia historia no son operativos.

Las psicoterapias breves se orientan a resolver problemas en períodos acotados de tiempo planteando objetivos concretos.

*“ Son terapias que presentan una estructura más o menos similar que comienzan con la formulación o conceptualización del caso que incluye el diagnóstico, la evaluación y las hipótesis que desarrolla el terapeuta acerca del rol de los factores cognitivos y conductuales en el inicio y mantenimiento de síntomas por los que se consulta.” (del Mónaco, 2020:177).*

Por otro lado, estos abordajes se adaptan a otra dinámica temporal y rutinas cotidianas para los sectores de la población con trabajo y de clase media

Entre los ejes centrales están la actitud proactiva, encarar y resolver problemas y trabajar para enfrentar y cambiar la situación. El “hacer” es avanzar, y se convierte en

---

<sup>9</sup>. Las conceptualizaciones “tecnologías del yo” y “cuidado de sí” pertenecen a Michel Foucault y las desarrolla en “Hermenéutica del sujeto”

un imperativo valorado positivamente, sin embargo esta premisa implica que las personas a veces se sometan a actitudes que les da vergüenza, miedo o nerviosismo por ejemplo. Y el no hacer se vincula a la pasividad, se lo percibe negativamente y como un obstáculo. Estas caracterizaciones se corresponden con polarizaciones y con disposiciones corporales: las personas que no lo logran son emocionales, lentas y sufren pasivamente, mientras que las que hacen, son todo lo contrario (del Mónaco,2020:185). El tratamiento interpela, a través del profesional, a “*salir de ahí,cambiar,construir la propia realidad*” (del Mónaco, 2020:191) Es ahí donde las tecnologías del yo operan en la transformación subjetiva para diseñar un sujeto efectivo y funcional a las exigencias de la sociedad de consumo y el mercado,

*“...la vida se privatiza, se vuelve al ámbito individual y los modos de gestionar padecimientos se reducen a sujetos que deben desarrollar un compromiso y una voluntad con lo que les sucede para resolverlo de la mejor manera posible. Este llamado a la responsabilidad individual trae implícitamente que no se debe ayudar a quien no se ayuda a sí mismo (Castell, 2012). Es decir, la centralidad que adquiere el individuo como quien debe emprender, realizar cambios, ser activo, adoptar una postura positiva ante la vida, entre otras cosas, genera, al mismo tiempo, que no desarrollar habilidades y comportamientos orientados a obtener resultados que solucionen el problema se reduzca a una decisión individual. En este sentido, las articulaciones entre este abordaje psi, el contexto neoliberal y las formas de resolución de malestares adquieren una centralidad y visibilidad necesarias de ser problematizadas:::” (del Mónaco,2020:192).*

## **2.9 Aportes de las ciencias sociales y humanas al campo del arte la locura y la salud en el Cono Sur.**

Desde el campo de la salud colectiva y la medicina preventiva, Ferigato, Sy y Resende Carvalho analizan la experiencia del Frente de Aristas del Borda, FAB, que con algunos matices dialoga con Brasil. Las autoras refieren a cuatro orientaciones principales de los usos del arte en los talleres: 1-la reinserción social del paciente, 2- como recurso terapéutico para mejorar la psicomotricidad, la comunicación no verbal y elaboración de conflictos (arteterapias), 3- para facilitar la creación de lazos sociales, 4- como factor de luchas, demandas y resistencias políticas que transformen y generen cambios en la atención en salud mental.

Pero para la idea de generar espacios de salud donde el padeciente adquiere iniciativa, agencia y una nueva forma de autoperibirse, estas orientaciones resultan descriptivas y no permiten ir más allá, siguen en la lógica médico-paciente. Las autoras señalan que en las presentaciones del grupo de teatro, "...no se trata de mostrar lo que puede hacer un grupo de personas dentro de una institución sino de borrar el estigma de "enfermos mentales" creando e instalando en la teatralidad por ejemplo, un estado subjetivo donde se pueden generar otras formas de vivir la singularidad: el foco no está puesto en un producto artístico aceptado socialmente sino en la creación de una existencia objetiva y subjetiva:

*"El arte clínico que defendemos aquí está marcado por la experiencia de la creación pero también por la seriedad en que son pensadas y realizadas las actividades; pautadas por la búsqueda de parámetros éticos y estéticos comprometidos con la vida, para buscar un estado del arte, es más que la utilización del arte como herramienta terapéutica. Esto significa hacer de la*

*clínica una oportunidad de crear nuevos modos de existencia” (Frigato; Sy, Rasende Carvalho, 2011)*

Otro aporte desde las letras y prácticas de escritura en el FAB es la de Amelia María Zerillo, Magister en Análisis del Discurso, sostiene que la descripción en tanto recurso de la escritura constituye un espacio subjetivante porque, (retomando a Fillinich), la descripción implica nombrar, darle consistencia a cosas que no la tienen y que cobran existencia en esa expresión discursiva. En la dimensión del lenguaje es una operación que transforma la vinculación consigo mismo, con el mundo y con los demás. Hay además, una serie de decisiones que se toman y ponen en juego qué decir y hasta dónde llegar. La descripción es aliada de los procesos de subjetivación porque supone:

- a) recuperar un inventario de palabras conocidas y activar la memoria emotiva del lenguaje con recuerdos y/o escenas vividas que son parte de la historia personal; b) que esta activación sucede en la sintaxis y en los lugares de enunciación cuando emergen sentimientos que modifican el aspecto sintáctico como la frase breve, la enumeración, la reiteración de un elemento; c) porque el sujeto se confronta con lo que sabe cuando apela al saber lingüístico, el reconocimiento de los objetos en el mundo y las redes que los conectan; d) porque al escribir un texto estamos obligados a asumirlo de alguna forma, con duda, convicción, naturalidad, alegría o melancolía. Y además el discurso espeja una imagen de sí que genera distinto tipo de efectos: de aceptación, de rechazo, de sorpresa, de admiración (Zerillo, 2006: 236-238).

María Eugenia Rubin, tallerista del FAB y tesista de antropología<sup>10</sup>, entiende la desmanicomialización como un proceso singular y colectivo donde la producción

---

<sup>10</sup> Rubin ha presentado ponencias que son parte de su proceso de tesis que por el momento no ha presentado.

artística y las relaciones intersubjetivas descentran el eje de salud-enfermedad. Lo que está en juego es la capacidad de obrar, de hacer, en este ámbito los sujetos toman decisiones constantemente, por un lado hay que cumplir consignas, entrenar, crear, registrar y entrar en el espacio, ejercitar el cuerpo, memorizar un texto, mantener el equilibrio, hacer consciente la respiración. Rubín afirma que “... *el habitus que se forja alrededor del FAB comprende un cuerpo disponible a la prueba, a la experimentación.*” (Rubín, 2017). El arte abre la posibilidad de posicionarse en un orden distinto en relación al manicomio, al estigma de la locura y en los vínculos personales: “*desmanicomializarse es desplegar la capacidad de obrar*” (Rubin, 2017).

Desde el trabajo social Betina Mariel Bovino en una publicación que surge de su tesis doctoral sobre el arte como un posible espacio de intervención profesional en el campo de la salud mental, problematiza esta cuestión interpelando la reducción de la práctica artística a una “excusa terapéutica” que atenúa los efectos de la internación y los tratamientos. Propone una redefinición del arte como un desarrollo intersubjetivo que se despliega en condiciones materiales determinadas por la posición social cuyo contenido producto del proceso creativo objetiva un mensaje posible de comunicar a “otro” cierto aspecto de la realidad. En este sentido sostiene que es necesaria una “reinención del arte” para desplegar su verdadero potencial transformador y superar el modelo médico hegemónico, hospitalocéntrico y excluyente (Bovino, 2021:227, 228).

También están los antecedentes de los talleres Artísticos de plástica, poesía y expresión literaria, canto y teatro, y la radio “El Encendedor” que funcionan en el Hospital Neurospiquiátrico Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero en La Plata desde 1989. Aunque cada proceso es particular en cuanto al tema de los talleres ha interactuado con el Hptal. Borda y el Moyano el Festival Latinoamericano de Artistas

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

internados y externados de Hospitales psiquiátricos, organizado por la Red Argentina de Arte y Salud Mental y fundado por el Frente de Artistas del Borda. El psicólogo Fernando Fabris señala que en estos encuentros que duran 5 ó 6 días emerge

*“... la oportunidad de revisar las representaciones sociales de la locura y la cordura... Los pacientes revisan sus miedos afuera y viven un proceso de “humanización” por el que dejan de “parecer” locos. Se produce en ellos una movilización de sus mundos internos y la posibilidad de reelaboración de las escenas cristalizadas y estereotipadas. Logran visualizarse posibles proyectos personales y grupales... recuperan la palabra, el protagonismo, la condición esencial del ser sujeto. La salida prolongada genera la experiencia, evidente, de que el manicomio expropia las condiciones materiales y simbólicas de la subjetividad (Fabris, 2017.)*

La presente tesis se propone realizar un aporte a este campo de estudios donde se articulan locura, arte y salud mental desde una perspectiva de las corporalidades y problematizando la conformación de subjetividades en el padecimiento mental. Para ello el referente empírico se constituyó en los talleres de teatro, movimiento y musicoterapia del HdD de Proyecto SUMA.

### **3. Diseño de investigación**

#### **3.1 Marco teórico y referentes conceptuales.**

En la presente tesis abordo el problema de las subjetividades en el padecimiento mental desde una antropología de la corporalidad y de la subjetividad.

### 3.1.1 Antropología de la subjetividad.

Para entender el objetivo general que plantea *conocer y analizar los usos del cuerpo en las prácticas artísticas de los talleres de movimiento, teatro y musicoterapia del HdD* atendiendo a la construcción que los sujetos hacen de sus *propias subjetividades*, tomo la perspectiva antropológica de la subjetividad de Paula Cabrera que ensambla varias dimensiones analíticas de las cuales escojo: las *maneras de ser*, que refieren al *habitus*, y las *maneras de hacer* basada en los modos de subjetivación de Foucault desarrollados previamente. Cabrera toma los discursos y la producción de poder en Foucault aludiendo a

*“... las prácticas a través de las cuales los sujetos se reapropian de las disposiciones trabajan sobre ellas, a las acciones donde se observa qué hacen con lo que son con lo que tienen y con lo que pueden, y que están íntimamente entramadas con las Maneras de ser” (Cabrera .P 2017)*

*Alquimias corporales.* En esta dimensión Cabrera recupera el enfoque fenomenológico de *embodiment* de Thomas Csordas que reconoce al cuerpo como sustrato existencial de la cultura y el sujeto: *ser-en-el-mundo* corporizado es una experiencia vital y transformadora (Csordas. 1990) donde “...*el cuerpo vivido es un punto de partida metodológico más que un objeto de estudio*” (Cabrera, 2014). En mi conceptualización de subjetividad asumo el *embodiment*, traducido como *corporización*, para comprender las experiencias corporales y movientes en las prácticas de los talleres.

*Las relaciones sociales/intersubjetivas.* Resulta fructífera para analizar los desplazamientos de subjetividad que ponen en tensión y modifican los vínculos

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

entre los participantes de los talleres y, en el marco del HdD (que me incluye), y entre pacientes- talleristas y profesionales.

Por último, tomo la lectura que hace Gilles Deleuze sobre los procesos de subjetivación de Michel Foucault. El autor afirma que *“plegar es constituir subjetividad”* (Deleuze, 2015: 54), o sea, hay un exterior, una línea del afuera<sup>11</sup> un borde que se pliega para constituir un adentro. Este movimiento es una operación de subjetivación que me permite explicar los talleres artísticos y la creación que allí sucede como un espacio- tiempo de interioridad, donde los problemas, las presiones y el estado de cosas del mundo exterior no desaparecen sino que participan desde el lugar que le da el paciente y su singularidad en el marco de una acción creadora. He aquí el sentido de la línea del afuera que se pliega y de los pliegues como una zona donde se vive. Esta conceptualización de subjetividad aporta a la perspectiva de Paula Cabrera la noción singularización como proceso de transformación, un modo de existencia y de construir el presente de otro modo (Deleuze, 2015: 161) haciendo *“con lo que son, con lo que tienen y con lo que pueden...”* (Cabrera, 2014) lo que la autora entiende como maneras de hacer. Por otro lado me permitió conectar con los enfoques más psicoanalíticos donde la singularidad es un saber hacer del paciente, una invención anudada al síntoma que le permite lidiar en y con el mundo antes situaciones adversas.

---

<sup>11</sup>Para explicar la línea del afuera, Deleuze retoma la “Historia de la Locura” donde Foucault investiga “La nave de los locos” (*La Nef des Fous, Stultifera Navis, Narrenschiff, según el país del que se trate*). (Foucault. M, 1198) En el Renacimiento, la manera en que se excluía socialmente a los locos era embarcarlos en un navío que iba deambulando por el mar tocando distintos puertos europeos. A partir de esta imagen Deleuze se pregunta ¿qué es el afuera? Es la línea oceánica, y ¿qué es el adentro como subjetividad? Es la embarcación, la barca es un plegamiento del exterior, del mar. Entonces el interior, la subjetividad, es siempre un plegamiento del afuera. *“El adentro es siempre un adentro del afuera. El adentro es doble”*. (Deleuze. G, 2015, pág 54) Y continúa explicando que hay diferentes modos de plegado por lo tanto diferentes modos de subjetivación.

### 3.1.2 Perspectiva fenomenológica.

Para los objetivos específicos 2 y 3 que se proponen: *comprender las transformaciones en los modos de ser, de estar en el mundo y de relacionarse con con y entre los pacientes del HdD*, y también *Indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y movimiento en las prácticas sensibles y los sentidos otorgados a estas experiencias*, la perspectiva fenomenológica me permite desarrollar y articular múltiples niveles.

La estética de la experiencia de Robert Desjerlais. Refiere a los temas y motivos que me dicen algo sobre el sufrimiento, las emociones y sentimientos de quienes atraviesan un tratamiento psiquiátrico y que se ponen en juego en la interacción social. Es en estas sensibilidades y valores arraigados en experiencias físicas, movientes y corporales de la vida cotidiana donde conectamos con “el punto de vista nativo” con una cosmogonía que al principio nos es ajena hasta que nos acercamos, nos asomamos a sus construcciones y categorías sobre lo que es estar bien, sanar, padecer, curar, crear. Los modos de hacer ritualizados del cotidiano comunican sobre el espectro sensible y la base sensorial del padecimiento mental (Desjerlais, 1992).

La estética de la experiencia enriquecida con la categoría de encadenamientos de síntesis sensible de Jacques Rancière responden a la pregunta sobre el papel que juega el movimiento y la expresividad sensible en la producción de subjetividad. La articulación de ambas nociones explican fenomenológicamente la integración de la experiencia al *continuum* del mundo (Rancière, s.f).

Sobre la relación entre peso y caída desde la teoría de la danza Laurence Louppe introduce una perspectiva artístico-poética de la técnica contemporánea *fall and recovery* creada por Doris Humphrey. Los movimientos, ejercitaciones y secuencias coreográficas basadas en la caída-recuperación producen una estética y una producción de sentido que resulta consistente con las perspectivas anteriores.<sup>12</sup>

Para reconocer y relacionar cómo estos conceptos inciden en la producción de subjetividad desde la perspectiva psi, tomo la noción de *derrumbe* de Donald Winnicott que entiende esta acción como caída y quiebre en la organización defensiva del yo cuando el sujeto se encuentra en un estado límite.

### 3.1.3 Fisiología de la percepción

El tercer objetivo que propone *indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo-movimiento en las prácticas y experiencias sensibles y expresivas de los talleres, y su relación con el tratamiento de recuperación*. Para abordarlo desde la dimensión corporal y moviente en tanto complejidad sensoperceptiva y afectación de la consciencia, tomo a Miguel Benasayag y la noción de *captura de lo real*".

Sus estudios integran neurobiología, neurofisiología, filosofía de la percepción y psicoanálisis y me habilitan a comprender el funcionamiento del sistema nervioso central y del cerebro desde un enfoque comprometido con el impulso vital que abre a la posibilidad de actuar, amar, desear, pensar, de crear y producir nuestra propia singularidad. Con esta perspectiva analizo diferentes fases o estados del caso de un paciente en brote psicótico.

---

<sup>12</sup>Por mi práctica, conozco en profundidad esta técnica. En mi carrera de danza contemporánea aprendí muchas otras (Graham, Cunningham, Alexander, flying low, y clásico entre otras) que también me potenciaron como bailarina e intérprete, sin embargo *Humphrey* es la que adopté como propia y personal.

Con este abordaje conceptual relaciono la psiquis y la emoción desde el registro somático en un proceso que afecta la conformación de subjetividades.

### 3.1.4 El poder en “los juegos de verdad” y el “cuidado de sí”.

**Michel Foucault** me permite abordar el primer objetivo que consiste en *analizar las relaciones con la institución psiquiátrica y con los profesionales* y en este recorte el hospital de salud mental y el enfoque de la biomedicina como un *dispositivo de control*. En la relación con los profesionales, especialmente la que se dio en el Hptal en Red. Lic Laura Bonaparte durante las entrevistas de admisión, me sirvo de los *discursos de verdad* que toman las formas de *confesión* y de lo que él llama una “*codificación clínica del hacer hablar*”.<sup>13</sup> Decir y explicitar pormenorizadamente lo más secreto de nosotros mismos en un ritual donde el sujeto que enuncia se confiesa en presencia de un otro que lo interpreta. Ésta es una posición de poder que lo habilita a descifrar y validar científicamente su interpretación. Es el procedimiento que cobra sentido en las intervenciones médicas necesarias para el diagnóstico y la medicalización Codificación que: “...*la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en un principio de clasificación...*” (Foucault., 2019)

Ensambo la perspectiva con el concepto de “Modelo Médico Hegemónico (MMH) de Eduardo Menéndez que desde un enfoque socio histórico y material puntualiza en las instituciones hospitalarias y asilares como dispositivos de la

---

<sup>13</sup> Ambas nociones las desarrolla en “*Historia de la sexualidad*” 1. *La voluntad de saber*. Michel Foucault sostiene que hubo dos grandes procedimientos para producir verdad: la confesión y los discursos de verdad, piezas que construyen lo que llamó la *hipótesis represiva*: una mecánica de las incitaciones donde la exigencia es hacer hablar de lo reprimido, de lo secreto que es la sexualidad. Dedicó el capítulo 3 a la *scientia sexualis* la construcción de un saber subordinado a una moral bajo los modos de la norma médica. Son estas categorías y conceptos los que tomo para abordar los diálogos de las entrevistas con las profesionales que se reservan la función hermenéutica de descifrar mis propósitos y proyecto de investigación. (Foucault. M, 2019)

biomedicina en coyunturas complejas atravesadas además por las políticas de salud creando tensiones hacia el interior del modelo (Menéndez, 2020)

Para analizar los objetivos 3 y 4 a saber, *indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y el movimiento en las prácticas de los talleres y su relación con los tratamientos de recuperación*, y también *sobre los sentidos que los pacientes le otorgan a las prácticas creativas*, además de la perspectiva fenomenológica, retomo a Foucault . En sus últimos escritos el autor propone un desplazamiento en la relación del sujeto con los juegos de verdad, ya no es la coerción (sistema hospitalario y penitenciario) ni la cuestión teórico científica sino las “prácticas de sí” o “*el cuidado de sí como práctica de libertad*” en el sentido que los griegos la entendían: *la no esclavitud* de los propios apetitos y la capacidad de gobernarse a sí mismx mediante actividades y ejercicios orientados a la purificación y transformación del *self* (Foucault. 2008). El desarrollo teórico propone una conversión en las relaciones de poder-dominación y resulta iluminador para pensar y analizar cómo la creación, lo moviente y el cuerpo en las prácticas terapéuticas producen subjetivaciones y éticas que restituyen un nivel de agencia.

Me sirvo de estas categorías analíticas para pensar los procesos de subjetivación teniendo en cuenta que los padecimientos y adicciones son problemáticas sociales complejas que requieren abordajes integrales como he planteado en el problema.

### **3.1.5 Teoría de la práctica y el *habitus***

La pregunta por qué subjetividades se construyen en el padecimiento mental y qué juicios y valoraciones operan, la analizo con la categoría de *habitus* y la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu con las cuales identifico y analizo aquellas

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

prácticas corporizadas e incorporadas en la socialización, que se despliegan en la intersubjetividad de un entorno socio cultural de clase media, y media/alta. Puedo dar cuenta de los esquemas cognitivos estructurados y estructurantes con las cuales se elabora y organiza la realidad social.

En la experiencia del taller de musicoterapia, y en las conversaciones informales emergen representaciones encarnadas en expresiones verbales y *hexis corporales* que inscriben el sufrimiento psicológico y físico al mismo tiempo que inculcan límites sociales (Bourdieu. 1999). En la letra de una canción, o en una dramatización identifique *habitus* que establecen conexiones entre la experiencia íntima del padecimiento y la socialización del mismo.

### **3.2 Enfoque metodológico**

Se realizó una metodología de y desde las corporalidades que, como señala Silvia Citro, habilita un “descentramiento de la hegemonía de la palabra y la visión como formas privilegiadas de conocimiento”, participar y ser afectado abre la posibilidad de capturar experiencias y significaciones donde la palabra no alcanza, o no es el modo de llegar, y también es un posicionamiento más simétrico en términos políticos (Citro, 2010). En este enfoque resulta relevante lo que Rodolfo Puglisi nombra como “*etnografía presente*” *un estado corporal y mental de alerta que agudiza la atención a lo que está ocurriendo “aquí y ahora”, y que nos permite acceder a otro tipo de información del grupo estudiado*” (Puglisi, 2019) comprometiéndose con el carácter encarnado de la cultura en la cual una se involucra.

En este nivel de intersubjetividad las percepciones y esquemas de comprensión del mundo afloran. En los espacios, acciones y acontecimientos de la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

cotidianeidad se despliegan saberes con los cuales puedo capturar en términos analíticos y descriptivos la articulación de categorías, lenguajes y prácticas. La posibilidad de hacer con un otrx transcurre, *está siendo* a cada momento y aún no se cristaliza. En ese presente puedo acceder un poco a sus historias y atender a la dimensión afectiva y emocional de las relaciones en un contexto social e históricamente definido, o sea situado (Fernández Álvarez, 2016).

Y, por otro lado, la metodología de y desde los cuerpos me permite involucrarme en las prácticas corporales, movientes y sensibles que lxs participantes realizan en los talleres en el HdD y acceder desde la corporalidad a un nivel de registro que se expresa creativamente en canciones, en la interpretación de personajes, escenas, movimientos, danzas o dibujos.

### **3.2.1 Sobre la etnografía y el registro etnográfico**

Quiero destacar que el registro etnográfico fue prácticamente mi único acceso a los pacientes/usuarios de los talleres ya que no me fue permitido hacerles entrevistas ni saber de sus historias personales o historias clínicas, tampoco tomar fotografías ni filmar.

La llegada al objeto de estudio en este sentido fue restringida, pero, justamente donde no hubo mediaciones de ningún tipo fue en los talleres del HdD, en las charlas espontáneas, en el desayuno y los espacios comunes donde se daban situaciones imprevistas. Por este motivo hago hincapié y pongo en valor la metodología de y desde los cuerpos, así como la participación observante que fueron cuestionadas en algunas instancias evaluatorias pero, al tener que defenderlas y destacar su valor epistemológico también me interpelaron a mí como

antropóloga y me sorprendieron con su enorme potencial en la práctica de investigación.

Para la construcción de los datos etnográficos, la técnica principal de investigación fue la participación observante que me permitió el acercamiento y el contacto para explorar y profundizar estratégicamente el intercambio intersubjetivo y corporizado en el campo, así como el distanciamiento y la observación para explorar y profundizar estratégicamente la mutua objetivación reflexiva ,incluido el etnógrafo y su análisis, con los registros (Puglisi. R. 2019).

Entrevistas dirigidas y en profundidad a los profesionales, englobo en esta categoría a profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, trabajadorxs sociales, sociólogos, terapistas ocupacionales, enfermerxs) y también a los coordinadores de cada taller.

Entrevistas no directivas. Con lxs participantes/pacientes en circunstancias espontáneas, espacios comunes, entre o durante los talleres. En estas conversaciones pude dar cuenta de conceptos experienciales que me hablan de cómo ellxs conciben, viven y asignan contenido a un término o una situación, y es un tipo de información directa (sin mediación profesional ), significativa y confiable (Guber. R, 2001).

Fuentes secundarias. Datos estadísticos institucionales de Proyecto SUMA. Documentos y producción teórica de lxs profesionales en los dispositivos de la institución.

El trabajo de campo se desarrolló en tres lugares:

1/ el Hospital de Salud Mental en Red. Lic. Laura Bonaparte -HNSMLB- en Combate de los Pozos 2133, CABA: en el salón de espera donde se recibe a los

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

pacientes y usuarios y en las oficinas donde se desarrollaron las entrevistas con el equipo de investigación;

2/ Hptal Torcuato de Alvear, en Av. Warnes 2633, CABA: el salón de talleres del HdD y la sala donde se reúnen los profesionales y oficina del Comité de Ética e Investigación;

3/ Proyecto SUMA en Güemes 4130, CABA: los talleres del HdD, en los espacios del salón (los tres funcionaban en el mismo lugar), el comedor, los patios, el gabinete profesional el edificio en general.

El acceso a lxs sujetos de estudio se llevó a cabo en este último, en los dos anteriores el vínculo fue sólo con profesionales e instituciones.

Fuente: Google maps



### 3.3 El caso de estudio: aspectos observados y analizados en el HdD de proyecto SUMA

La perspectiva metodológica propuesta requiere el registro de ciertos elementos a ser analizados con los referentes conceptuales para dar cuenta de los objetivos relacionados con indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y movimiento en las prácticas sensibles y expresivas de los talleres, así como los sentidos otorgados a los procesos creativos:

En los talleres de teatro, movimiento y musicoterapia voy a registrar las formas de participación y las consignas, los diálogos e interacciones entre los participantes y ellos con lxs talleristas; el entrenamiento y las rutinas; las prácticas y técnicas empleadas; el clima o estado de ánimo colectivo e individual; el uso y distribución de los espacios; temporalidades; el despliegue de la motricidad y el ritmo; los flujos y tonos del movimiento; gestos y actitudes; conversaciones y acciones antes y después del taller; expresiones verbales y no verbales; vestimenta; tonos de la voz

En los espacios comunes: patios, salas/lugares de espera, comedor, rincones donde suelen darse interacciones voy a registrar conversaciones espontáneas; diálogos entre los pacientes y con los profesionales o personal del establecimiento; diálogos entre los profesionales; situaciones imprevistas; temas de conversación.

Perfil socioeconómico: Tanto los pacientes como los profesionales de la institución son sectores de clase media y media alta. Al ser privada los servicios son pagos y trabajan con algunas obras sociales como OSDE.

La franja etaria de los participantes del HdD del turno mañana se concentra entre los 20 y 35 años. El grupo en total oscilaba entre 10/20 personas en una proporción pareja de varones y mujeres (éstas superan en leve porcentaje). En cuanto al género la mayoría se autopercibía CIS. En el nivel de interacción e información al que pude acceder registré pocas identidades transgénero. La institución en sus análisis estadísticos tampoco manejaba estas categorías.

Duración del trabajo de campo: En total, duró un año y cinco meses, desde diciembre de 2017 hasta abril de 2019. En Proyecto SUMA cinco meses, dos meses para las entrevistas de admisión y cuatro meses de participación en los talleres.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

**Cuadro I. Trabajo de campo: entrevistas, instituciones, duración y horas** (Elaboración propia)

| <b>Entrevistas de admisión y en hospitales públicos</b>       | <b>Cantidad y con quién</b>                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hptal en Red de Salud Mental. Lic Laura Bonaparte             | 2, con tres profesionales (una de presentación de investigación y otra de presentación del proyecto corregido). Diciembre 2017/ junio/2018                  |
| Hptal de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear         | 3 (con la terapeuta ocupacional que fue mi contacto; con el equipo profesional del HdD y con el Comité de Ética e investigación. Junio 2018/ noviembre 2018 |
| <b>Trabajo de campo en Proyecto SUMA</b>                      |                                                                                                                                                             |
| <b>Duración</b>                                               |                                                                                                                                                             |
| En total                                                      | 4 meses                                                                                                                                                     |
| Entrevistas de admisión                                       | 1 mes, dos entrevistas con la coordinación del área de investigación y con los profesionales del HdD turno mañana (Noviembre/diciembre 2018)                |
| Trabajo de campo en talleres                                  | 4 meses (Enero-abril 2019)                                                                                                                                  |
| Cantidad de días de asistencia a los talleres                 | 50                                                                                                                                                          |
| Cantidad de horas de observación participante en los talleres | 100                                                                                                                                                         |
| Entrevistas en profundidad a profesionales                    | 4 (3 talleristas y un psicólogo coordinador del Equipo profesional)                                                                                         |

### 3.4 De la escritura y las palabras

Algunas cuestiones para tener en cuenta

- ♦ Utilizo *padecientes* / *pacientes* para nombrar quienes sufren padecimientos mentales o patologías mentales; también *usuarixs* / *participantes* cuando me refiero a quienes concurren al HdD

- ◆ Evito en lo posible las categorías *enfermo mental* y *enfermedad mental*, porque en general están muy asociadas a la estigmatización. De todos modos su uso es correcto, en mi caso se trata de una elección discursiva.
- ◆ En cuanto a los términos *locx* y *locura*, los uso en contextos de enunciación específicos, ya sea porque estoy citando a un autor o porque hay una carga de sentido que quiero resaltar.
- ◆ Preferí elegir el anonimato de quienes son nombrados en esta tesis para resguardar la identidad de quienes formaron parte de la investigación y además otorgaron el *Consentimiento previo, libre e informado*.
- ◆ Respecto del lenguaje inclusivo opté por el uso de la letra “x”
- ◆ La escritura de la tesis se dio en paralelo con la creación de la obra *“Temporal” Etnografía de un palo borracho*. La totalidad del proceso fue de investigación-creación. El punto de contacto entre ambos consistió en la indagación en torno al peso y la pesantez. En la obra lo desarrollé a partir de las hebras de algodón del fruto del árbol, y en la tesis con la noción de “derrumbe” de Donald Winnicott y la noción de *fall and recovery* de la bailarina y coreógrafa Doris Humphrey.<sup>14</sup>

Como no me fue permitido tomar fotografías en el el trabajo de campo, decidí hacer una alusión poética y visual a través de imágenes de la obra que logran transmitir lo que a veces no pueden las palabras.

---

<sup>14</sup> Capítulo II: 6.2.2 Ontología de lo moviente: el derrumbe; 6.2.3 La caída como gesto del derrumbe; 6.2.4 La poética del peso y la muerte vertical.

## Capítulo I. “O estás de un lado o estás del otro”

*¿Cuál es pues, ese poder que petrifica a quienes la han contemplado de frente una vez, y que condena a la locura a todos aquellos que han intentado la prueba de la sinrazón?*  
(Foucault, 1986: 10)



GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

#### 4.1 Derrotero de insatisfacciones

Según la Real Academia Española el significado de *derrota* es “*Camino, rumbo, medio tomado para llegar al fin propuesto. / Conjunto de datos que indican el camino para llegar a un lugar determinado*” (Real Academia Española, 2022)<sup>15</sup>. Así fue el rumbo, un camino incierto con más bajofondos que viento a favor hasta mi proyecto fuera aceptado por la institución. Cual navegante fui recolectando información entre preguntas, respuestas, agendas, vacaciones, licencias, derivaciones, etc. Por eso juego con el doble sentido de la palabra.

La condición fundamental para obtener una primera entrevista y empezar a pilotear mi viaje era tener un proyecto de investigación. En mi caso se trataba del que elaboré durante el Seminario Anual de Investigación de la carrera (orientación sociocultural) y que promocioné con un ocho como nota final.

Esta etapa del trabajo de campo y el intento por acceder a mi objeto de estudio, que son lxs sujetos con padecimientos mentales, se desenvolvió un poco a la deriva. Primero tuve que establecer vínculo con las instituciones y con los profesionales, esta relación se constituyó en torno a la evaluación de mi proyecto de investigación y del enfoque teórico metodológico que propongo. Principalmente se presentaron dos impedimentos: 1) el cuestionamiento a la participación observante propia de la antropología, más la perspectiva de y desde los cuerpos; 2) los intereses institucionales y académicos así como las prioridades de los organismos de investigación. A partir de los registros analizo los sucesivos encuentros y contactos haciendo foco en las tensiones e incomodidades que se produjeron entre la mirada antropológica y la del sistema biomédico, la psiquiatría y la psicología hospitalaria.

<sup>15</sup>(Fuente: diccionario on line de la RAE )

Esta es la voz de los profesionales que me habla de los actores protagonistas, lxs locxs. Para concluir incluyo una entrevista a una trabajadora social que da el taller de Movimiento en el Hospital de Salud Mental Laura Bonaparte. Aquí analizo un caso de brote psicótico que a ella le tocó contener y su experiencia en el taller de movimiento. Sigo el hilo de la relación biomedicina-dispositivo de control-psiquiatría para demostrar cómo aún en las instituciones hospitalarias de salud mental que funcionan con la lógica del MMH, trabajar sensiblemente desde la corporalidad hace temblar las estructuras desde adentro abriendo espacios de subjetivación. Con la descripción que la profesional hace de su experiencia de contención del paciente traigo el enfoque de la fisiología de la percepción sobre los niveles de conciencia para proporcionar una evidencia orgánica-somática de los procesos que se desatan en esos estados.

El modo de exposición general consistirá en intercalar fragmentos de los registros o de la entrevista con el análisis de los referentes conceptuales relacionados con los objetivos.

El primer intento fue en el Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Licenciada Laura Bonaparte<sup>16</sup>, en diciembre de 2017 por un contacto de una trabajadora social del Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance que da un taller de movimiento en el Hospital de Día.

El segundo fue en junio de 2018 en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, llegué a esa institución haciendo contacto en las redes sociales como primer acercamiento. En el perfil de Facebook de la filósofa Marie Bardet, con

---

<sup>16</sup>Desde 1973 hasta 2016 la institución se llamaba Centro Nacional de Reeducción Social, CE.NA.RE.SO para brindar asistencia integral en adicciones y desarrollar investigación. Fue la primer experiencia a nivel nacional como centro especializado en toxicomanías interdisciplinar y gratuito

quien hice un seminario, veo que participó en un curso de posgrado *“Pensar el hospital hoy, resonancia entre los cuerpos”* dio la clase abierta *“Pensar con mover. Un encuentro entre danza filosofía y salud mental.”* (29/08/2017). Leyendo los posteos, veo que Valeria era la profesional que organizaba ese encuentro desde la institución invitándola a M.Bardet le comenté que había hecho un seminario de posgrado con ella. Le envié un mensaje por privado contándole que mi proyecto de investigación se relacionaba con la temática del curso, y me compartió algunos textos.

El tercer intento es consecuencia del contacto con uno de los profesionales del Comité de Ética que participó en la evaluación de mi proyecto en El Hospital Alvear y me recomendó en la institución Proyecto SUMA que finalmente fue donde realicé la etnografía. Luego de algunas entrevistas con el equipo profesional durante diciembre de 2018, aceptaron el proyecto y acordamos que podría hacer trabajo de campo en los talleres de teatro, musicoterapia y movimiento durante cuatro meses.

## **4.2 Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte**

Como mencioné previamente quien me habilitó el acceso fue una integrante del Equipo de Investigación de Antropología del cuerpo y la Performance, que me puso en contacto con Mariel, coordinadora del área de investigación. Luego de algunos intercambios por mail y alguna postergación acordamos reunirnos el 10 de enero de 2018.

Registro 10/01/2018. HNSMyALB

Llegué un poco demorada, mientras esperaba en el salón principal, mi atención se concentró en los cuadros que estaban colgados en las paredes de ese gran

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

salón de recepción. Pensé que estaban pintados por pacientes del hospital, luego pregunté y me dijeron que no, era una exposición de artistas. Me capturó una imagen fuerte: una casa prendiéndose fuego en la pradera, las llamas anaranjadas se mezclaban con nubes de humo grises infladas que devoraban la casita sumergida en el verde del campo.

Después que me anuncié pasaron unos veinte minutos y vino Mariel, psicóloga y coordinadora del área de investigación. Nos saludamos, la seguí caminando por el jardín soleado poblado de árboles viejos y frondosos, un paseo agradable. Intercambiamos algunos comentarios del tiempo, el edificio, entramos a una oficina y nos pusimos a hablar del proyecto. Se lo había enviado por mail (era el mismo que fue calificado con un 8 como resultado del Seminario Anual de Investigación de la carrera). Explicué que el motivo que me llevó a solicitar hacer el trabajo de campo en el Hospital de Día de esa institución especialmente en los talleres artísticos y el de Movimiento, es el vínculo con Griselda trabajadora social que entre otras cosas coordina el taller de Movimiento allí e integra el Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance donde ambas participamos.

De la manera en que se fue desarrollando la conversación fui entendiendo que Mariel, intentaba comprender desde dónde estaba escribiendo y qué me proponía. El tono de la conversación empezó entonces a ser más evaluativo sobre ciertas categorías y afirmaciones. Me preguntó en un momento si yo ya había hecho alguna experiencia en ese hospital, ¡y le digo que no! y me dice:

Mariel:- Es que por las afirmaciones que leo pareciera que lo escribe alguien que es parte del equipo del hospital.-

En ese momento me pareció que algo no se estaba entendiendo, y le reiteré que como el escrito se trataba del trabajo final de un seminario anual de Investigación, para poder desarrollarlo necesitaba información y descripción del referente empírico, aún cuando todavía no tenía acceso a él, pero a los fines de plantear el problema, las preguntas, los objetivos, hipótesis, etc, me basé en la información que me fue proporcionada. Por lo tanto mis afirmaciones se encuadran en este contexto.

Señaló tres cuestiones centrales para considerar la reescritura:

1/ Lo primero que urgió fue explicitar cuál sería la posición desde la cual realizaría este proyecto de investigación y ella misma señaló que mi condición es la de investigadora externa, ésta sería además mi presentación ante la institución.

2/ La segunda cuestión es que debo incluir el Consentimiento previo, libre e informado, se explayó mucho en la importancia del mismo y sobre la situación de los usuarios y pacientes del HdD haciendo énfasis en: 1- la vulnerabilidad social, psico-física y emocional y, 2- el resguardo ético necesario cuando estas personas son objeto de estudio.

3/ La tercera fue de orden metodológico sobre el abordaje de observación participante con la importancia del “hacer junto con” el otrx., Mariel dijo algo así como

-Ah, sí ! que los antropólogos tienen que estar mezclados entre las personas y el ambiente .

Desde un primer momento se presentó la tensión entre marcos epistemológicos diferentes. En el enfoque de la biomedicina, que es el adoptado por la psiquiatría, se buscan análisis cuantitativos, acciones directas y preguntas formales. En mi proyecto el aspecto cualitativo no es el eje y en cuanto a las acciones directas mi propuesta es la de "hacer con otrx", no hay una línea de acción prefijada sobre la base de un diagnóstico que es el procedimiento formal profesional con el cual se manejan.

En cuanto al antropólogx que "está mezclada entre las personas y el ambiente" me dió una pista sobre la mirada externa en relación a la especificidad de nuestra disciplina, y situarme yo en la perspectiva del actrx en relación a la institución y profesionales. Un actrx que no es el que sufre padecimientos mentales pero que con su proyecto de investigación plantea lugares no transitados.

Volver a generar una nueva cita me llevó casi seis meses y no precisamente porque me demorara en corregir

Registro 29/06/2018. HNSMyALB

El 29 de junio fué el segundo encuentro, previamente mantuvimos intercambios de mails donde le envié el proyecto con las correcciones que me había sugerido. Ese día estuve puntual a las 11:30 Me anuncio y espero en el salón de entrada media hora más o menos. Mientras tanto seguía mucho lo que hacía una mujer que tenía una actitud muy suelta y jocosa con los guardias de seguridad, se escuchaba su risa, sus carcajadas de boca grande y dientes parejos. Entraba en diálogo con todos, tenía buena onda y se le notaba un hablar medio arrastrado.

Había también dos hombres que estaban deambulando, uno de ellos sostenía un bulto empacado, eran varias cajas de pañuelos descartables que seguramente vendía. Parecía que estaba buscando algo, dejan el paquete en el piso y se dan vuelta para consultar al guardia, entonces la mujer que seguía dando vueltas por ahí, aprovecha y les esconde la caja detrás de la puerta. Era un número de tira cómica la escena, primero la sorpresa, luego se devela el misterio después la broma y la risa de ella y el guardia

Vino Mariel y fuimos juntas hasta su oficina donde me presentó a Sara, trabajadora social del área de investigación del hospital. Llevé el proyecto

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

modificado según sus indicaciones. Mariel me dijo que había releído el trabajo y que aún así había algunas cosas para corregir de redacción. Hablamos un poco del propósito de investigación, cuáles eran mis expectativas, noté que su posicionamiento sobre las tres observaciones de la entrevista anterior no había cambiado (a pesar de haber quitado lo que me señaló como incorrecto) salvo el Consentimiento previo, libre e informado que adjunté.

El rechazo al enfoque analítico y a la propuesta metodológica seguían en pie: el tipo de participación en los espacios del HdD y los talleres les resultaba muy invasivo en un ámbito de trabajo que requiere cierta discreción y secreto para el cuidado de los pacientes. Poder estar en lugares comunes compartiendo la cotidianidad y las rutinas de los talleristas y profesionales así como la participación observante en estos términos fue cuestionado por motivos de cuidado hacia los pacientes. Convengamos que es difícil ingresar a hospitales públicos para realizar investigación, los procedimientos formales y administrativos terminan siendo una obstrucción, por ejemplo en este hospital estaban esperando el nombramiento y la llegada de un nuevo interventor, todo se detiene hasta que eso se resuelva.

Me reiteraron enfáticamente que el consentimiento previo, libre e informado debe ser concedido por *todos* los que participan del taller y basta con que una de las personas se niegue para que no pueda asistir a las clases. Le dije que estaba de acuerdo que mi intención no era avasallar sobre ningún espacio ni personas, pero que también se crean consensos e intercambios para lograr las condiciones de acceso.

En cuanto al análisis teórico me señalaron que aseverar (desde la perspectiva de Foucault) que los tratamientos en las instituciones psiquiátricas producen *sujetos dóciles*, si me estoy refiriendo a esta institución, no podría afirmarlo de entrada.

#### **4.2.1 Rigidez epistemológica.**

Esta vez la participación observante desde “su” perspectiva profesional les resultó una intromisión a la privacidad que implicaba una serie de riesgos y transgresiones. Interpreto la voz de mis interlocutoras como la perspectiva psicológica/psiquiátrica e institucional de un hospital enmarcado en el MMH que impone límites a una epistemología diferente en cuanto a la imposibilidad de una apertura a ser afectadx en el compartir.

Y es que la antropología se centra en el análisis cualitativo, en la comprensión y el contexto relacional de tal manera que las preguntas no sólo pueden ser informales sino que muchas veces se redefinen en el proceso (Barber,

2009). La rigidez estuvo desde el principio y aún con las correcciones que me pidieron lo que quedó a la vista es que el encuadre epistemológico les resultaba inadmisibile.

De esta forma quedó al descubierto la tensión por un tipo de regulación que señala los límites interdisciplinares, es decir: la visión biomédica impone una perspectiva que establece parámetros formales (que se presentan como universales) que representarían la correcta relación entre el/la investigadora con sus sujetos de estudio, y estaría en tensión (o por encima) de una ética de la investigación de la práctica (Cardoso de Oliveira, 2003)

Estamos de acuerdo con la relevancia de las regulaciones éticas en el hacer de la investigación y el trabajo de campo, sin duda, sin embargo, cabe preguntarse si en nombre de un problema ético-metodológico no se encubre la negación a otro tipo de abordaje, en este caso tanto la participación observante como el enfoque de y desde la corporalidad. No obstante, como veremos más adelante y a pesar del MMH, los límites no están sellados.

También me resultó llamativo por parte de Mariel su defensa en relación a que la institución asilar no produce sujetos dóciles en el caso de ese hospital. Desde el punto de vista del saber médico y del MMH, Eduardo Menéndez sostiene que permanentemente hay discusiones e investigaciones sobre “lo social” en el desempeño de la profesión, y de hecho se asume que la acción del médico se ejecuta como un acto técnico, ideológico y *social*. Sin embargo el efecto de lo social no lo reconocen en su propia práctica, sino que lo reconocen en los “otrxs”, como si esas variables no los afectaran (Menéndez, 2020). Lo ví muy claro cuando Mariel dijo que yo no podría aseverar que en el HdD de esa institución existe el

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

disciplinamiento y la producción de sujetos dóciles, lo paradójico es que en esa afirmación se excluye ella misma de las relaciones de poder y del sistema donde está inmersa: son otrxs quienes ejercen coerción. Sin embargo la microfísica del poder se inserta justamente en los gestos y detalles del cotidiano, en la economía eficaz de los movimientos habituales, en la disciplina que modela y corrige para hacer un sujeto dócil, manejable y útil (Foucault, 2002). El poder como tal opera más allá de las afirmaciones o deseos personales.

#### 4.2.2 La entrevista

Registro 29/06/2018. HNSMyALB

Sara preguntó:

-¿Es para una maestría?

Silvia: -No, esta es la primera vez que hago una investigación, es para la licenciatura en Ccias. Antropológicas, estoy por recibirme me falta sólo un seminario. Pero tengo además saberes de otras experiencias y ramas artísticas, en danza fundamentalmente.

Mariel y Sara fueron muy escrupulosas en las preguntas que me hicieron, puntualmente señalaron la metodología y los indicadores de análisis que puse en el proyecto: contenidos que se imparten en los talleres que se dictan, la planificación y metodología de trabajo, cuáles son las formas de participación y consignas. Los diálogos e interacciones entre docentes y pacientes. etc

Me preguntaron qué entendía yo por observación participante, Sara apuntó

- ¿Es alguien que está observando y que toma notas sobre lo que ve? ¿Vas a estar apuntando mientras estás ahí?

Silvia: - No tomo notas mientras estoy, cuando estoy observo, veo qué nivel de participación hay, desde qué lugar me puedo integrar respetando lo que me indiquen los talleristas. Pero no escribo en el instante eso lo hago después

Mariel - No. Ni siquiera lo podemos presentar, no puedo presentar esto planteado así, ningún profesional va a querer que lo estén mirando cuando además no sabe para que lo están haciendo y aunque sea con fines de investigación no saben qué voy a escribir y dónde lo voy a difundir- Sara acotaba y acordaba asintiendo con la cabeza-.

También hubo reparos con poder estar en los espacios comunes y en la vida cotidiana, directamente lo denegaron,

Mariel:- Los espacios comunes, las charlas que se puedan dar entre profesionales no son ámbitos en los que puedas estar

Entonces expliqué específicamente qué entendía por cotidianeidad:

Silvia:- Cuando llega un profesor y tiene que abrir la puerta para entrar a la sala y

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

acomoda sus cosas, o ya está acomodado por otros; si los alumnos llegan de a uno o están desde antes; cómo se usan los materiales, cómo están dispuestos y guardados, las indicaciones, el tipo de trabajo que se lleva a cabo, cómo se llaman las personas entre sí, qué tipo de interacción establecen. Estas cuestiones son parte de una rutina que ni se piensa porque ya está establecida pero para mí son fuentes ricas de información.

A pesar de la negativa rotunda sobre mi propuesta metodológica insistí y propuse reformular los objetivos en etapas: 1) Historización de los talleres; 2) entrevistas con los talleristas que accedieran; y 3) sólo si estaban de acuerdo ellxs y lxs usaurixs, participación observante

En mis ansias de lograrlo me daba cuenta que ya no era mi investigación y lo constaté cuando Sara me sugirió que fuera a los antecedentes institucionales, que hiciera una revisión de cómo los movimientos que introdujeron la antipsiquiatría resonaron e influyeron a nivel local y e lucha y tradición en defensa de estas prácticas y su inclusión clínica. Me indicó indagar sobre las tensiones hacia el interior de la psiquiatría a través de lecturas y registros para que yo pudiera desnaturalizar mis prejuicios y supuestos y así repensar el enfoque y mis preguntas (sic).

El direccionamiento tenía otro motivo además y era que pudiera cubrir una temática que no se había abordado desde las propias investigaciones del hospital. Con ese propósito podían facilitarme unos informes anuales realizados por los profesionales que transitaron en los talleres.

La reunión terminó y me fui confundida y desmoralizada porque no quería darme por vencida, pero el nivel de resistencia era muy grande y las exigencias me llevaban por un rumbo que no era el mío. Las actitudes y el trato siempre fueron muy correctas y formales, pero no sentí ninguna escucha de su parte.

Tal como venía el panorama no iba a continuar allí, hice un viraje y reajusté el rumbo hacia el Hptal de Emergencias Psiquiátricas Torcuato e Alvear, pero en un último intento fui a buscar los informes de talleres que me habían prometido. Los fotocopí. Quedaron en el estante de mi biblioteca unos meses. Un día Griselda (la trabajadora social que entrevisté) me dijo que le interesaban, y se los di.

#### **4.2.3 “Nadie va a querer que lo estén mirando”.**

Considero relevante analizar cuestiones que fueron incomprendidas y rechazadas relacionadas con lo epistemológico (continuando con el análisis anterior), la cotidianeidad y el enfoque metodológico.

Lo epistemológico: Mis evaluadoras no admitían como válido el modo de construcción de datos que me proporcionaría la información a analizar: una cuestión netamente antropológica propia del trabajo de campo que implica una experiencia

de extrañamiento y familiarización en una dinámica intersubjetiva que nos va modificando. Desde esta experiencia empírica construyo un corpus documental que, entramado con las relaciones conceptuales de mi marco teórico me permitirá demostrar mis objetivos e hipótesis (Achili, 2005:64) Para ello me sirvo de la participación observante que según mis interlocutoras consistía en estar mezclada entre la gente y el ambiente, primero, pero al repreguntarlo por segunda vez, quedó claro que no se entendía, por eso me vi obligada a explicar no sólo cómo lo haría sino qué entendía por cotidianidad, que desde su perspectiva era una intromisión a la privacidad.

El acceso a la cotidianidad Malinowski la definía como “los imponderables de la vida real”, eventos, situaciones, procesos que no se hacen públicos porque resultan obvios, informales, “el flujo rutinario de la vida ordinaria” (Malinowski.1922)

La cotidianidad social entendida en el contexto del enfoque antropológico relacional, dice Achli, se desarrolla en el marco de dos corrientes de estudio y se nutren teóricamente de a) fenomenología y b) la perspectiva histórico material de la vida cotidiana (Achili. 2005:19). a) La fenomenología<sup>17</sup>. El transcurrir de las experiencias sucede en el continuo del espacio-tiempo, aprehendiendo rutinas que paulatinamente se integran a la existencia. Cuando la continuidad se interrumpe ante un problema que involucra un otrx (sea sujeto o situación) entran en juego una serie de negociaciones intersubjetivas con el entorno hasta que la problematización se mixtura con la cotidianidad y se restablece (idealmente) la continuidad del

---

<sup>17</sup>La perspectiva fenomenológica que toma Elena Achili abreva en Peter Berger y Thomas Luckhman que toman a su vez la influencia de Alfred Schutz sobre el análisis del mundo de la vida cotidiana y el sentido común en Husserl. (Achili. E.L. pág 20, 2005). Hago la mención porque el abordaje desde la fenomenología en mis referentes conceptuales es a partir de otros autores cuyo encuadre resulta más consistente con los objetivos propuestos y el enfoque desde las corporalidades, el aporte de Achili es coherente con la esfera de la cotidianidad que se está problematizando en este análisis.

devenir. Según Mariel, sería mi presencia la interrumpiría la continuidad en los lugares comunes y espacios del HdD “...ningún profesional va a querer que lo estén mirando...”

La dimensión de lo cotidiano se construye en el marco y proceso del campo social que se investiga y se despliega en los ámbitos de interacciones, de acontecimientos y de prácticas donde los sujetos imprimen significaciones y sentidos.. El ejercicio del registro etnográfico y la descripción densa permite captarlos como categorías locales, redes, conexiones, vínculos y relaciones que trascienden la literalidad de los hechos y las rutinas habituales<sup>18</sup>. Según mis evaluadoras esas condiciones no eran viables y afectaban directamente estrategia metodológica y epistémica del proyecto.

#### 4.2.4 El rechazo al enfoque metodológico

Para ellas la problematización, el recorte del objeto de investigación o los objetivos no eran tan importantes como la crítica al encuadre metodológico. El intercambio y la discusión giró en torno a eso, toda la explicación y detalle del proceder y de la participación observante fue utilizada como soporte e instrumento para decir “No”: porque ciertas cosas están prohibidas, porque pueden provocar rechazo, porque si se propusieran serían censuradas, más, la enorme preocupación que significa esta modalidad de investigación para con la intimidad, situación personal de los pacientes; que puedan ser tomados como mero objeto de estudio

---

<sup>18</sup>Me permito agregar que “La etnografía es descripción densa, lo que en realidad encara el etnógrafo (...) es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, , y a las cuales el etnógrafo debe ingeniárselas de alguna manera para captarlas primero y explicarlas después”. (Geertz. C, 1983)

sin respeto por su integridad, (más adelante tomaré esta cuestión) y todos los condicionamientos y postergaciones que podría presentar el Comité de Ética.

Cuando Foucault plantea “la hipótesis represiva”, sostiene que la represión en sí misma no es el problema de fondo cuando analizamos el ejercicio del poder. Visibilizar la censura, la denegación, inclusive la crítica sería más funcional al despliegue de esa mecánica que a su denuncia, y se pregunta si la crítica a la represión no sería parte de la misma red que lo denuncia y la mecánica que el poder despliega. La genealogía sobre las conductas le permite llegar a la razón de ser del régimen poder-saber-placer pero no a través de las regulaciones sino a través de la “puesta en discurso”: conocer a través de los modos, mediante qué canales, con qué palabras, cuáles sensaciones, qué formas infrecuentes o apenas perceptibles del deseo, cómo el poder se infiltra y controla el placer cotidiano. No importa cuáles sean sus efectos, si el rechazo o la incitación, tampoco hace falta llegar a la verdad ni develar mentiras sino “...delimitar y aprehender la “voluntad de saber” que al mismo tiempo les sirve de soporte e instrumento”<sup>19</sup> (Foucault, 2019).

La puesta en discurso de mis inquietudes de conocimiento consistió en “decir, repetir-me y repetir-les” lo más frecuentemente posible todo lo relacionado a mi

---

<sup>19</sup> Efectivamente Foucault inscribe la hipótesis represiva en una economía general de discursos sobre el sexo -donde entran en juego placer y deseo- en las sociedades modernas a partir del S XVII se hace tres preguntas al respecto. : 1- si la represión del sexo es una evidencia histórica en tanto se instala un régimen de represión; 2- si la *mecánica del poder*, conformada en el ejercicio de la prohibición, la censura y la denegación, pertenece esencialmente al orden de la represión y; 3- si el discurso crítico que se dirige a la represión acaso no forma parte de la misma. Ahora bien, el recorte y la relación que a mí me interesa y encuentro coherente con la experiencia reflexiva de la entrevista (que me sitúa desde la perspectiva del actor) es que yo estoy reafirmando y apropiándome del proyecto de investigación en los términos que lo planteo, mi pulsión libidinal y mi deseo están puestos ahí. Estoy confrontando con esas mecánicas del poder en tanto ambas profesionales en sus roles institucionales censuran el proyecto, se niegan a la metodología y me prohíben la participación observante. Para contextualizar mejor, la cita completa es “De ahí, por último, que el punto importante no será tanto determinar si esas producciones discursivas y esos efectos de poder conducen a formular la verdad del sexo o, por el contrario, mentiras destinadas a ocultarla, cuanto delimitar y aprehender la “voluntad de saber” que al mismo tiempo les sirve de soporte e instrumento”. Es desde este lugar que hago el recorte y la interpretación para utilizar la “hipótesis represiva” como categoría de análisis.

accionar y sus implicancias para aislar y aprehender el contenido de los propósitos. Foucault señala un punto clave en la “voluntad de saber” en relación a la cuestión discursiva, y es el exceso y la sobrecarga de la palabra que obliga a explicar, a describir con detalles, lo que el autor llamó *la codificación clínica del “hacer hablar”*. Un procedimiento que me estaba siendo aplicado, aunque mi rol era el de investigadora no del paciente que habla de su dolencia, sin embargo la mecánica era igual: el relato de lo que haría, el esfuerzo de dar detalles y repetirlos mientras intentaban descifrarme con interrogatorios.

Este procedimiento es un ritual en la evaluación clínica inherente a los *esquemas de regularidad científica* que menciona Foucault y que tienen como propósito modular un campo de observaciones para formular diagnósticos codificados en operaciones terapéuticas, por ejemplo, la medicalización.

Una vez que el contenido de mi discurso fue “aislado y aprehendido”, las observaciones que me indicaban tenían la intención de “... *hablar como de algo que no se tiene simplemente que condenar o tolerar, sino que dirigir, insertar en sistemas de utilidad, regular para el mayor bien de todos según un óptimo.*” (Foucault. 2019:17). Y ese óptimo era el interés institucional: 1° la negación, 2° la codificación clínica el hacer hablar, 3° aislar y aprehender los propósitos, 4° diagnosticar y dirigir la investigación hacia el interés institucional: la sistematización de los antecedentes del hospital y del devenir de las prácticas artístico terapéuticas a lo largo del tiempo

La cuestión de la “proximidad” también me llamó la atención. En el hacer con otros una se implica en las experiencias corporizadas, kinéticas, gestuales, sonoras para permitirse *ser afectada* (Favret Saadá, 2013) y disponerse a captar y

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

comprender un *saber hacer* cuya comprensión requiere explorar esa vía de acceso con la entrega y riesgo que implica permear nuestra propia subjetividad haciendo el ejercicio de profundizar la capacidad cognoscente de los diferentes sentidos perceptivos, gestualidades y movimientos corporales (Citro;Greco y Torres Agüero, 2017) . Ese grado de acercamiento fue muy cuestionado cuando dije que en algún momento me interesaba hacer el taller como participante. La reacción fue tajante: si soy observadora no puedo hacer con ellos: *-O estás de un lado, o estás del otro-*

En ese encuentro (medicina-investigación o paciente-objeto de estudio) No hay “entre”, no existe ese lugar de afección donde el investigadxr pueda penetrar, experimentar y enriquecerse a través de ese mundo, frecuentándolo, acceder a estas situaciones y compromisos en el trabajo de campo trasciende lo que se espera de la participación observante. Sin embargo, en tanto se fortalezcan de la misma manera las herramientas teóricas, epistemológicas y metodológicas no hay razón para pensar que se pierde la capacidad crítica. La proximidad es un juego de distancia y cercanía, es la habilidad de establecer una comunicación “...*aprehensible a través de la transmisión de una carga energética... leída en el comportamiento y apariencia de los interlocutores. ...*”<sup>20</sup> (Favret Saadá, 2013)

Se visibilizó además, un problema metodológico que puso en cuestión “...*una norma,(...) constitutiva de la autoridad etnográfica: la supresión del sujeto de la enunciación (el “yo” que indaga) a favor de la descripción científica del objeto (“ellos”, los indagados)*”. (Favret Saadá, 2013) Ese desplazamiento encendió un

---

<sup>20</sup>Zapata, Laura; Genovesi, Mariela.JEANNE FAVRET- SAADA: “SER AFECTADO” COMO MEDIO DE CONOCIMIENTO EN EL TRABAJO DE CAMPO ANTROPOLÓGICO Avá. Revista de Antropología, núm. 23, 2013, pp. 49-67 Universidad Nacional de Misiones Misiones, Argentina

alerta de peligro: borrar el límite en la relación médico-paciente significaba subvertir un orden en el control.

#### **4.2.5 Micropolíticas en los pliegues**

En continuidad con la perspectiva de los profesionales, acordamos una entrevista con Griselda, trabajadora social del equipo del HdD del HNSMALB, integrante del Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance y quien, como ya mencioné me puso en contacto con el área de investigación.

Me propongo abordar *el uso y la percepción del cuerpo y movimiento en las prácticas sensibles y expresivas de los talleres /actividades y su relación con el tratamiento de recuperación* en dos niveles de análisis, desde la mirada profesional, no la del actx.

1ero. Analizar el caso del brote psicótico de Sergio desde la neurofisiología, y los niveles de percepción de la conciencia, en la perspectiva de Miguel Benasayag.

2do. Elucidar sobre las contradicciones y la convivencia de la perspectiva biomédica hegemónica con el abordaje desde la corporalidad que se implementa en el taller de movimiento en la misma institución hospitalaria que rechazó el enfoque metodológico.

#### **4.2.6 Coproducciones: el taller de movimiento.**

Hace más de diez años que Griselda se desempeña en el HdD. Junto a otras tres profesionales con quienes trabaja impulsó un taller del Movimiento. Me explicó que al principio ese tiempo de taller dedicado al movimiento era deportivo, pero las condiciones de salud de la mayoría de los usuarios son riesgosas para este tipo de entrenamiento y eso no se sostuvo. Entonces armaron una rutina de ejercicios corporales mezclados con improvisación guiada y relajación. La dinámica es muy

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

flexible y participativa y los usuarios también proponen contenidos de hecho Griselda llama orgullosamente “coproducciones” a los distintos formatos del taller. La mayoría de la población son varones de 25/30 años para arriba.

Porque nos conocemos desde antes y tenemos en común este interés, el tono y nivel de confianza del diálogo nos permitió hablar relajadamente así como decir y describir, especialmente a ella, situaciones y experiencias difíciles con crudeza, a veces apelando al humor y siempre con mucho respeto.

Entrevista 15/02/2018. La Casona Cultural Humahuaca. Humahuaca 3508

Silvia:- A pesar de que la Ley de Salud Mental incorpora abordajes alternativos en las problemáticas complejas, ¿por qué creés que formal e institucionalmente hay rechazo todavía?

Griselda:- ¿Por qué hay reparos en el uso del cuerpo en los abordajes?....Específicamente en salud mental todo lo que sea el encuentro de dos cuerpos puede ser un problema, ponele. Uno de los motivos son los riesgos reales del uso problemático de sustancias más la complejidad del cuadro clínico. Eso hace que, por ejemplo, haya gente con dificultades cardiovasculares, entonces no puede correr así sin más. Se te muere y ¿qué hacés? Otro aspecto es por qué en los abordajes no se escucha el cuerpo (son capas sobre capas de enfoques en esa línea). El cuerpo hospitalario es un cuerpo controlado por el modelo médico hegemónico, pero al mismo tiempo hay una delgada línea entre cómo bancás una **excitación psicomotriz corporal** y dejarla que suceda así como venga. ¡No podés! hay un control que es necesario. Es complejo para pensar. Pero también se ve que en la tradición hospitalaria la cabeza y la psiquis son una cosa y el cuerpo otra. No hay una metodología de trabajo de la corporalidad junto con la psique. Psique va por el lado de la palabra: psicoanálisis, consultorio, taller. No ponés a la persona en términos corporales a trabajar desde ahí. No se vé que haya una situación que genere una pregunta y una metodología a desarrollar.

Silvia: - Me podés explicar y mejor qué es una **excitación psicomotriz corporal**

Griselda:- Yo trabajaba con un paciente que estaba bien, lo que se dice “compensado”, había tenido una internación complicada pero venía al HdD, y una vez viene descompensado. Entró con su tío. Descalzo, sin remera, con los pantalones bajos que no

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

sabías si los iba a perder caminando. No nos miraba a los ojos, no nos escuchaba, a la única persona que escuchaba era a su tío. Nosotros necesitábamos que reestableciera su plan farmacológico y volviera a estar compensado. No sé sabe bien cuál fue el desencadenante, posiblemente fue cuando le dimos el alta. Él no quería, se sintió muy mal con esa decisión, y otro, que su abuela materna está enferma, juntos o separados ambos temas hicieron que empezara a tomar mal la medicación (inclusive alguna de ellas estaba vencida). Ese día apareció casi en pelotas. El tío logró que se ponga la campera para entrar al hospital. Le hablabas y al único que miraba era al tío

En un momento me dejan con él a solas (para mí fue una de las cosas más impresionantes que viví en mi vida) el tío se fue a hacerle la internación. La excitación psicomotriz es no estar en sí, agredirse o agredirte, hay pacientes que en ese estado revolean, queman cortan, rompen te matan se matan, son peligrosos para sí y para terceros. Su mundo interno es otro mundo.

En esa situación yo me quedo afuera, porque...a ver.... el muchacho es grandote y no estaba en actitud de recibir lo que se le sugería y había que medir hasta dónde lo que uno le dijera le iba a caer bien o mal. La psiquiatra le quiso dar una medicación y él no quiso. Mientras sucedía la cosa burocrática para internarlo, ese sector en el que estábamos linda con un gimnasio, y se escuchaba algo tipo marcha tecno así como...bombombom chachachan...bombombom... El chabón empieza a mover el cuerpo y así como sin querer lo miro empiezo a moverme con él... Y me relojeó...Entonces le digo al tío, (que ya había regresado) - ¿Vos sabés que a él le gusta Cultura Profética? - Y ahí él me mira y sigo hablando - Es más, hay una canción en particular.- Busco la canción en mi celular. Se pone a bailar conmigo, me mira a los ojos empieza a hacer unos sonidos, o sea no me hablaba pero le salían sonidos.

Él ahí conecto con que yo sabía lo que le gustaba ( y yo sabía quién era pero él a mí no me conocía, eh?). Cuando se pone a bailar le da por una cosa como muy erótica (no sé si es la libido o qué...) y se va al pasillo a mirar unas minas y se pone a bailar ahí...¡ahora estaba como muuy arriba ¡pero había que bajarlo a la vez de eso! Después de un buen rato, con paciencia y siempre guiando ese estado de excitación, fue bajando. La cuestión es que pudo internarse pero mientras decía: -Yo no sé por qué estoy acá, lo único que sé es que ustedes me van a cuidar y me quieren.-

La situación que pude establecer es - Bueno, ok! vos acá sos bien recibido.- Tres días después pudo pedir disculpas porque *no nos reconocía* cuando pasó todo esto

Eso es un cuadro de brote. En el caso de él no nos pegó, no nos quería matar, no se quería matar a sí mismo. Pero eso es no saber quién es uno ni quién es el otro.

Para mí fue como mágico, porque aún sin poder reconocernos él sí pudo identificar que yo

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

lo conocía a él y que estábamos recibéndolo.

Ahí es donde a mí.....o sea....(silencio pensativo) ....me di cuenta que había otra cosa.

Silvia -: Qué te pasó a vos después del episodio, cómo te sentiste? ¿Tenés una memoria sensorial o un registro

Griselda:- Ver alguien que querés mucho en ese lugar es dolorosísimo...porque no era él.....era como... (se hace un silencio breve)... Es que además en él particularmente el padecimiento es sumamente consciente, hay pacientes que parece que hubieran vivido en otro lugar y son muy felices en ese otro mundo **pero Sergio tiene una capacidad para reflexionar sobre lo que le pasa, sabe cuándo entra y cuando sale de ese mundo, y ahí decís - ¡No la debe pasar bien!** ....En realidad él empieza con todo esto porque su mamá desaparece, no se sabe por qué, si fue una cuestión de trata, de transas, la cuestión es que nunca más la encontró y a partir de eso se brota

Silvia:- Qué edad tiene?

Griselda: - Unos 30

El abordaje de Miguel Benasayag filósofo, psicoanalista, epistemólogo es interdisciplinar con una orientación fenomenológica.<sup>21</sup>

El autor afirma, basándose en Gottfried Wilhelm Leibniz, filósofo del S XVI y Francisco Varela biólogo, filósofo y neurólogo chileno <sup>22</sup>, que la tarea principal de nuestro cerebro es la “**producción de la realidad**”, o sea imaginar qué es el mundo. Para ello los mecanismos de discretización<sup>23</sup> y percepción establecen los límites, hacen un recorte del **continuo** del mundo, recorte que luego emerge como

<sup>21</sup>Sus investigaciones actuales articulan la biología con la digitalización, los procesos de hibridación y la cultura en discusión con las posturas transhumanistas. *“Decir que lo vivo reposa en un conjunto de invariantes y sobre un funcionamiento dinámico que constituye un suelo fenomenológico (con el que la investigación debería contar) no equivale a afirmar una posición simétricamente opuesta a aquella de investigación reduccionista. Lo vivo se manifiesta como una tensión y un desafío...”*. ( Benasayag M, pág32, 2019)

<sup>22</sup>Francisco Varela (1946-2001). Biólogo, filósofo y neurólogo chileno, junto a Humberto Maturana desarrolló la teoría de la *autopoiesis*, que explican la organización de los sistemas vivos como redes cerradas de autoproducción de los componentes que las constituyen. O sea, los organismos capturan los estímulos que reciben ordenándolos según patrones cerebrales que le son propios según su especie y que determinarán la producción de formas emergentes, esto es enacción (*in action*). (Benasayag. M, pág 70, 2015) Para el estudio de estos fenómenos desarrolló una metodología llamada *neurofenomenología*.

<sup>23</sup>La discretización es una operación matemática que permite separar, delimitar variables de un *continuum*.

imágenes perceptivas en el cerebro. Ahora bien, la parte del cerebro ligada a la conciencia es la región cortical, y

*“...los estímulos que llegan al cerebro dependen, en gran parte, del movimiento del cuerpo (...) y no sólo de informaciones codificadas conscientes. Los componentes fundamentales de la integración cerebral provienen de la percepción muscular...son el cerebro y cuerpo juntos, indisociables uno del otro, los que “conocen” y producen la realidad a través de un proceso de **captura** que se da en una interfaz entre el que conoce y la cosa que produce ese conocimiento. Por lo tanto el mundo no es algo dado, externo que recibimos pasivamente, muy por el contrario es una “**co-escultura**”. (Benasayag.M, 2015:63 las negritas son mías).*

Si la percepción muscular que es información generada en el movimiento “conoce”, se entiende un poco más esa conexión que a Griselda le pareció mágica, cuando se sorprende al confirmar que Sergio sabía que lo estaba comprendiendo aunque no pudiese articular palabra.

#### **4.2.7 La “captura” de lo real en un estado de excitación psicomotriz corporal.**

Ahora bien, la **captura** implica registros previos de percepción y presenta niveles de complejidad. Si volvemos al relato de Griselda, Sergio llega

“descompensado”, o sea que no estaba tomando la medicación como debía.<sup>24</sup> En

su relato encontramos instantes puntuales que ella destaca en la **excitación psicomotriz corporal** especialmente aquellos en los cuales logra establecer

<sup>24</sup>Los psicofármacos que se prescriben para tratar los padecimientos mentales tienen efectos secundarios fuertes: físicamente producen temblores, movimientos involuntarios de las extremidades, salivación, pesadez; químicamente modifican tanto conexiones neuronales como los estímulos del Sistema Nervioso Central (SNC) transformando profundamente la percepción y cognición. Sin embargo, en los brotes psicóticos las percepciones sensoriomotrices también están trastocadas: la temperatura, la velocidad y fuerza muscular, se experimentan alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, etc.

puentes que le permitieron hacer vínculo con Sergio y contenerlo en el brote. Me propongo llevar esta situación al plano de la **producción de la realidad** que propone el autor. Para ello necesito introducir algunos conceptos que voy a organizar visualmente en un cuadro para facilitar la comprensión.

En la 1er columna especifico el Nivel de afectación orgánica; en la 2da lo explico según conceptos de Benasayag; en la 3era transcribo fragmentos de la excitación psicomotriz corporal y en la 4ta hago un análisis.

Sobre “Los niveles de afectación orgánica” que la apercepción sensible alude a la capacidad de dar cuenta de los objetos externos y de nuestras impresiones sensibles, para Leibiniz además hay un “...*tipo de apercepción que se da a través de los actos reflexivos, esto es, entre la conciencia fenoménica y la conscientia como a la capacidad del sujeto de aperebirse a sí mismo y a sus operaciones internas*”. (Casales García, 2019)

Cuadro II: Niveles de afectación de la conciencia en la excitación psicomotriz corporal. (Fuente: registros. Elaboración propia)

| NIVELES DE AFECTACIÓN ORGÁNICA | CONCEPTUALIZACIÓN (Benasayag. M págs. 65-68, 2015)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ CORPORAL (entrevista a Griselda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ANÁLISIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Percepción                     | <i>“Es la dimensión del continuo donde las partes “extensivas” del cuerpo es decir, las moléculas, los átomos, el intercambio de energía y materia, son afectadas y afectan el medio en que el cuerpo se encuentra, pero la percepción aún no es unificada. Los organismos reaccionan pasivamente (en modo feedback) al medio”.</i>                                                                                                                     | <i>“Entró con su tío. Descalzo, sin remera, con los pantalones bajos que no sabías si los iba a perder caminando. No nos miraba a los ojos, no nos escuchaba, a la única persona que escuchaba era a su tío (...) Ese día apareció casi en pelotas. El tío logró que se ponga la campera para entrar al hospital. Le hablabas y al único que miraba era al tío (...) La excitación psicomotriz es no estar en sí, agredirse o agredirte. Su mundo interno es otro mundo”.</i> | Sergio estaba casi desnudo y no tenía noción de lo que le estaba pasando. No podemos afirmar que reaccionaría pasivamente, justamente podía pasar todo lo contrario. Griselda dice que era un estado de “no estar en sí”, pero al mismo tiempo “estaba en su mundo interno, que era otro mundo”. Podemos afirmar entonces, que su nivel de percepción no estaba conectado con lo que sucedía a su alrededor, <b>algo se alteró en ese feedback con el continuo</b> |
| Apercepción                    | <i>“En el nivel aperceptivo emerge un “Yo” y un “no-Yo”, hay posibilidad de actuar, ya no solamente en reacción mecánica sino con las características propias de cada organismo.”... “la imagen unificada de lo que le está afectando no es sólo cerebral, sino a la vez, y antes que nada corporal...El cuerpo como tal reacciona con un sentido corporal, y en la apercepción hay unificación que, como organismo le va a permitir reaccionar...”</i> | <i>“El chabón empieza a mover el cuerpo y así como sin querer lo miro empiezo a moverme con él... Y me relojeó (...). Cuando se pone a bailar le da por una cosa como muy erótica (no sé si es la libido o qué...) y se va al pasillo a mirar unas minas y se pone a bailar ahí ...¡ahora estaba como muuy arriba ¡pero había que bajarlo a la vez de eso! Después de un buen rato, con paciencia y siempre guiando ese estado de excitación, fue bajando”.</i>               | Lo que logra <b>activar el sentido corporal de Sergio</b> , que lo unificó y le permitió actuar y hacer contacto visual con Griselda fue <b>“moverse con ritmo”</b> , primero un ritmo aleatorio que sonaba en el ambiente, y luego el ritmo de una música que lo identificaba y le permitió reaccionar e interactuar corporalmente.                                                                                                                               |
| Conciencia                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conciencia | <p><i><b>“Es en el nivel de la conciencia donde pueden producirse imágenes evocables conscientemente a partir de percepciones exteroceptivas como propioceptivas en el cerebro, ya sean estímulos auto provocados y/o del exterior”.</b></i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><i>“Busco la canción en mi celular. Se pone a bailar conmigo, me mira a los ojos empieza a hacer unos sonidos, o sea no me hablaba pero le salían sonidos (...). Eso es un cuadro de brote. En el caso de él no nos pegó, no nos quería matar, no se quería matar a sí mismo. Pero eso es no saber quién es uno ni quién es el otro”.</i></p>          | <p>Sergio pudo evocar estímulos exteroceptivos y propioceptivos de una imagen y de la música que le gustaba para intentar comunicarse y entrara en movimiento. Aunque no pudo hablar sino emitir sonidos, operó “la interfaz entre el que conoce y la cosa que produce cocimiento” al recibir estímulos sonoros e imágenes respondió rítmica y corporalmente.</p>                                                                                                            |
|            | <p><i><b>Conciencia autorreflexiva “...en la conciencia humana existe por lo menos una dimensión suplementaria posible (...) la conciencia autorreflexiva: la posibilidad de ser conscientes de que somos conscientes (...) que por otra parte constituye la interfaz con las estructuras simbólicas, culturales, tecnológicas, e implica una verdadera “salida de sí” (...) Para pensar lo que pensamos, lo hacemos desde estructuras y combinatorias que son exteriores a nosotros que nos capturan y de las que participamos”.</b></i></p> | <p><i>“Entonces le digo al tío - ¿Vos sabés que a él le gusta Cultura Profética? - Busco la canción en mi celular. (...). Él ahí conecto con que yo sabía lo que a él le gustaba (...) Sergio tiene una capacidad para reflexionar sobre lo que le pasa...Él sabe cuándo entra y cuando sale de ese mundo, y ahí decís - ¡No la debe pasar bien!”</i></p> | <p>Griselda pudo hacer que él la registrara y lograr el principio de una “salida de sí”. Cuando ella afirma además que Sergio autorreflexiona y es consciente de la entrada y salida de ese estado de afectación, cuando luego pide disculpas porque no las reconocía en su estado de brote, estamos hablando de la capacidad de <b>ser conscientes de que somos conscientes</b>. En un estado de “normalidad” la conciencia autorreflexiva es una condición permanente.</p> |

El alcance de este análisis propone comprender el despliegue de las capacidades cognitivas para producir la realidad y para ello pongo en relación cómo los **niveles de afectación de la conciencia** están vinculados al proceso de **captura** donde cerebro y cuerpo son indisociables. En el cuadro analizo los momentos de la excitación corporal psicomotriz, en los cuales Griselda logra establecer “un puente” con Sergio. No obstante

En la excitación psicomotriz corporal estarían más presentes el nivel perceptivo, aperceptivo y la conciencia mientras que el trabajo corporal en el taller estaría operando en el nivel de la conciencia autorreflexiva Como desarrollaré a continuación veremos que Sergio participa activamente del taller de movimiento que es parte de su tratamiento

#### **4.2.8 Prestame tu cuerpo**

Entrevista 15/02/2018. La Casona Cultural Humahuaca. Humahuaca 3508

Silvia:-Me gustaría hablar de lo que pasa en el taller de movimiento. ¿Cómo es la dinámica general?

T:- Bueno, en realidad no tenemos uno solo, tenemos dos y ¡¡hay una tercera coproducción!!- dice muy orgullosa-. La primera versión fue una coproducción pacientes-profesionales. Primero fue yoga, después tai chi, después método Fedora Aberastury, y llegamos a la instancia:- ¿Y si ponemos un par de temas deeee...que quieren escuchar ustedes?- responden- folklore, tango, rock, y así.....

Con mis compañeras pensamos en revertir las relaciones de poder y no ser siempre nosotras las que guiamos, entonces acordamos grupalmente que el que cambiaba el ritmo musical se hacía cargo de coordinar el taller. Ahí nos empezamos a reír porque venía un chabón que entrenaba fútbol con cuerpos diferentes al cuerpo femenino y nos queríamos matar porque empezaba a tirar ejercicios para pruebas, jugadas, nos hacía hacer entrenamiento de fútbol posta. Y bueno, ahora te quiero ver.

Nosotras nos reíamos mucho porque nos parecía una locura lo que estábamos haciendo, imaginate, somos re expresión corporal: ...”nos distendemos, sentimos las partes del cuerpo - dice Griselda en tono burlón”, y continúa-.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Entendiendo que la experiencia vivida hace un cuerpo y que éste constituye al sujeto que es parte de una capa social....Pues bien, aparece un cuerpo del fútbol de barrio y otro de clase media que hace expresión corporal ahí se da el encuentro y el préstamo de corporalidades donde yo puedo ampliar mi espectro corporal y el otro ampliar el suyo.

Suelo aplicar cosas de la técnica Fedora Aberastury para el momento que llamo "relajación" (es para mí, no explico la técnica ni digo nada al respecto).... Hubo una vez que Sergio lo coordinó, entonces tomé la colchoneta para hacerlo y me sumé al grupo. Cuando terminamos me acerqué y le pregunté a Sergio:

- ¿Cómo te sentiste?

- Y...me sentí un poco "Griselda" ¡¡Jajajaja!!....

Podemos hacer chistes sobre nuestras corporalidades también y eso está bueno.

Benasayag sostiene que *los mecanismos complejos y dinámicos de lo que damos en llamar "realidad"* y son siempre mecanismos de co-producción entre "lo vivo" y su entorno ambiental o ecosistema (Benasayag. 2019:90,91).

Hacer esa captura es poder imaginar qué es el mundo. Aquí me voy a tomar la libertad, de poner en relación dos niveles de análisis distintos, hasta aquí desarrollé una perspectiva de la filosofía de la percepción y neurofisiológica, sin embargo la mirada del autor es una mirada fenomenológica, su idea de "lo vivo" reposa sobre un suelo fenomenológico con el cual, según él, la ciencia debería contar )

De hecho la noción de "captura" es el recorte del *continuum* pre objetivo, que me permite imaginar un mundo y aunque no puedo hablar desde la mirada de Sergio, (porque no pude preguntarle cómo lo imagina él), tengo acceso a la experiencia de Griselda como trabajadora social que trabó un vínculo especial con él. Y el ámbito donde pudo establecerlo fue en el Taller de Movimiento, allí en esa gran estructura del MMH que es la institución hospitalaria, en un salón pequeño algunas horas a la semana la exterioridad se pliega, a pesar de la complejidad y precariedad de la existencia en esos encuentros afloran otras posibilidades de sentir y significar, como dice Deleuze:

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

*“cuando el afuera se pliega lo que se constituye es una interioridad de espera (...) la subjetividad como interioridad de espera”.* (Deleuze, 2015:113). Ella dice: *“El cuerpo hospitalario son capas y capas del enfoque de la biomedicina, de regulaciones donde la cabeza y la psiquis son una cosa y el cuerpo es otra”.* Ante esta realidad, las profesionales desde su ejercicio en la institución decidieron (dentro de su alcance en un nivel micropolítico) *revertir las relaciones de poder* cediendo el rol de conducción del taller a los usuarios, y ellas ponerse en el lugar de seguir las ejercitaciones que les indicaban descentrándose del “cuerpo de clase media que hace expresión corporal”.

Ese espacio construido no es una actividad más, justamente Judith Butler sostiene que la “construcción” no es una actividad sino un acto. *“... un acto que ocurre una y otra vez y cuyos efectos se establecen firmemente en un proceso de reiteración que se hace poder en virtud de su persistencia* (Butler. 2018:28). Esas

Que los usuarios guíen el taller y las profesionales, lo hagan y, se ubiquen en el rol opuesto, donde por un momento se pierde la división “o estás de un lado o estás el otro” (que a mí me señalaron como una imposibilidad metodológica), es una interrupción en el efecto productivo del poder, en las capas y capas del enfoque de la biomedicina. Algo se desplazó, el *préstamo de corporalidades* viene a suspender la reiteración y hace un salto en la captura y el recorte de la realidad donde, donde por ejemplo “Sergio se siente un poco Griselda”.

Disponer la sensibilidad del cuerpo y compartirla, hacer de esas gestualidades, posturas y ritmos una experiencia en común donde la singularidad de cada uno se expresa y es, a la vez, apropiada por el otro permiten resignificar procesual y colectivamente los aspectos dolorosos de la vida movilizándolo y la forma de estar en él.

Desde esta perspectiva, la contradicción o tensión entre el Taller de Movimiento y la política institucional del HNSMyALB es irrelevante, no porque no exista en términos formales y regulatorios, sino porque las normas no pueden controlar por completo la pulsión de lo vital.

### **4. 3 Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear**

#### **4.3.1 El Comité de Ética e Investigación (CODEI)**

El 25 de junio de 2018 fuí al el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear en el barrio de Chacarita. Ya referí al principio del capítulo como pude acceder a esa institución, la filósofa Marie Bardet fue la persona en común que participó en unas jornadas y así me contacté con Valeria, la psiquiatra que organizó el evento. Como ella estaba de licencia por maternidad me puso en contacto con Margarita, una profesional integrante del equipo del HdD que daba el Taller de Movimiento. Me puse en contacto, hablamos por teléfono y le conté sobre el proyecto de investigación y combinamos encontrarnos el 25 de junio a las 13:30 en en el horario de almuerzo donde se hacía además la reunión de equipo y pudiera allí exponerlo.

(Registro 25/06/2018/ 13 aa 15 hs. Hptal de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear)

Cuando llego di con alguien del equipo profesional porque Margarita estaba demorada me hicieron pasar a una salita y sentarme en una mesa donde había tres chicos más de a poco fueron llegando los otros integrantes del equipo nos fuimos saludando, algunos estaban sacando su vianda para comer, llega Margarita nos saludamos. Mientras tanto van sumándose otros integrantes, una mujer toma la palabra y dice:

- Sería mejor que primero hable ella (se refería a mi) y luego seguimos nosotros con nuestros temas-

Entonces me presenté, expresé cuál era mi interés y a través de qué persona estaba llegando a ese espacio, también referí mi participación en el Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance, que me interesaba estar y registrar la experiencia de la corporalidad en los ámbitos de Salud Mental. Esta vez no mencioné la participación

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

observante a los profesionales de la institución ni tampoco envié el proyecto de investigación antes de tener esta reunión.

(Margarita me había anticipado que estaban abiertos a recibir una propuesta de taller de alguien que no fuera profesional de trabajadxx del hospital)

Empezaron a contestar o dar su opinión distintos integrantes y a hablar un poco entre ellos, habría en total unas 10/12 personas. La mujer que estaba sentada al lado mío que me miraba dijo:

- Bueno, sería bueno que además vos pudieras participar en estos espacios sintiendo que contás con la libertad necesaria como para hacer tu investigación.- (me sorprendí y me alegré al mismo tiempo)

Después tomó la palabra un hombre que no sé exactamente qué era dentro del equipo pero claramente tenía alguna autoridad y dijo

Profesional del Hptal - Si fuera solamente que vas a dar un taller porque querés hacer esa experiencia, no se necesita pasar por demasiadas jerarquías pero tratándose de una tesis de licenciatura dónde se va a producir una investigación en la institución y se va a publicar tiene que pasar por una instancia del CODEI, Comité de Ética e Investigación

Silvia- Sí, estoy de acuerdo, entiendo que investigar y que la institución o la persona no sepa que está siendo investigada no corresponde. Sobre el CODEI me dijeron lo mismo en el Hptal. Lic Laura Bonaparte –de todos modos coincidieron en que la situación es más flexible y posible-.

Profesional del Hptal: -Mañana viernes viene la jefa del Hospital de Día, le vamos a comentar sobre esta entrevista y de qué se trata el proyecto para que ella evalúe en qué espacio podría funcionar. Y también estarían las condiciones allanadas a la hora de convocar al director del Comité de Educación y Ética para concretar una entrevista y acceder a poder hacer el trabajo de campo en el HdD

Luego pude conversar mejor con Margarita

Silvia:-¿Cómo es una clase de trabajo corporal tuya? (ella ha hecho danza contemporánea, hace acrobacia y telas)

Margarita: Lo mío es bastante físico, no va por el lado más expresivo de la danza, por ejemplo una chica la vez pasada quería aprender a hacer la vertical, y probamos practicamos hasta que salió. En general cuando en el dispositivo (el HdD) se decide implementar algo ya sea un taller una acción o decisión, se lleva a la práctica durante un tiempo, si realmente no va o no aporta nada u obstaculiza no lo hacemos más. Por ejemplo una vez hacíamos un cierre semanal, la consigna era que ellos mismos evaluaran si hubo cuestiones significativas, objetivos cumplidos o no, problemas etc...Pues no resultó, no se engancharon con la propuesta y no la continuamos. No se establecen normas estrictas para llegar a algún logro. Una vez vino una chica que lo único que quería hacer era jugar al vóley, jugamos mucho tiempo, cada vez que venía era sólo eso, jugar al vóley hasta que en un momento se pudo “establecer vínculo”.

Silvia: ¿Hay pacientes en situación de calle? En general no, los derivamos, los internados tampoco, una de las condiciones de atención es que por más frágil que sea tengan una red mínima de sostén y techo.

En la conversación se refirió al Hospital de Día como “...una amalgama de experiencias -prácticas clínicas, sociales, afectivas, cotidianas - que se integran y funden en el dispositivo...”. El equipo interdisciplinar se compone de dos psiquiatras,

dos psicólogas, dos terapistas ocupacionales (Margarita es una de ellas) y una trabajadora social.

En esta oportunidad la Propuesta metodológica, la investigación con sus objetivos, hipótesis no representaba un problema, Al menos en esta instancia, el enfoque era un punto de vista en común y de interés para la institución de hecho cuando me reuní con la directora del HdD me ofreció dar un taller para los internados de esas salas que estábamos visitando .

Registro 13/07/2018 / 9:30-11 hs. HEPTA

Llegamos al punto del CODEI, que se había conformado y casi concluido el trámite burocrático, la resolución que lo aprobaría era inminente sin embargo no tenía tiempos estimados. De todos modos era una situación mucho mejor que la del Hptal Laura Bonaparte donde ni siquiera se sabían sus integrantes y el nuevo interventor aún no había asumido.

El 13 de julio finalmente se realizó la entrevista con el CO.DE.I Me entrevistaron el Presidente, un miembro más y la Directora del HdD

CODEI: - Leímos tu proyecto, nos parece interesante, quisiéramos que desarrolles mejor la hipótesis y la metodología.

Silvia - Mi hipótesis es que las prácticas artísticas en talleres de movimiento, teatro y música permiten un trabajo kinético, emocional y perceptivo que no sólo favorece terapéuticamente al tratamiento general, también favorece procesos de subjetivación que fortalecen la autonomía y generan cambios en el registro del *self*, de sí mismo. Creo que la conexión con el cuerpo y el movimiento opera de manera transversal en los tratamientos. En cuanto al enfoque teórico metodológico, el registro etnográfico de las actividades en los talleres y también de la cotidianeidad en la cual están inmersos es importante porque las categorías nativas expresan sentidos atribuidos, significados, revelan relaciones y vínculos. La participación observante es la técnica de investigación, pero compartiendo, haciendo con el otrx. Involucrarse corporal y sensiblemente es parte del registro y del método- También mencioné que formar parte del Equipo de Investigación de Antropología del Cuerpo y la Performance me ofrece una guía y marco de contención y acompañamiento en el proceso. En cuanto al consentimiento previo, libre e informado lo envié por mail junto con el resumen del proyecto-.

Para sintetizar, me contestaron que la propuesta les interesaba mucho porque no hay corpus de investigación al respecto y el enfoque de la corporalidad va en la línea de abordaje de la institución. Pero, dentro de las exigencias que les demandaban a los Comités de Ética e Investigación estaba la de apoyar investigaciones que hagan los profesionales de las mismas instituciones, del CONICET, y doctorados. No obstante se mostraron muy interesados en el proyecto animándome a que no abandonara la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

iniciativa y que podría desarrollarla mejor quizás en una institución privada que tiene menos restricciones burocráticas. Si estaba dispuesta ellos podían ponerme en contacto. Ni lo dudé, ahí mismo dije que sí.

Aunque fui evaluada de otra manera de todos modos para el Comité se presentaron impedimentos:

- ◆ La cuestión interdisciplinar sobre la palabra autorizada, sobre qué saber académico tiene la facultad de poner a disposición y hacer circular una indagación posible de ser tomada como fuente, referencia, argumentación, corpus teórico y que contribuye a legitimar un enfoque alternativo. La psiquiatría y la psicología se reservan el poder de legitimar dentro del MMH los saberes y nuevos abordajes impulsados por la LNSM , al respecto señala Menéndez,

*“el análisis del Modelo Médico Hegemónico no puede reducirse a sí mismo; su descripción y análisis deben realizarse junto con el de los otros saberes “médicos” subalternos, paralelos o alternativos; y, además, tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción sociohistórica de las diferentes formas de atención y de sus relaciones con ellas; relaciones que en su casi totalidad no se dan en términos directos entre dichas formas, sino básicamente a través de las relaciones establecidas por los usuarios.”<sup>25</sup> (Menéndez, 2020)*

- ◆ La decisión política por la cual están habilitados los proyectos institucionales, doctorados y CONICET, mientras que la licenciatura no califica para hacer una investigación en un hospital público. Las tesis de grado (por lo menos en

<sup>25</sup>Menéndez, Eduardo L. Morir de alcohol : saber y hegemonía médica / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed ampliada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva / Spinelli, Hugo ; 7) Archivo Digital: descarga y online

Ciencias Antropológicas) no estarían a la altura del nivel requerido para que una institución como el HEPTA sea referente empírico. En esta ocasión no hubo contradicción entre áreas profesionales y roles jerárquicos, lo que hablé con Margarita y me dijeron en la reunión del HdD tiene coherencia con la respuesta que me dio el CODEI, inclusive les interesó el abordaje teórico metodológico, pero los lineamientos políticos dan cuenta sobre relaciones de poder en torno a la producción de conocimiento

*...planteamos que en los niveles de decisión, ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorecen los procesos de producción y reproducción económico-política y se refuerza la hegemonía del sistema biomédico. Esta expansión es posible porque la organización social, ideológica y económico-política dentro de las que operan las formas de atención no solo favorecen la expansión biomédica, sino que tiende a generar, más que la exclusión de los otros saberes “médicos”, la apropiación y transformación de estos a partir de su subordinación ideológica y técnica al modelo médico hegemónico. Más aún, por lo menos en parte, la persistencia o surgimiento de formas de atención, se deben en gran medida a que las mismas tratan de solucionar a nivel real o imaginario, lo que todavía no ha conseguido solucionar o paliar la biomedicina, o lo que ésta excluye (Menéndez, 2020: 88,89)*

La figura de Comité de Ética e investigación, señala Barber, se inició en el año 1984 en el Hospital de Clínicas, luego se disolvió y recién en el año 1998 el Decreto 426 del poder Ejecutivo Nacional crea en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social la Comisión Nacional de Ética Biomédica. Cada hospital tiene el suyo integrado principalmente por profesionales de la medicina (Menéndez, 2020:88,89)

Las funciones del CODEI “...representan un capítulo nuclear dentro de la evaluación ética de las investigaciones en salud y constituyen la base fundamental de

*los sistemas de evaluación de investigación biomédica...*<sup>26</sup> (Vidal, 2018), y no están en discusión. Pero la experiencia de este derrotero concuerda con la crítica de Menéndez en cuanto a que son instancias estratégicas que operan primero excluyendo técnica, jurídica e ideológicamente algunos saberes académicos para luego subordinarlos y apropiarlos al modelo. Este es el fondo de la tensión entre marcos epistemológicos.

En cuanto al consentimiento previo, libre e informado me surgen más preguntas que conclusiones, vuelvo a lo mismo, es una norma ética inobjetable y no es mi interés cuestionarla. Pero a los fines prácticos en el rol y relación que establecí, funciona más como un mecanismo que clausura una instancia de intercambio. Me queda clarísimo que basta que una persona no quiera mi presencia para cancelar mi participación, porque siente desconfianza, incomodidad o lo que fuera, soy yo la que está interviniendo en su tratamiento. En verdad creo que es una controversia delicada, sin embargo, en ambos casos (con diferentes actitudes) sentí que me ponían en un lugar de cierta sospecha, no hacia mi persona claro, sino hacia el enfoque metodológico. Se supone que el consentimiento previo, libre e informado es una herramienta democrática, que le permite al paciente consentir o rechazar la terapia médica que se le propone, que está fundamentada en los valores de dignidad, libertad e igualdad y que coloca en el centro de la relación médico-paciente “...la autonomía del paciente horadando fuertemente el paternalismo médico”. (Garay, O.2017)

Sin embargo en ambos casos la decisión institucional (mediada por lxs profesionales) resolvió por la negativa sin siquiera pensar o conjeturar una forma de hacer lugar al enfoque metodológico sin soslayar la ética y los procedimientos formales.

<sup>26</sup>VIDAL, Susana M. (2008). Comités de Bioética. Introducción a la Bioética Institucional. En GARAY, Oscar E. (Coord.). Bioética en Medicina, pp. 403-439. Buenos Aires: Ad-Hoc.  
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/comites-de-etica-de-la-investigacion>

Podría decir que el paternalismo médico fue aplicado al enfoque metodológico de la antropología.

El consentimiento libre e informado podría ser tomado como una instancia vincular y no meramente burocrática o de poder. ¿Acaso aceptar o rechazar una práctica y metodología de investigación no implica *hacer vínculo* como parte de un proceso que se co-construye? ¿Cómo puedo pensar que ese vínculo está por fuera de lo que investigo? Aquí es donde me parece fundamental recuperar a Favret Saadá y la urgencia de ser afectadx en lugar de distanciarse poniendo en “ellos” la descripción científica del objeto. Es notable como este gesto pone en evidencia la matriz fundante del criterio biomédico que actualiza la voluntad de saber operando con el más puro dualismo cartesiano: el que **opone** el sujeto/objeto entre un “Yo” de autoridad etnográfica y “ellos” los indagados; el que **jerarquiza** los saberes excluyendo unos y validando otros; y el que **distingue** entre médico-paciente en una analogía del relación poder-saber (Bardet, 2018)

#### 4.4 Síntesis de la derrota

*Para Analizar las relaciones entre la institución psiquiátrica - los profesionales y los pacientes*, mi rol de investigadora externa con la mirada de la antropología jugó reflexivamente en una trama de relaciones que me hizo comprender los posicionamientos de estos actores respecto de nuestra disciplina y metodología. La inmersión en el campo significó tomar conciencia progresivamente del blindaje de la institución pública, no pude llegar a mi objeto de estudio, los pacientes “locos” sino a través de la voz de los profesionales y de la institución pública hospitalaria de salud mental y transitar por ambas significó develar esta perspectiva.

Respecto a participación observante como “alguien que va a mirar desde afuera”, activó automáticamente todos los mecanismos de poder que protegen el MMH encarnados en distintas figuras de autoridad con capacidad de decisión, llámense Coordinadora de Área de Investigación, interventor o CODEI. Concuero con Menéndez en que la hegemonía del modelo subsume otros saberes académicos y/o medicinas alternativas garantizando la expansión biomédica. De hecho la tensión entre marcos epistemológicos fue prueba de ello y si bien en el HEPTA los impedimentos no tuvieron que ver con el enfoque teórico metodológico, los límites se ejercieron en los lineamientos del CODEI.

En el HNSMALB además del enfoque metodológico lo que generó incomodidad fue el acceso a la cotidianeidad, un ámbito de la experiencia que amenaza con borrar los límites entre sujeto/objeto que señalé antes: *“o estás de un lado o estás del otro”*.

Y aquí vuelvo a la idea de “alienación” que Foucault trae en la experiencia moderna de la locura (y que sigue operando en el MMH). En aquellas sucesivas “tomas de conciencia” que observa el autor, al mismo tiempo en que la locura queda abierta al conocimiento a través de tipificaciones y terapéuticas<sup>27</sup>, construye coherencias en torno a la “percepción asilaria” y para ello crea nuevas estructuras de protección que le permiten a “la razón” defenderse y garantizarse. (Foucault. 998:92, 93). Este gesto, que es una nueva separación, responde a aquella razón última donde la locura es condición de imposibilidad del pensamiento y el sujeto que puede pensar y tiene el deber de percibir lo cierto no puede ser insensato, por eso, *o estás de un lado o estás del otro*.

<sup>27</sup>Terapéuticas heredadas primero de la lepra y luego de la sífilis.

Para *Indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y movimiento en las prácticas sensibles y expresivas de los talleres* desde la mirada profesional tomé el caso de Sergio en la excitación corporal psicomotriz y en el taller de Movimiento para comprender al sujeto que es consciente de que entra y sale de esos estados de afectación y, como dice Griselda que no la debe pasar bien. Recupero una situación similar en el taller de movimiento de Proyecto SUMA, donde un muchacho presentaba una condición parecida pero en grado más leve y se suponía que “estaba compensado”: leo un fragmento de mis notas de campo,

Martes 22/01/2019. Entre 10/11.30 hs. SUMA.

José demostraba una sobreexcitación, dijo: José: -Pongamos un reaggeton, algo alegre con energía. (...)José que estaba muy acelerado la saca a bailar rock a una chica que no acepta. Él hacía la mímica de tocar la guitarra con todo el cuerpo, se agitaba intensamente. La tallerista sentada mirando su celular para buscar música, en un momento me mira y gesticula con los labios:

- Está muy acelerado-. Días después en los comentarios en el gabinete profesional me enteré que esa jornada hubo problemas con José porque estuvo acosando a una chica y parece que también la tocó, como que se le fue encima

En esta experiencia pude tener una idea más clara del relato de Griselda aunque no se tratara de Sergio. En cualquier caso, el enfoque de Miguel Benasayag me permitió explicar la excitación psicomotriz corporal orgánica y cognitivamente, y entender, según su relato, que en el espacio del Taller de movimiento el “préstamo de corporalidades” es una forma de reflexión somática.

Por otro lado Margarita refiere que el HdD como dispositivo es “...una *amalgama de experiencias -prácticas clínicas, sociales, afectivas, cotidianas...*” hacer la vertical, jugar al vóley son formas de establecer vínculo. Desde la perspectiva de los

profesionales considero que en estos espacios confluyen la producción de una realidad que le permite al sujeto “imaginar un mundo” y construir un vínculo con él.

En todos estos ámbitos está el cuerpo de cada uno participando activamente. Por eso, en el plano de la ejecución y el funcionamiento de los dispositivos, con lo precario y *multitasking*<sup>28</sup> se crean espacios y posibilidades donde los profesionales por voluntad propia asumen el compromiso y la tarea de promover tratamientos de salud mental con el cuerpo, desde el cuerpo, desde gestos sensibles. Una tarea que no es paga ni reconocida y que lejos de ser improvisada o momentánea crea su propia existencia, se instituye desde la praxis, desde el hacer, desde la repetición y se constituyen siendo en devenir.

En resumen, lo que quiero expresar como idea final de esta parte es que, por un lado la producción del sujeto del padecimiento mental que es funcional al poder que lo controla sigue funcionando. Y me refiero al sentido foucaultiano, de “sujeto” que es resultado del poder regulador de los discursos de verdad que produce los efectos que nombra. (Butler, 2018:18,28, 29). En este mecanismo hay una gramática y una metafísica del sujeto que el sistema, el Estado, las instituciones burocráticas, el Modelo Médico Hegemónico protege con un blindaje que adquieren y encarnan los procedimientos y las formas institucionales. Aún así, contra todo este despliegue, es el cuerpo el que subvierte, el que horada de adentro hacia afuera ese poder regulador recomponiendo tramas de sentido para las personas. Porque el interior de esa construcción blindada y normativa es inestable, en sus pliegues los cuerpos afloran, actúan y escapan a la subordinación, “en un préstamo de corporalidades”. Es la

<sup>28</sup>Es una expresión que se emplea para dar a entender la cantidad de cosas que puede hacer una persona simultáneamente, algo así como multi-tareas.

materialidad del cuerpo, en sus formas, sus contornos, su movimiento lo que pulsa para subvertir el orden del sujeto. Y no hablo de materialización como propiedad física sino como lo entiende Butler, “...*un efecto sedimentado de una práctica reiterativa o ritual que consolida la norma*” (Butler, 2018) (una norma que puede ser la regulación del MMH por ejemplo). Y es, al mismo tiempo, en la posibilidad inestable de la reiteración que no suceda lo mismo, que la norma no pueda fijarse ni adherirse a ser regulada, esas son las brechas y fisuras imprevisibles, donde se pliega, por ahí se filtra, por ahí se escapa (Butler, 2018)

Entonces pienso en la fuerza de este abordaje, en su compromiso vital. Y cuando vuelvo a preguntarme por los procesos de subjetivación que operan a través del cuerpo, el movimiento, la sensibilidad y la emoción en su inexplicable potencia, puedo explicarme el hecho de que les profesionales dediquen energía y tiempo extra a danzar, que inventen talleres de movimiento, que organicen jornadas y seminarios académicos en torno a las corporalidades y la salud mental “a fuerza de pulmón” y de pura voluntad de hacer. Sin duda hay goce, disfrute pulsión vital y el cuerpo que está ahí, las corporalidades que se funden en la amalgama de experiencias del dispositivo.

## 5. Proyecto SUMA.

Para noviembre – diciembre de 2018 luego de algunos llamados, uno de los miembros del CODEI me puso en contacto con una profesional de SUMA a quién le envié el proyecto y luego tuvimos una entrevista, me dijo que le parecía muy viable y que además los rotantes (pasantes) que recibe la institución son casi siempre de psicología y psiquiatría, alguien que venga de la antropología con un interés particular sobre las corporalidades y subjetividades en salud mental era un aporte inusual. Me

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

envió por mail dos documentos producidos por los profesionales de SUMA en relación al Hospital de Día y al REC. Recuperación en Comunidad para que hiciera una adaptación de mi proyecto y enviárselos a los coordinadores del HdD del turno mañana para arreglar una entrevista con ellxs quienes serían mis referentes institucionales.

Ese intercambio fue muy enriquecedor porque encontré un enfoque y un abordaje que coincidía con las condiciones necesarias para hacer el trabajo de campo y registro etnográfico. A mediados de diciembre me entrevisté con los referentes del HdD, abrieron la conversación demostrando su interés, cosa que me distendió bastante. Hablamos un poco de la parte teórica metodológica y después fuimos a temas más ejecutivos como a qué talleres iría y durante cuánto tiempo. No pusieron impedimentos a la participación en los talleres compartiendo esas experiencias, fundamenté sobre la importancia de hacerlo de esta manera con los mismos argumentos que expuse en cada reunión institucional que tuve desde el inicio.

En cuanto a la duración propuse hacer cuatro meses solo en los talleres de movimiento, teatro, musicoterapia y ocasionalmente en alguna asamblea semanal de los pacientes si era posible pero este tipo de actividades no me fue habilitada, tampoco las entrevistas individuales, sí el desayuno y la permanencia en los espacios comunes tanto de los pacientes como de los profesionales.

Finalmente acordamos comenzar en enero (2019), mientras tanto aprovechamos para resolver cuestiones administrativas y presentaciones con el área de investigación.

### **5.1. La institución**

Es una Asociación Civil sin fines de lucro que surge en el año 2009, su “*visión y misión es asistir a quienes tienen un padecimiento psíquico, promover su salud mental y contribuir a la construcción de una sociedad inclusiva, plural y democrática*”. La sede

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

es un edificio antiguo y elegante, una casona de estilo refaccionada pero que conserva la estructura original ubicada sobre la calle Charcas a dos cuadras de Scalabrini Ortíz, de Av Santa Fé y del Jardín Botánico en el barrio de Palermo. Son tres plantas de gran superficie: en la primera está la recepción, dos patios, un salón muy grande, otros más chicos y la cocina. En la 2da, sala de actividades de teatro, música y movimiento más oficinas administrativas y consultorios, en la 3era el comedor y salón de usos múltiples, oficinas y consultorios. Trabajan allí aproximadamente 65 personas y circulan semanalmente unas doscientas personas.

Hay cuatro áreas fundamentales:

**Área clínica.** Abarca Hospital de Día, Recuperación en Comunidad, Consultorios Externos, Adultos mayores y Área de Familia

**Autoestigma y grupos de pares.** Abarca un Observatorio, talleres grupales, campañas, intervenciones en colegios y ámbitos laborales, articulación con organismos estatales y actividades abiertas a la comunidad, capacitaciones y jornadas

**Docencia.** Formación en docencia para la institución y docencia abierta a la comunidad profesional. Durante 2019 se llevaron a cabo 12 actividades a las que asistieron 700 personas; rotaciones y pasantías por las cuales pasaron 32 estudiantes

**Investigación.** Es sede de la práctica de investigación que depende la Cátedra de Salud Pública / Salud Mental, de la Facultad de Psicología de la UBA. Integra REDEAMERICAS, una red de investigación académica con Chile, Perú, Colombia, Brasil y EEUU. Los ejes de investigación son la recuperación en salud mental, el estigma y el monitoreo de procesos y resultados.

## 5.2 Abordaje clínico.

La rehabilitación, recuperación e inclusión social implica un análisis sistemático de “lo comunitario” en su complejidad (instituciones, grupos, sujetos). Ese ámbito es en un entramado social configurado por representaciones subjetivas, significaciones e interpretaciones de la realidad y del mundo que nos rodea. Un espesor que se conjuga en cada sujeto de forma específica y particular. Las contradicciones que operan en la relación sujeto-mundo/ mundo -sujeto son abordadas desde lo singular, vincular, grupal y comunitario.

En la conformación de un “espacio otro” se despliega un tejido de experiencias, saberes y vínculos que al mismo tiempo son ensayos de cómo establecer la relación sujeto- mundo. En el HdD se desterritorializa la historia del contexto dramático inicial aparecen “líneas de fuga” que rompen una temporalidad desdibujando los contornos de un lugar conocido, mientras incorpora otras velocidades, ritmos y nuevos sentidos. De esta manera la misma experiencia del drama familiar y personal se instala desde otra perspectiva percibiéndola desde otro ángulo.

La admisión del usuario-paciente considera tres dimensiones: la vincular-familiar, el proceso de recuperación y la faceta vocacional ocupacional. Luego se suma un “diagnóstico situacional” que refiere a las determinaciones múltiples y simultáneas que construyen un acontecer y un presente. El esfuerzo que hacen los sujetos por manejar y equilibrar la relación consigo y con el mundo los lleva a crear una nueva realidad con otra lectura. Esta composición es siempre *singular pero*, cuando no sucede, cuando no llega a constituirse hay una falta estructural, un “agujero”. Puede que en la vida se encuentren distintas formas de suplirlo/rellenarlo/adornarlo cosa que ayuda a transitar la existencia con cierta estabilidad pero siempre en un **borde** del cual

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

no se puede caer porque cuando eso pasa arrasa con todo su ser, se lo lleva puesto. Según Pichon Riviére el psiquismo es un sistema abierto cuya tendencia inmanente y primaria es la creatividad y Freud afirma que “. el mundo de la fantasía es un factor de la psicosis pero al mismo tiempo *“constituye la cámara del tesoro de donde se recoge el material o el modelo para edificar la nueva realidad”* (Freud, 1923).

La tarea central es entonces descubrir, recortar, señalar ese “saber hacer” esa invención anudada al síntoma que le permite al sujeto “arreglárselas” frente a situaciones adversas logrando suplementar y bordear la falla estructural”.

Trabajar con la comunidad en la visibilización y deconstrucción del estigma y la discriminación es imprescindible debido a que la mirada externa hacia estas singularidades es la de una rareza que no se comprende, no se sabe cómo abordar, causa rechazo y prejuicio. Uno de los dispositivos tiene específicamente esa propuesta central: la delimitación de la invención singular y la reconstrucción del lazo social..

### **5.1.3 El Hospital de Día (HdD)**

Según los lineamientos y consideraciones es *“...un dispositivo de tratamiento grupal, voluntario, intensivo, y transitorio que acompaña un momento del proceso terapéutico de pacientes que conllevan cierta complejidad. A veces tiene lugar luego de una internación o de una seguidilla de internaciones, a veces en momentos agudos para evitar la internación, otras para mediar algo de la sociabilidad en pacientes que han quedado mucho tiempo por fuera o nunca han estado adentro.”* Sin embargo la delimitación no es tan radical a veces personas con otras patologías y padecimientos subjetivos consultan o son derivadas para hacer un tratamiento en el dispositivo.

Con estas consideraciones el dispositivo no es adecuado para: personas con retraso mental moderado a severo; problemáticas de consumo de sustancias y/o

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

trastornos de conducta alimentario como problemas principales; quienes no puedan cumplir con criterios mínimos de agrupabilidad, (por ejemplo con heteroagresividad muy importante o ideación paranoide severa); menores de 18 años con un límite de edad no superior a los 65.

### Estructura

El equipo del HdD se compone de: coordinación general; equipo profesional turnos mañana y tarde que incluye psicólogos y psiquiatras con función de “referentes”, enfermerx. Talleristas de teatro, movimiento, musicoterapia, escritura, yoga, plástica y un taller rotativo

### Funcionamiento

Los ingresos se programan para que en lo posible no haya dos en un mismo día. En la admisión se asigna al paciente un referente (profesional del HdD) que va a coordinar su tratamiento y estará en contacto con la familia y con el equipo tratante externo del paciente integrado por psiquiatra y psicoterapeuta. En la admisión se define el turno y la frecuencia semanal comenzando con un período de prueba de 15 días y así evaluar la pertinencia y adaptación al dispositivo.

### El rol del “referente”

Están a cargo de la cotidianeidad del HdD, atento a la participación de los pacientes en los talleres evaluando el acontecer y atento al clima reinante en las actividades, el desarrollo y las interacciones. Trabaja en articulación con los dispositivos y con el equipo o médico tratante del paciente, de ahí la importancia de su rol.

### Talleres de expresión

Son una estrategia fundamental del dispositivo, tienen una carga horaria importante el propósito no es meramente recreativa o tiempo de estar ocupados. La

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

lógica es la de propiciar “...la producción subjetiva, ser sujeto creador, tomar distancia del lugar de objeto, al menos durante la actividad.” La oferta de talleres estables y uno rotativo permite incluir diversidad de intereses y habilita la experiencia de una temporalidad distinta en el HdD, es algo que empieza y termina no algo eterno y esta es una de las premisas: que las personas no se eternicen en el dispositivo

#### Asambleas de pacientes.

En este espacio se propicia el tránsito de lo particular de cada integrante a la construcción colectiva de normas y reglas que coordinarán la convivencia creadas y consensuadas entre pacientes y equipo.

#### Asambleas multifamiliares

Es un recurso para incentivar la participación activa de la familia en el tratamiento, se llevan a cabo dos veces al mes. Se hace foco en la circulación de la palabra porque permite que afloren inquietudes, interrogantes, miedos y angustias al padecer de quien se encuentra en tratamiento. Lo que sucede en este ámbito es llevado a la reunión de equipo semanal.

#### Tiempo en el HdD y alta del dispositivo.

Desde la admisión se plantea la “transitoriedad” del tratamiento, en que sea un tiempo acotado. Esto implica que el equipo esté atento a propiciar las condiciones que conduzcan a hacer una diferencia que permita contar y ordenar el tratamiento, qué puntos nos dan la pauta del comienzo, del desarrollo y su finalización.

#### **5.1.4 Características según sexo, franjas etarias, nivel de educación formal y diagnóstico**

a) Datos demográficos básicos de admisión según dispositivo.

El área de investigación de la institución lleva estadísticas trimestrales que reúnen información sociodemográfica de las personas que pasan por la consulta de admisión y luego son derivadas a alguno de los cuatro dispositivos: Consultorios Externos (25 pacientes); Adultos Mayores (18 pacientes); Recuperación en Comunidad (16 pacientes) u Hospital de Día (51 pacientes). Los datos se organizan en cuadros que relevan: sexo, franjas etarias; estudios formales alcanzados; situación laboral; indicadores más específicos sobre calidad de vida, internaciones anteriores y diagnósticos al momento de la admisión.

La magnitud de la muestra no es representativa pero sí aporta información que permite caracterizar la población que es objeto de esta tesis y el universo sociocultural en el cual se despliegan las personas que sufren padecimientos mentales en sectores de clase media y media/alta.

Fuente: fichas de admisión Proyecto SUMA

En **el trimestre septiembre/diciembre 2018**, un **total de 110 personas** pasaron por entrevistas de admisión, de las cuales un 90% inició algún tratamiento.

Gráfico I. Admisión y derivación de Dispositivos. (Fuente: elaboración propia en base a las Estadísticas trimestrales de Proyecto SUMA)



#### Edad y género

General: De esta población el 56 % eran varones y 44% mujeres<sup>29</sup> y a su vez de este total de 110, **fueron derivadxs al HdD el 46 % casi la mitad**

HdD. El total de **51 personas** está constituido por 31 varones que representan el 60,8%, y 20 mujeres que representan el 39,2 %.

En cuanto a las franjas etarias más de la mitad, el 52,9 %, 27 personas, se concentra entre los 20-30 años; le sigue un 15% la franja de 30-40 y un 11% de 18 a 20 años.

Esto significa que 80% (41 personas) de la población del HdD son menores de 40 años, mayor proporción de hombres, y de ese porcentaje el 65% es menor de 30 años.

#### Educación formal

<sup>29</sup>Respecto al género, aclaro que por lo menos en ese momento no había clasificación no binarie ni trans ni se autopercibe como., por lo que las categorías varón-mujer y masculino femenino son CIS , o sea cuya identidad de género y sexo que les fue dado de nacer son el mismo.

General: El 37,3% tiene secundario completo; le sigue el 17,3 % con universitario completo y el 12,7% incompleto. En el nivel terciario lo completaron el 9,1% y hay un 3,6 % que no lo terminó. El ciclo primario completo es de 2 % y sin concluir el 1%. Llama mucho la atención que haya un 5,5 % “sin instrucción” que podría relacionarse con casos específicos de deterioro cognitivo grave no necesariamente con falta de recursos.

Entonces puede afirmarse que del total de 110 admisiones el 80%, 88 personas, están por encima del nivel de secundario completo y dentro de este grupo el 17,3 %, 19 personas, completaron los estudios universitarios.

No obstante al momento de la entrevista de admisión, el 96% no se encontraba realizando ningún estudio.

HdD: El 45 %, que representa 23 personas, tienen estudios secundarios completos. En el nivel terciario y universitario se registra el 31,4 %, que son 16 personas y de este grupo, el 13,7 %, 7 personas la completaron (3 corresponden a universitario y 4 a terciario).

#### Condición laboral

General: Al momento de la entrevista de admisión, el 76,4 %, que son 84 personas, afirmó no estar trabajando, mientras que el 12,7 %, 7 personas, sí trabajaba.

HdD: El 84,3 % constituido por 43 personas no estaba trabajando, mientras que el 15,7 %, 8 personas, sí. De acuerdo a las estadísticas proporcionadas cabe resaltar que de los cuatro dispositivos el HdD es el que registra el porcentaje más alto de desocupación.

#### Indicadores principales de la admisión.

La información relevada tiene el propósito de establecer parámetros relacionados con la calidad de vida y el nivel de actividad que la persona manifiesta al momento de la entrevista. Para ello se utilizan dos escalas: la Escala de Evaluación de actividad Global que releva variables vinculadas a la actitud, los intereses personales y sociales, el contexto cultural, el nivel de expresión de las emociones, distinto tipo de reacciones a circunstancias específicas, capacidad para comunicarse y concentrarse, conductas influidas por ideas delirantes, incapacidad para funcionar en algún área, rutinas, higiene personal, existencia de lesiones, etc.<sup>30</sup>. También la escala de Calidad de Vida de la OMS (Wealth Health Organizations'sQuality of Life)<sup>31</sup> que evalúa la calidad de vida en términos de salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. En ambas hay un resultado de valor numérico que refleja el nivel de completamiento de las variables mencionadas. Respecto de la primera el HdD, registra la media más baja, y de la segunda la media más en relación a los otros dispositivos. Asimismo el 52,8 de las personas que son derivadas al HdD vienen de internaciones recientes.

### Diagnósticos

Los diagnósticos se reúnen en cuatro categorías: 1- Esquizofrenias, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes; 2- Trastornos del humor (afectivos) 3- Trastornos mentales orgánicos, (incluidos los sintomáticos) para la Admisión y, 4- Otros diagnósticos para HdD.

El gráfico muestra que en el nivel general de admisión (110 personas) más de la mitad corresponde a la categoría 1- Esquizofrenias, trastorno esquizotípico, seguido de

<sup>30</sup><https://docer.com.ar/doc/nxve8e>

<sup>31</sup><https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795369500112K>

la categoría 2- Trastornos del humor mientras para el HdD (51 personas) aumenta la proporción de la categoría 1 por sobre la 2.

Gráfico II. Admisión y derivación de Dispositivos. (Fuente: elaboración propia en base a las Estadísticas trimestrales de Proyecto SUMA)

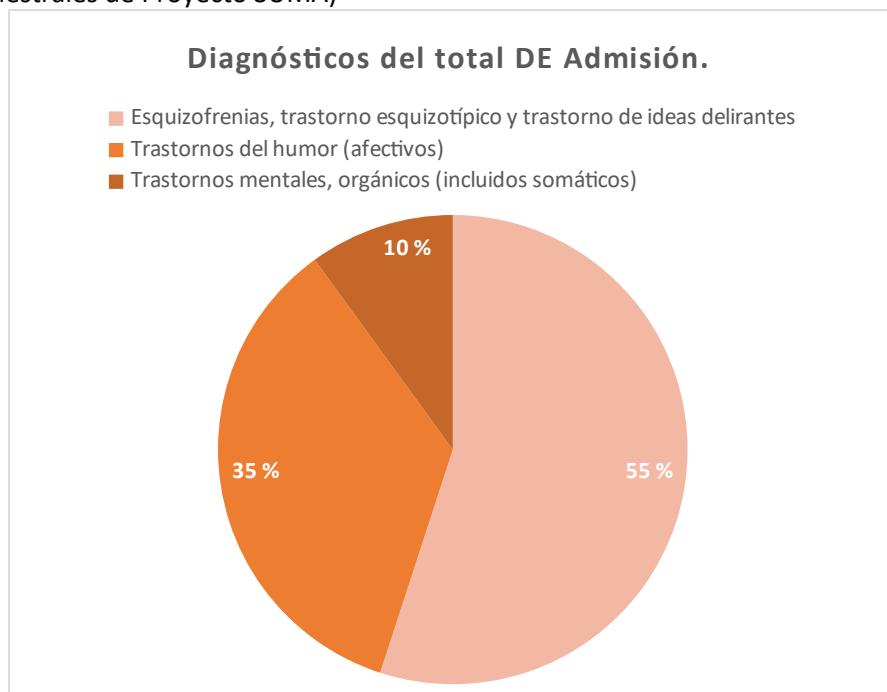
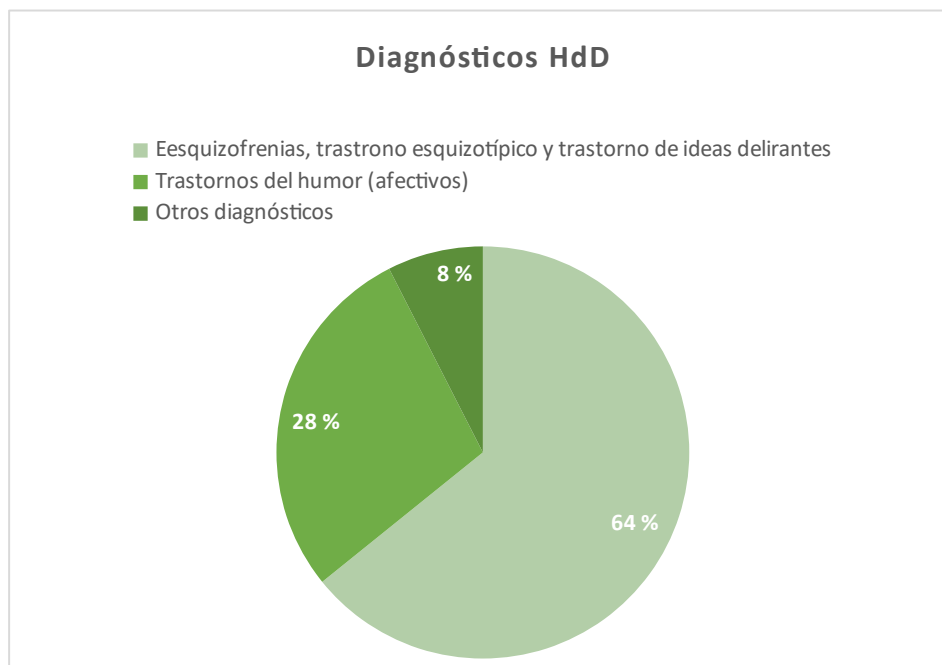


Gráfico III. Diagnósticos HdD. (Fuente: elaboración propia en base a las Estadísticas trimestrales de Proyecto SUMA)



**b) Características generales de los pacientes.** Es importante aclarar que Proyecto SUMA es una institución privada y los servicios que ofrece no tienen precios accesibles a una clase media-baja. El sector de clase media que accede es por medicina prepaga lo que implica sueldos relativamente bien remunerados. La clase media-alta paga tarifas que están por encima de un sueldo básico, a diferencia de los hospitales públicos que son gratuitos.

En el nivel general se puede afirmar que lxs pacientes de Proyecto SUMA son adultxs jóvenes: mujeres y hombres con predominio en un 60 % de estos últimos. El nivel de educación formal está en un 80% por encima de secundaria completa y de este grupo un 26% es técnicx, profesional o universitario. Sin embargo al momento de la entrevista casi en su totalidad no estaban cursando estudios ni trabajando. Esto indica que se trata de personas en plena etapa productiva, con formación y herramientas para desenvolverse, pero que (de acuerdo a las Escalas de Actividad Global y Calidad de

Vida) presentan dificultad en sus ámbitos de relación socio afectivas así como para responder ante exigencias o contingencias de la vida cotidiana.

En cuanto al **HdD** esta tendencia se acentúa si pensamos que **el 80% es menor de 40 años, concentrándose entre los 20-30**, un período de plena juventud y vitalidad, de experiencias amorosas y sexuales, pero también de muchas expectativas, exigencias y frustraciones. En tanto es una etapa de vida adulta donde se asumen responsabilidades de distinta índole, en lo que refiere a la cuestión económica-material, aún se depende de los padres y del entorno familiar. Recordemos también que **más de la mitad de estxs pacientes viene de una internación previa. trastornos esquizotípicos**

**El diagnóstico que prevalece es el de Esquizofrenias, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes**, si se compara el gráfico de diagnósticos con el de Admisión y Derivación a Dispositivos se puede afirmar que casi el 70 % de las personas que llegan a una consulta de admisión en Proyecto SUMA presentan algún tipo de trastorno esquizotípico o trastorno del humor y afectivo (depresión, ansiedad, maníacos). Y que **más del 50% de total de admisiones son jóvenes adultxs que se derivan al HdD.**

## Capítulo II. *Subjetividad moviente*

*"No me interesa tanto cómo se mueven  
sino ¿qué es lo que los mueve?"*  
Pina Bausch



GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Este capítulo es la inmersión en los talleres del HdD de Proyecto Suma en el cual me sitúo desde la perspectiva del actor para abordar tres objetivos específicos relacionados con: 1- Describir y analizar las transformaciones en los modos de ser, de estar y de relacionarse de los pacientes en el marco de las actividades expresivas y talleres del dispositivo. 2- Indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y movimiento en las prácticas sensibles y expresivas de los mismos y su relación con el tratamiento de recuperación 3- Indagar sobre los sentidos otorgados a esas prácticas.

En esta etapa de la investigación suscribo con Luz Roa, que retoma a Desjerlais, en cuanto a convertirme en un híbrido desde **un “estar” en el entre del HdD y el continuo de mi vida** con su diversidad de experiencias, una permanencia cuya temporalidad no es lineal,

*“Estar en el entre. La construcción de este conocimiento corporizado la realicé desde el mirar, indagar, sentir, escuchar y paulatinamente objetivar sobre las corporalidades, sensibilidades, emociones, prácticas y las motivaciones de los sujetos. En este proceso en el que como etnógrafa me convertí en mi propio instrumento de recolección de datos, practiqué lo que Bourdieu (2003) llama una “objetivación participante” considerando reflexivamente no sólo mi inconsciente académico -a través del reconocimiento del mundo social del que estoy hecha como investigadora y mi posición particular en el micro- cosmos de la disciplina-, sino también mis sensibilidades propias de mi formación como artista y mi historia de vida”. (Roa L, 2017)*

En el enfoque metodológico ya hice referencia a la etnografía presente, y traigo ahora esta reflexión porque me parece fundamental en la lectura de los registros etnográficos y su análisis para comprender las condiciones desde las cuales puedo enraizar la teoría y mantener la claridad del por qué motivacional de lo que investigo. Ser mi propio instrumento de recolección de datos me permite descubrir la conexión

metafórica entre la subjetividad moviente y la experiencia vivida(Rivera Cusicanqui, 2015)

## **6. Musicoterapia. Subjetividad poética**

### **6.1.1 Inmersión cotidiana**

En los talleres del HdD de Proyecto SUMA, comenzó el trabajo de campo que imaginaba, estaba ansiosa por comenzar. Iba los lunes, martes y viernes por la mañana, y después a mi trabajo durante enero, febrero, marzo y abril, pleno verano en la ciudad. Hacía combinación de subtes caminaba dos cuadras y media y subía al office. Casi siempre estaban Juan, Magdalena, Sofía y Silvia la enfermera), a veces me quedaba escuchando algún intercambio sobre un paciente, o preguntaba alguna cosa puntual y luego iba al salón, otros días, los viernes en general subía al comedor y compartía el desayuno.

Antes de presenciar los talleres Santiago me presentó en la Asamblea semanal, como suelen hacer con los rotantes que hacen las pasantías. Yo les conté en qué consistiría mi presencia y la investigación que estaba realizando, tuve una buena recepción y generó curiosidad porque suelen ir estudiantes de psicología y psiquiatría, pero no de antropología. Ese mes también fue de presentaciones con los talleristas.

Mi primer día fue en el taller de Musicoterapia, estaba nerviosa porque no sabía muy bien cómo manejarme en el sentido de cuándo consultar o pedir permiso para hacer determinadas cosas y cuándo mandarme sola, seguí mi criterio si hacía algo inadecuado alguien me lo haría notar. Ya el segundo estaba más atemperada, me conocían y me sentí integrada a ese paisaje de la vida cotidiana.

El grupo con el cual compartí los talleres oscilaba entre unas 15/18 personas que circulaban por distintos talleres del turno mañana. Había un equilibrio en la cantidad de hombres y mujeres: unos 13/14 pacientes eran menores de 30; 5/6 se repartían entre la franja 30 a -55 y sólo en dos ocasiones estuve con personas de más de 60 años.

Las situaciones individuales y los motivos por los cuales concurrían al HdD eran bastante diversos, estaba muy atenta a las conversaciones casuales donde afloraban temas de la vida mundana que me ayudaron a contextualizar las historias de esas personas. Cabe aclarar que no me era permitido entrevistar a los usuarios, podía saber algunas cosas puntuales a través del equipo profesional en esos intercambios que se daban el office cuando llegaba y nada más.

Fui percibiendo e incorporándome a las estéticas cotidianas, al hacer ritualizado y socializado de las rutinas: compartir el desayuno, el cigarrillo del patio, el baño de mujeres, el office de les profesionales, hacer tiempo en el comedor hasta que llega el profe, o saber dónde se guardan los instrumentos de música, así fui capturando sensorialidades.

Registro del 1/02/2019. Salón de usos múltiples .En el desayuno.

Me senté a desayunar con Raúl, un muchacho joven de rulos pelirrojos, yo venía con ritmo apurado para llegar a horario, me serví café, él también, nos ubicamos en el mesón largo lateral, quedamos medio apartados del resto pero cerca entre nosotros. Raúl habla poco y con pocas palabras, aunque siempre está atento a lo que pasa, sus reacciones y movimientos corporales son muy lentos, no se si por la medicación o su psicopatología. Quería dialogar un poco, entonces bajé el tono y la velocidad, saboreé todo más despacio siguiendo esa temporalidad lenta sin observar directamente pero atendiendo con la mirada periférica yo no sabía bien cómo interpretar su silencio hasta que sentí buena recepción e inicié el diálogo.

## Leo en mis notas de campo

Notas de campo del 1/02/2019. Salón de usos múltiples. Desayuno

Silvia : -Hay café en el termo?- me miró sin contestarme y yo me serví directamente. Él habla muy poco, pero está conectado, por momentos siento que se va, sin embargo tiene mucho más registro de lo que parece (Algo similar pasa con Violeta por ejemplo, pero ella es más activa).

Silvia: -: ¿Hace cuánto tiempo que venís?

Raúl:- Un año

Silvia:- ¿Cómo te sentís acá? - Desvió la mirada, pensó un rato y dijo

Raúl:- Si

Silvia: Cuántos años tenés? ... a ver esperá.. dejame adivinar porque tenés una cara de muy joven y al mismo tiempo podrías ser alguien mucho más grande- Hizo un gesto como de estar de acuerdo a que yo adivine- 25

Raúl -No

Silvia: 19

Raúl:- no, entre medio

Y así dije dos veces más hasta que acerté en los 21. No hablamos mucho más que eso pero me quedé sentada al lado de él, luego me di cuenta que ese tiempo fue como tratar de sintonizar su frecuencia.

No se trataba de imitar sus tiempos sino de encontrar comodidad en ese estar de la experiencia, sumarme a las maneras tácitas, los tonos y valores que configuran “...la *estética que informa sobre las construcciones corporales de la interacción corporal y social...*” (Desjerlais, 1992). A través de los registros realizados en el taller de musicoterapia iré desplegando el análisis con las categorías de subjetividad, subjetivación y pliegue.

### 6.1.2 Descifrar un *habitus* a través de la escucha.

Los días de musicoterapia eran los martes. El 10 de enero fui al primer taller, Lucía era el reemplazo de la musicoterapeuta titular que estaban de vacaciones nos presentó en el office Javier, él es coordinador de tratamiento de los pacientes del HdD, también en el área de docencia y formación interna y en el trabajo con los rotantes, rápidamente fuimos al salón.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Registros 10/01/2019. Salón de talleres. Musicoterapia 10 a 11 hs

Le conté a Lucía sobre mi trabajo de campo, para las dos era la primera experiencia en SUMA y estábamos un poco nerviosas.

Lucía:- No sé cómo se manejan los talleristas titulares con los rotantes pero supongo que si los coordinadores no dijeron nada específico al respecto podemos manejarnos con nuestro criterio.

Silvia: Perfecto yo me sumo a la dinámica que propongas- fuimos a buscar el cajón de instrumentos al cuartito lo ayudaron todxs . Llega Serena, la enfermera. Lucía dispone las sillas en círculo y nos sentamos todos, somos casi veinte. .

Lucía: Bueno, si les parece pensé que podíamos presentarnos con una canción y decir por qué la elegimos, o contar qué música nos gusta y si tocamos algún instrumento.

Para comodidad de la lectura vuelco en dos columnas lo que comenzamos a decir cada una en ronda.

Cuadro III: Canciones elegidas en musicoterapia. (Fuente:registros etnográficos Elaboración propia)

| CANCIÓN                                                                                                         | POR QUÉ LA ELIGÍÓ                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| le gusta Björk, elige una canción de Yoko Cano "Hay que golpear fuerte"                                         | Trata de alguien encerrado en sí mismo, como en una habitación y tiene que golpear fuerte para que lo escuchen, le abran la puerta. Y lo saquen de ahí, para                      |
| "Azúcar del estero" Lisandro Aristimuño,                                                                        | -La elegí porque me gusta la letra cuando dice "darle al alma de comer azúcar caramelo". Estar bien a veces no es tan difícil, con cosas dulces, pequeñas podemos sentirnos mejor |
| "El rugido del león" de Alike, él es militante y le gusta tocar el redoblantes un reagge, lindo, medio rapeado. | Lo elegí por la letra (activista crítica) Y porque cuesta no moverse cuando suena Alike. y porque hay que ponerse a bailar cuando las cosas no están bien                         |
| "Save me" de Queen                                                                                              | Por el título mismo y porque le gusta                                                                                                                                             |
| "El Cisne" de Sui Generis                                                                                       | Simplemente le gusta                                                                                                                                                              |
| Chopin Nocturno en Do# menor                                                                                    | Su madre escucha música clásica y que la habían escuchado ayer en la radio.                                                                                                       |

Al finalizar Lucía comentó que las primeras canciones elegidas tenían más relación con una necesidad de ser escuchados, liberados, con poder salir de una situación, y que las dos o tres últimas fueron por el disfrute en sí de esa canción.

Hoy pensé ¿Cuál es mi sensación física de estos dos días ahí? me parece importante en relación a cuál es el registro de mi fisicalidad y corporalidad cuando salgo

de ese espacio. Recuerdo la sensación corporal de peso y gravedad hacia el piso en la sala de espera del Hptal Laura Bonaparte, y noto el contraste.

Notas de campo del 10/01/2018. Hptal de Salud Mental Laura Bonaparte. Sala de espera.

Había en esa gran sala actitudes físicas muy distintas. Unos sillones grandes que parecían muy cómodos, eran todos hombres los que estaban sentados algunos medios dormidos, cada cual en los suyos y algún cruce de miradas donde me sentí observada. (...) Una sensación corporal de pesadez desentonaba, me resultaba opuesta a la blancura, los techos altos y la inmensidad del salón. (...) por un momento mientras veía la diversidad de cuerpos, situaciones y personas, el sonido del espacio/ambiente era mucho más tranquilo y sereno contrastaba con lo visual, la puerta vaivén que abría y cerraba marcaba otro ritmo del movimiento y la circulación en la sala.

En la espera enfoqué mi atención en los distintos ritmos y los distintos tiempos de las personas deambulando en ese salón enorme: esta mujer muy activa hablando con todo el mundo riéndose, había un muchacho muy alto con el pelo rapado y una cresta que caminaba y se movía despacio, se balanceaba sobre un pie y otro durante unos segundos, luego avanzaba un poquito y volvía a oscilar en otro sitio.

Ya desde ese momento el registro de la pesantez se me presentaba como un sobrerrelieve de lo que percibía y me llamaba la atención. Primero fue esta sensación de atracción gravitatoria y luego noté el otro extremo, el de la aceleración, como el caso de José, donde el peso corporal es más aéreo, no tan al piso.

Pero volviendo a las canciones los sentidos otorgados a abrir la puerta, dar de comer algo dulce, ponerse a bailar, o que sencillamente guste y sea placentero, fueron presentaciones que hablaban de cada una y también de lo que Cabrera entiende como

**“...la *sensibilidad*, los *sentidos*, los *pensamientos* y *significados***

***socioculturalmente constituidos (maneras de hacer, pensar y sentir***

***corporizadas)*”** (Cabrera, 2014:189). Desde estas sensaciones y sentimientos

corporales se produjo el acercamiento creando identificaciones que suceden en el

“estar ahí” compartiendo esa intimidad en la cual se expresan. Cada quien llega con su

historia pero, en general, los motivos que lxs llevan al HdD tienen en común buscar una salida porque ya no saben qué hacer cuando los tratamientos no funcionan y la vida habitual se interrumpe, cuando las estrategias usuales ya no son efectivas, o los conflictos se profundizan y el trastorno agudiza el sufrimiento. Es un período crítico y muy desesperante.

La posibilidad de elegir una canción habilitó a manifestar los estados de ánimo y emociones personales, (como pasó también con Sergio en su estado de excitación psicomotriz). Pero sobretudo les permitió hablar desde sus propias subjetividades de manera poética, decir ***lo que hacen con lo que son, con lo que tienen y con lo que pueden*** (Cabrera, 2014:189).

La creación y la posibilidad de desplegar imaginarios y sentimientos instituye ese “espacio otro” propicio y oportuno para experimentar “...*el carácter vital y constituyente de la subjetividad*” en una zona resguardada de la presión y del prejuicio. Esta perspectiva me permite Identificar algunas cuestiones relacionadas con las representaciones en torno a cómo se percibe el cuerpo, personalidad y cómo estas prácticas se ensamblan en el tratamiento de recuperación (uno de los objetivos específicos mencionados)

En ese presente donde se trabajó con la canción suceden simultáneamente: a) la expresión poética del imaginario sobre el padecimiento que se atraviesa, y, b) el registro consciente del mismo que no sólo refiere al sentir íntimo del sujetx sino también los sentidos, pensamientos y significados constituidos en torno a esta experiencia. La explicación de por qué eligieron esa canción y la letra de la misma, habla de *esquemas de percepción, como alguien “encerrado en sí mismo”; de apreciación, como que “a veces estar bien no es tan difícil, con cosas pequeñas dulces podemos estar mejor”; y*

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

*de acción porque hay que ponerse a bailar cuando las cosas no están bien*". Afloró un *habitus* del padecimiento mental, qué implica para las personas los pensamientos y significados socioculturalmente constituidos y a la vez qué hacer con ello.

Lo que quiero señalar es **que cuando lxs pacientes se reconocen en esta situación de vida, al mismo tiempo visibilizan el rol que les es asignado socialmente por atravesar un padecimiento mental. Sus interpretaciones hacen referencia indirectamente a un sentido común construido sobre el/la locx** como una persona disminuida en su autotestima, que carece de algo, que no puede y por eso no sirve. Porque estamos hablando además de una concepción hegemónica contextualizada en una *formación sociocultural y económica de clase media/media-alta profesional*. Identificar esta mirada sobre el padeciente mental me permiten "*...comprender al sujeto como momento activo de la producción social y, a su vez, comprender el mundo social como espacio de génesis de la subjetividad*" (Cabrera, 2014:189) . O sea, los pacientes efectivamente sienten las alteraciones y consecuencias de su padecimiento, pero además el entorno familiar y sociocultural enfatiza y califica la condición de que no pueden, no alcanza, está mal, o no sirve. Y las canciones son una manera de poder interpelar esas disposiciones que los estructuran y a la vez son estructurantes, reconocerlas y a partir de ahí activar procesos de subjetivación que desarmen el sentido común reforzado socioculturalmente. Leo en mis notas de campo:

- 15/01/2019. (*Conversación en el patio*) Carolina es arquitecta y me cuenta: - Hace nueve años tuve un accidente que fue por un pico de estrés y estuve veinte minutos muerta. Cuando volví a la conciencia, a reaccionar sobre lo que había pasado...bueno... cuando no te acordás eso no te acordás nada, pero cuando sí

recordás y ves que no respondés de la misma manera que antes, que te olvidás y no podés entonces... ( hizo el gesto de pulgar hacia abajo) me deprimí

- 19/01/2019. (*Salón de usos múltiples. Desayuno*) Durante 40 años fabriqué ropa para niños y bebés Sí, después tuvimos que cerrar fuimos a probar suerte a Ibiza en la temporada, tres meses porque no teníamos ciudadanía, de lo que fuera, a ver si podíamos hacer un dinero y aprovechar la diferencia. Todavía sigo viniendo porque con María Eugenia (la trabajadora social) estoy tratando de volver a tener una ocupación, yo necesito hacer cosas con un horario, por eso sigo viniendo también. Necesito tener un orden y cumplir horarios con actividades.

- 22/03/2019. (*Salón de usos múltiples. Desayuno*) Estoy por comenzar a trabajar como productor en la radio del Congreso, estudio Ciencias de la Comunicación, y quiero retomar la cursada. Se lo veía muy contento cuando hablaba de eso, y los dos coincidimos en lo placentero que es hacer radio.

- 29/01/2019. (*Conversación en el pasillo luego de musicoterapia*) La gente te mira como si fueras una cosa rara y no se dan cuenta que a ellxs también les puede pasar. A cualquiera le puede pasar.

- 22/02/2019. (*Salón de usos múltiples. Desayuno*) Estaban conversando sobre las vacaciones y escucho que Javiera le dice a Romina:- Ellos (por su familia) se van ahora, pero yo no. Y ...viste que... "la mantenida" - dice Javiera como dando a entender que por la condición de su padecimiento y su edad -calculo que alrededor de 30- y no tener ingresos propios pagar además las vacaciones era mucho.

Por lo tanto, cuando me pregunto por las valoraciones y/o juicios que operan en el proceso de recuperación, liberarse, golpear fuerte, gritar, sentirse mejor con cosas pequeñas, no sólo habla del padecimiento, también pone en palabras la impotencia y la complejidad que significa no poder integrarse plenamente al entramado social en el cual el trabajo, el status social, el estudio, el acceso a ciertos bienes, o viajar son una aspiración a la que hay que llegar para estar adentro del sistema. No poder cumplir con el imperativo de "productividad" es una insuficiencia: sentirse una carga, un obstáculo, fuente de preocupación para la familia o la red de sostén, entre otras cosas da cuenta de los esquemas de percepción que componen un *habitus* donde el sujetx se confronta con los cánones instituidos que codifican un deber ser.

### 6.1.3 Medicadx. La inscripción corporal del padecimiento mental

Lo físico del padecimiento mental, el impacto de la enfermedad en el cuerpo tiene un rango amplio ya sea por deterioro cognitivo, por medicación o por las características de la patología hay algo raro, diferente. Eso que decía Griselda sobre no saber cómo va a reaccionar la persona, la mirada vacía o exorbitada, la hiperactividad o la lentitud. Son rasgos que en el trato directo generan desde rechazo, desconfianza, no saber cómo manejarse hasta asco. Por un lado entonces una capa, o dimensión del *habitus* es la carga de sentido sobre las capacidades y valorización del sujeto, y por otro se le agrega lo físico y corporal del consumo de psicofármacos. En musicoterapia, cuando estábamos acomodándonos en las sillas sucedió esta escena:

10/01/2019. Taller de musicoterapia.

Yo ya estaba sentada en el círculo de sillas en el salón cuando Héctor, un muchacho que luego me cuenta que toca el saxo, y María, una señora más o menos de mi edad (más de 50 años) se sientan enfrentados en el círculo

Sorpresivamente Héctor golpea y sacude la pandereta enérgicamente haciendo sonar muy fuerte las sonajas metálicas y extendiendo el brazo hacia adelante con la fuerza de un puñetazo señalando a María. Todo su cuerpo está en ese gesto y dice con voz clara y fuerte

Héctor: - ¡¡¡¡Grrrrr!!! - Y después muerdo !!!! -y hace un gesto cerrando las mandíbulas...-.... jajajaja - risas de ambos y yo que estoy viendo la situación me río sin entender mucho.

María: - Nos reímos de nuestro "litio"- me dice participándome de la situación-

Héctor: - Pero vos no temblás- le replica a María.

María: - ¡Por ahora!.... Acá somos varios.

Héctor: - Yo por 750.

Indagué sobre los efectos de los psicofármacos y en el Drive de documentos de consulta para rotantes encuentro esto:

*“El litio está entre los psicofármacos utilizados para el Trastorno Bipolar (TB), es un estabilizador de ánimo antidepresivo y antimaníaco. Se utiliza tanto en la fase aguda como en tratamiento de mantenimiento, la duración debe definirse cuidadosamente según cada caso, hay que hacer un balance de las características de la enfermedad (la frecuencia y la gravedad de los accesos) y de cuánto efectivo y tolerante es el medicamento para cada paciente; en los casos en que el curso de la enfermedad es grave y la eficacia y tolerancia del litio son óptimas el tratamiento se indica para toda la vida. (Fuente Doc PPT bibliografía disponible para rotantes en el Drive)<sup>32</sup>.*

Para cotejar y tener una mejor explicación les pregunté a los profesionales del equipo Javier, Mercedes, Susana y la enfermera Serena sobre un caso en particular:

25/01/2019. Conversación en el office del equipo profesional

Silvia:- Hay un muchacho jovencito nuevo no sé si es nuevo pero lo vi ayer, que está muy preocupado por abrir y cerrar la puerta, siempre está cerca de la puerta. ¿Cuál es su diagnóstico? - AAahh sii!!- contestan ambos

Susana. - Lo de él es una esquizofrenia avanzada. Una esquizofrenia infantil desde muy muy temprana edad.

Silvia:- ¿Tiene algún tipo de retraso mental también?

Susana:- No exactamente, lo que pasa es que los sucesivos episodios van “quemando” digamos (por ponerlo en una palabra) las capacidades cognitivas, entonces no hay un retraso congénito pero termina haciéndose todo una misma cosa. La esquizofrenia con todo ese cuadro.

Silvia:- Hay una rigidez muy marcada. Qué tipo de consecuencias a nivel físico tiene la medicación psiquiátrica Ya sé que hay distintas patologías, distintas drogas y potencias pero en general qué trastornos ¿Qué consecuencias tiene en el nivel sensorial motriz corporal?

Mercedes - Extrapiramidalismo

Javier - Es una rigidez que va desde las extremidades al centro, cabeza, punta de los dedos de las manos, de los pies, el triángulo del cuerpo en forma piramidal

Silvia:- ¿Y a nivel sensorial en el tacto por ejemplo?

<sup>32</sup>Efectos adversos graves y frecuentes: sed, orina, náuseas, temblor fino, debilidad muscular, somnolencia o mareo, disminución del interés sexual, diarrea, gusto metálico, intoxicación (litemia mayor a 1,2 mEq/l).

Llamar al médico si aparece: temblor grueso, diarrea persistente, náuseas y vómitos, visión borrosa, confusión o trastornos de memoria, pesadez o debilidades generalizadas, pulso irregular, mareos fuertes, calambres o sacudidas musculares, dificultad para caminar, lengua pastosa y torpe.

Efectos neurotróficos y colaterales de los psicofármacos, el litio en este caso, en su mayoría afectan la motricidad con temblores, sacudidas, etc. Pueden presentarse distonías, disquinesias, parkinsonismo, acatisia, síndrome Neuroléptico Maligno”.

Mercedes: Las temperaturas y el tacto es algo más propio de la psicosis. Puede ser más de la enfermedad que de la medicación.

Serena: Mucha salivación abrupta, además de baba de pronto empiezan a salivar (menciona a una chica que se mojaba todo el pecho).

Con esta información el diálogo chistoso entre Héctor y María que me sorprendió en mi ignorancia también me llevó a pensar lo difícil y duro que deber ser atravesar la situación ¿cómo convivir con ese registro del cuerpo sacudido, acalambrado, débil, tembloroso? Actualmente hay mucho debate en torno a la medicalización de los trastornos mentales, no voy a entrar en ese tema, pero una de las cuestiones que se problematiza es qué termina resultando más “destrutivo” (no encuentro otra palabra para expresarlo) para la persona que padece, o en otras palabras vale la pena preguntarse cuáles son los costos. Porque sin dudas tolerar las contraindicaciones y efectos adversos neutraliza ciertos síntomas pero genera otros, sostiene Castillo Parada al respecto que

*“Desde una mirada crítica en el campo de las ciencias sociales, las prácticas y discursos asociados a la psiquiatría de orientación biológica resultan controversiales debido la creciente medicalización de la subjetividad, proceso que anula la dimensión sociocultural de los padecimientos subjetivos. Bajo esta perspectiva, el estudio del uso de psicofármacos no puede ser reducido a las prácticas institucionales, sino que debe considerar las experiencias asociadas a su consumo, que implican una narrativa social y una interpretación simbólica (...) para comprender los significados y narrativas de las personas respecto a su experiencia de consumo y discontinuación.”<sup>33</sup>*

<sup>33</sup> “...En este sentido, una serie de estudios han abordado los testimonios de personas que han vivido la experiencia de la psiquiatrización y, al no recibir apoyo por parte de la atención profesional, no adhieren al tratamiento y dejan de asistir a los servicios de salud mental. Junto con ello, investigaciones recientes se han enfocado en abordar la dimensión subjetiva del consumo de psicofármacos, enfatizando la percepción de efectos adversos, así como las estrategias que posibilitan la suspensión de la medicación psiquiátrica. Cabe señalar que este ámbito de la realidad social no ha sido explorado en profundidad, en la medida que las experiencias en primera persona en salud mental, muchas veces son negadas e invisibilizadas, generando así un tipo de “monólogo vertical” sobre las personas que asisten a los servicios, predominando la perspectiva de los profesionales y otros actores.”  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73158180010>. Véase también [www.madinamerica.com](http://www.madinamerica.com) Science, psychiatry and Social Justice.

Desde esta perspectiva crítica, que considera la dimensión subjetiva que implican los efectos adversos, entiendo que Héctor bromea irónicamente al decir - *¿Grrr... y después muerdo!* Pero ese chiste sobre el efecto del litio (además de reírse de eso con María) alude también a la impresión que causa en los demás, como si dijera “si muerdo mejor que salgas corriendo”. En términos de Bourdieu interpreto que estas expresiones refieren al conjunto de *disposiciones* que se configuran según *las categorías de percepción, apreciación y acción que el sujeto tiene incorporadas*. Y entiendo además que el sentido del chiste es una elaboración y actualización que los otrxs/el mundo hacen de la medicalización de Héctor.

El chiste, que provoca gracia por la subversión de valores y sentidos, fue también gestual, las sonajas de la pandereta y el brazo enérgico hacia adelante, a María y a mí nos tomó por sorpresa y nos asustó. Ahora, al hacer esta broma, Héctor capta y le pone humor a ese prejuicio que “...se imprimen a través de la emoción, del sufrimiento, de los límites, (...) y subvierte inteligentemente *un conocimiento práctico, un modus operandi transmitido en la práctica, sin acceder al nivel del discurso...*) (Bourdieu, 1999:184).

La inscripción en el cuerpo del impacto físico de los psicofármacos que luego se reproduce en estereotipos y/o prejuicios basados en apariencias físicas, gestuales y psicomotrices responde a la pregunta sobre cómo son las corporalidades del padecimiento mental en el proceso de recuperación. Podemos analizarlas desde lo que Bourdieu define como *hexis corporal* que

*“... le habla de manera directa a la motricidad como esquema postural que es al mismo tiempo singular y sistemático (...) Controlar el momento y sobretodo el tempo de las prácticas es inscribir perdurablemente en el cuerpo, bajo la forma del ritmo los gestos o de las palabras, toda una relación con la duración vivida como constitutiva de la persona...” (Bourdieu. P 2007)*

y explica cómo se inscribe en el movimiento, el gesto y cómo la sistematización de estos esquemas hacen una

El imaginario del padecimiento y de la “locura” se carga de valores y significaciones que causan sensaciones negativas hacia las personas. La mirada del afuera que no tiene contacto ni conocimiento de este universo es de incomprensión, ignorancia y miedo. Me pasó una vez en una improvisación de teatro viendo a una señora que estaba actuando:

*“:... Me llama la atención el movimiento de sus pies, flexiona hasta los dedos de los pies como si fuera hasta media punta primero con uno y después con otro primero con uno y después con otro y así permanentemente no para nunca ese movimiento.” (Notas de campo. 25/01/2019 entre 10/11 hs. Taller de teatro)*

Otro día, hablando con María en una charla de pasillo me contó cómo fue la primera vez que tuvo un episodio y que tanto ella como su familia se negaban a asumir lo que le pasaba como “padecimiento mental” me quedó grabada esta frase que me la dijo con seriedad mirándome fijamente a los ojos: *“La gente te mira como si fueras una cosa rara y no se dan cuenta que a ellxs también les puede pasar. A cualquiera le puede pasar”.*

### 6.1.4 Agitadx. Vibrar con el cuerpo

Durante enero, los martes 16, 23 y 31 ocurrió un proceso de creación colectiva muy interesante en el taller de musicoterapia.

Martes 16/01/2019. Musicoterapia

Llegué, me crucé con Sebastián y preguntó. Cómo iba todo, -Bien! le dije. Al ratito llegó Lucía ,ya eran las 10 pasadas, mientras a ordenamos las sillas conversamos;

Lucía: Lo tuyo es una maestría?

Silvia:- No, es para la tesis de licenciatura,

Lucía - Cuál es el tema.

Silvia: El uso del cuerpo en las prácticas clínicas de salud mental, además me interesa porque me dediqué a la danza siempre, todavía lo hago y bueno, la cosa va por ahí.

-Lucía: Qué bueno! Sí yo pensaba la vez pasada hacer algo más dinámico que estar sentados en las sillas, pero parece que lxs titulares tienen más ese estilo, estar sentados. En realidad la formación de musicoterapia tiene un eje corporal muy importante. Podríamos hacer algo hoy, podés hacer un calentamiento ¿Querés? Para introducir a la clase y después seguimos, yo pensaba retomar algo de la vez pasada, esos estados de ánimo que habían surgido a través de las canciones.

Silvia:- Bueno, sí , me encantaría.

Lucía:- Estoy un poco atada de piés y manos porque al hacer un reemplazo uno no sabe bien hasta dónde puede hacer . Como además no conocés el grupo no sabés que podés detonar o como pueden reaccionar. A veces estimulás algo y no tenés idea qué estás despertando. - Mientras tanto empezaron a llegar los participantes, se fueron sentando-

Lucía: Pensé que podíamos retomar lo que había quedado del encuentro anterior sobre los estados de ánimo, propuso pensar en el \*pasaje\* de un estado de ánimo a otro e intentar armar una letra, estrofa, ritmo. Para empezar Silvia va a guiar un \*caldeamiento\* (hermosa palabra) Así que me habilitó y comencé a improvisar:

- Yo vamos a respirar pero a ser conscientes que lo estamos haciendo, sentir que el aire entra por la nariz, respirar, saber que lo estamos haciendo ( mis ideas, percepción, y adrenalina aumentaron). Vamos a sacudir los hombros, moverlos y dejar que lleve el tronco, sin golpear aflojar las rodillas, sacudir los piés, suave, seguimos haciéndolo y nos juntamos en el centro de la ronda, vamos para atrás. (Las consignas no duraban mucho, creo que estaba un poco acelerada). Ahora vamos a caminar, con distintas velocidades y direcciones.....y hacemos contacto con la mirada del otro, mirada de enojo.....de sospecha.....de ternura.....Allí donde estamos buscamos la forma de un espiral, sí (hice el gesto con el dedo dibujándola en el aire) como el de los mosquitos, o como las enredaderas

(No veía qué estaban haciendo porque yo hacía con todes, Lara marcaba el pulso con con parche)

yo:-...podemos dibujar esa espiral en nuestro cuerpo, o alrededor del cuerpo del otro.....(de pronto se me ocurrió esto)...Ahora vamos a tocar con las yemas de los dedos un punto, en una superficie, la pared, la silla, (Como dije no veía qué estaba pasando pero escuchaba voces que se decían cosas, se reían) como si tuviésemos luz y trazáramos hilos de un extremo a otro en el espacio, de pared a pared, al piso a una silla.....ahora esos dedos van a tocar a otro....(segúan escuchándose palabras, sonido de risas suaves, bajitas, algo estaba pasando). Mariana iba por el espacio con el dedo en punta, señalando....pasaron pocos minutos...Ahora vamos a apoyar la palma de la mano en el cuerpo del otro, el hombro, la cabeza, el brazo (todo iba pasando bastante rápido, me sentí sorprendida).

Estaba pensando muchas cosas a la vez, con el estado de atención y alerta muy abierto. Me dí cuenta que esa consigna no podía durar mucho, estaba yendo directo al contacto cuando vengo observando desde hace rato que ahí la gente no se toca, entonces fui al centro de la sala y dije,

- Extendiendo el brazo con la palma hacia abajo yo:- ¿Se acuerdan del juego que hacíamos de chicos, el de las milanesas? y creo que fué gracioso porque la mayoría no sabía de qué estaba hablando, entonces con la intención de mi cuerpo y gestos de acercarnos dije, - Pongan las manos sobre la mía haciendo una pila y el de abajo o el del medio va sacando y la pone arriba de todo- lo hicimos casi que no hacía falta la explicación porque todos alguna vez lo jugaron pero con otro o sin nombre. La pila se hizo pero enseguida se hizo barullo de manos -Esperen todas juntas no, y la pila se volvió a formar. Nos estábamos divirtiendo. Dije Gracias! y concluimos. Después siguió Lara. Volvimos a nuestros lugares en el círculo de sillas. Lara retomó la idea de nombrar "estados" de ánimo que no nos gustan. nos incomodan, para luego decir una acción que nos saca y hacia que otro estado nos lleva.

Después siguió Lara.

Volvimos a nuestros lugares en el círculo de sillas. Lucía retomó la idea de nombrar "estados" de ánimo que no nos gustan, nos incomodan (ESTADO), para luego decir una acción que nos saca "hacia" (ACCIÓN), que puede llevarnos a otro estado (ESTADO II). Organicé el contenido en el siguiente cuadro para visualizarlo mejor.

Cuadro IV. Estados emocionales y acciones. (Fuente: registros etnográficos Elaboración propia)

| <b>ESTADOS EMOCIONALES<br/>NEGATIVOS I</b> | <b>ACCIÓN</b> | <b>ESTADO II</b> |
|--------------------------------------------|---------------|------------------|
| aburrimiento                               | descanso      | felicidad        |
| angustia                                   | baile         | armonía          |
| ansiedad                                   | comer         | bienestar        |
| depresión                                  | música        | equilibrio       |

|            |                   |              |
|------------|-------------------|--------------|
| enojo      | bañarse           | calma        |
| tristeza   | leer              | satisfacción |
| dolor      | escribir          | orgullo      |
| cansancio  | ver tele          | renovación   |
| desolación | pintar            | disfrute     |
| locura     | tocar la guitarra | disfrute     |

---

Lucía propuso *\*sonorizar\** primero la columna de ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS , elegimos los instrumentos (había muchos de percusión, flautas, un parche de calabaza con alambre enrutado que sonaba como tormenta, toc toc, tambores pequeños de distintas formas, cascabeles, yo tomé platillos (ver registros de audio en Drive). Luego sonorizamos los estados a los que se podía llegar ESTADO II, cambiamos los instrumentos y volvimos a tocar. Luego escuchamos las grabaciones, *hubo un intercambio de palabras y comentarios, se relacionó el estado de ansiedad con la música in crescendo y la representación de algo que sube de intensidad, como de aceleración interna.* También apareció la palabra miedo.

Después de escuchar, Lucía preguntó qué les pareció, qué generaba esa música en ellos todos acordaron que sonaba caótico: tratar de encontrar un ritmo/ encontrar una estabilidad/ faltaba una dirección.

Lucía: -Muchas veces para sostener un ritmo puede alguno asumir el rol de dirección, pero también hay una relación de la armonía con la escucha para que sea posible una "relación". Escuchar y ser escuchados. Luego propuso armar frases

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

relacionando las tres columnas para intentar hacer la letra de una canción, y sucedió esto:

Mi ansiedad se come a mi equilibrio  
 es horrible. Impotencia y miedo  
 me pongo a cantar  
 renuevo mi locura  
 felicidad armonía y estabilidad

Escuchar no se limita a la audición, escuchar es una disposición de apertura, receptiva y reactiva que involucra:

- \* los sentidos exteroceptivos (vista, olfato, gusto, oído, tacto)

- \* la propiocepción cuya complejidad compromete los sentidos interoceptivos e implica un registro espacial, del equilibrio (que de por sí no es estable) y de la noción de orientación de las articulaciones corporales.<sup>34</sup>

la afección.

La actitud de escucha implica una paleta de sensibilidades que movilizan el sentir-pensar. Es nuestro cuerpo como un todo el que vibra *en y con* las fuerzas del mundo, estamos inmersos en campos de fuerzas que experimentamos bajo la forma de sensaciones.

Justamente ese estado de atención que se activa es intersubjetiva y grupal, en este sentido los talleristas dicen:

<sup>34</sup>Una traducción literal es la de “percibirse a uno mismo”, “percepción propia” o “la capacidad de nuestro cuerpo de sentirse a sí mismo”. *“La propiocepción se incluye en el tercero de los sentidos somáticos, y engloba la sensación de posición y el control neuromuscular de las articulaciones. La sensación de posición, a su vez, puede ser estática y dinámica. La sensación estática proporciona información sobre la posición de una parte del cuerpo respecto a otra (para saber cómo tenemos colocada una pierna sin necesidad de mirarla, por ejemplo). El sentido dinámico o cinestesia, por el contrario, proporciona información sobre la presencia y el grado de movimiento en las articulaciones cuando estas cambian de posición (es el sentido que permite correr sin estar pendiente de cómo colocar la pierna en cada zancada, por ejemplo). El tercero de los aspectos de la propiocepción es el control neuromuscular... La propiocepción es un proceso complejo en el que necesariamente existe una información aferente que provoca una respuesta muscular eferente, originada a su vez a diferentes niveles del sistema nervioso central”.* A. Llucha; G. Salvà; M. Esplugas; M. Llusàb; Hagertg; Garcia-Eliasa. 10.1016/j.ricma.2015.06.012 A.

Entrevista a Patricio, docente del taller de teatro.

Confitería Güemes esquina Scalabrini Ortiz. 2/08/2019.

Patricio:- La escucha es doble. Para mí para actuar es la ley primera, uno actúa con un otro y en ese “entre” está todo. Tiene que ver con registrar al otro, si cambia la cara tiene otra expresión, bueno para mí es un mundo y eso me afecta. El otro hace algo que a mí ya me afecta y en esa afección yo hago algo, y así se genera.

Es muy importante que empiecen a registrar, a ablandar, la escucha. ¿Cómo me afecto con la mirada del otro? y eso me aclara lo que me pasa a mí, ¿estoy igual, parecido o no? Me pasó muchas veces que me han dicho que ese registro luego se les traslada en el afuera, en su casa por ejemplo, de pronto se activó, se dan cuenta. Hay una afección que a mí me produce algo y es un vaivén de estímulos que sucede y la cosa ya va de algo (...)

El cuerpo está al servicio de la expresividad (...). También es cierto que la grupalidad los libera porque los refugia de mejor manera, y los hace afirmarse más, más que cuando pasan a ser dos o tres y el resto mira (...) También es muy importante porque el estar metido para adentro, ensimismado hace perder el registro del otro, esa escucha me hace registrarlo y ese registro se traslada porque sí, porque el cuerpo tiene memoria y estabas en tu casa y se activó eso que sentiste en el taller.

Entrevista a Cinthya, musicoterapeuta<sup>35</sup>.

Confitería Güemes esquina Scalabrini Ortiz 25/06/2019.

Siempre pregunto qué tienen ganas de hacer, no vengo con algo dado sino con una idea. A la mañana es mucho más difícil el grupo... Recién al final se paran a relajarse a sacar la voz, y así terminamos haciendo algo sonoro, son esos trabajos que cuestan al principio pero sobretodo se modifica lo grupal porque hay que hacer con el otro: escucharte, acompasarte, entonar, y te apoyás en el otro cuando se equivocan para no perderse y si se equivocan no pasa nada porque esto es musicoterapia. Así trabajamos también la discriminación auditiva, esa te va a permitir escuchar otra cosa mientras, por ejemplo alguien te está hablando a la vez. A veces con los instrumentos resulta muy bueno porque tocar más fuerte que otro no te permite percibir, anula la coordinación colectiva o interfiere.

En ese entre está todo... Se modifica lo grupal porque hay que hacer con el otro, escucharte, acompasarte....

<sup>35</sup> En los registros figuran dos musicoterapeutas, Lucía, con quien hicimos la canción, que reemplazó a Cinthya, la profesional titular que estaba de vacaciones.

La guía de los talleristas permite entender mejor en qué se basan para tomar el material que surge en las clases e ir conduciendo el proceso creativo y la toma de decisiones. Cuando al final todxs escuchamos la grabación de la canción y coincidimos en que era caótica o no se entendía, y Lucía dice que alguien puede “asumir el rol de dirección, pero también hay una relación de la armonía con la escucha para que sea posible una *“relación”*. En esta operación se ponen en juego transformaciones en los modos de ser y de estar que tienen efectos al relacionarse con el grupo. Con suma delicadeza se teje un entramado entre la singularidad creativa, el sujeto activo en la producción de su propia subjetividad, y el vínculo consigo mismx e intersubjetivo donde el otrx *“...es una presencia viva hecha de una multiplicidad plástica de fuerzas que pulsan en nuestra textura sensible, tornándose así parte de nosotros mismos...”* (Rolnik 2013:478) en un juego de distancias y acercamientos, de significaciones y cargas de sentido.

Estar ahí enfocadxs afinando el *cuerpo vibrátil*<sup>36</sup> en la *aprehensión del mundo como campo de fuerzas* que registramos como sensaciones y nos afectan (Rolnik, 2013:478) para producir lo singular y colectivo a la vez. Así sucedió en el caldeamiento al estimular direcciones espaciales, velocidades, tacto, peso y coordinación que contribuyeron al trabajo posterior.

<sup>36</sup>El concepto al que refiero es el siguiente: *“La segunda capacidad subcortical, que a causa de su represión histórica nos es menos conocida, nos permite aprehender el mundo en su condición de campo de fuerzas que nos afectan y se hacen presentes en nuestro cuerpo bajo la forma de sensaciones. El ejercicio de esta capacidad está desvinculado de la historia del sujeto y del lenguaje. Con ella, el otro es una presencia viva hecha de una multiplicidad plástica de fuerzas que pulsan en nuestra textura sensible, tornándose así parte de nosotros mismos. Se disuelven aquí las figuras de sujeto objeto y con ellas aquello que separa el cuerpo del mundo. Desde los años 1980(...) llamé “cuerpo vibrátil” a esta segunda capacidad de nuestros órganos de los sentidos en su conjunto. Es nuestro cuerpo como un todo el que tiene este poder de vibración en las fuerzas del mundo”*. (Rolnik. Suely. *“Geopolítica del rufián”*, pág478, 2006. *“Micropolítica”* Cartografías del deseo. Gguattari. F; Rolnik. S,2013. Buenos Aires. Editorial Tinta limón.)

Registro del 23/01. Taller de musicoterapia.

“...Ahora vamos a apoyar la palma de la mano en el cuerpo del otro, el hombro, la cabeza, el brazo (todo iba pasando bastante rápido, me sentí sorprendida). Estaba pensando muchas cosas a la vez, con el estado de atención y alerta muy abierto, me dí cuenta que esa consigna no podía durar mucho, estaba yendo directo al contacto cuando vengo observando desde hace rato que ahí la gente no se toca”...

Sentí cierto temor por estar excitando algo que, como había dicho Lucía no sabía bien qué reacción podía tener y esto también fue parte de mi escucha.<sup>37</sup>

Entonces:

// La actitud de escucha es una práctica que se integra al tratamiento transversalmente desde el hacer creador artístico permeando la clínica más allá del diagnóstico.

// La experiencia de ese *entre* sucede en un nivel de registro que luego el sujeto reproduce socialmente, y no es sólo la perspectiva del docente, como veremos a continuación, los pacientes reaccionaron de distintas maneras a esta experiencia.

### 6.1.5 Velocidades como espacios de la inquietud

26 /01/2019

Fueron llegando de a poco. Lucía introdujo diciendo que íbamos a retomar en donde habíamos quedado no exactamente con las palabras y columnas que habíamos armado pero con la idea de armar la canción pasando de un estado a otro. Había una chica nueva Nuria, Lucía entonces propuso empezar a crear la canción recordó un poco las palabras y lo que habíamos trabajado la vez anterior entonces tomamos en el primer verso los dos primeros versos para empezar a expresarlo con otras palabras. Digo en primera persona pero yo no participe para nada en el armado No sugerí ni palabra ni nada me quedé escuchando. Fue muy interesante cómo se fue Armando la poesía Nuria sugirió la primer frase que dice “mi ansiedad se come mi equilibrio como el río traga las piedras”, propuso hacer una metáfora entre el fluir de un río y la idea de salir de un estado de turbulencia conflictivo complicado a un estado de fluir justamente no de serenidad. Fue muy bello el proceso de construirlo de a poco y de ir encontrando la poesía en la metáfora del Río en relación al sentir, al cómo y al estado de ánimo. Participaron mucho, un chico se ofreció a cantar la canción mientras la íbamos armando

<sup>37</sup>Aunque no lo mencioné antes, sí me había llamado la atención la distancia física en el trato cotidiano en el ámbito del HdDD, y traigo también lo que Griselda expresó en su momento, que en salud mental el contacto es un problema.

y Romina acompañaba tocando la guitarra coordinando con Lucía para ir viendo el ritmo en el cual podía entrar la letra y las tonalidades los tonos que iban a ir tocando y cantando. Finalmente quedó un reggae la cosa se tornó muy participativa se proponían letras, rimas y metáforas. La poesía fluyó y se encontraban cómodos para reflexionar sobre los sentimientos que vincularon con las acciones, la letra quedó así.

Mi ansiedad se come mi equilibrio  
 como el río traga las piedras  
 impotencia, dolor, turbulencia  
 siento el miedo remo y renuevo  
 uh uh uuuuhh uh uh uuuuuuh  
 sigo mi viaje a pesar de la tormenta  
 para llegar a costas menos violentas  
 (Recitado con fondo musical melódico de la guitarra)  
 Como el río es espejo de la luna  
 me devuelve la imagen de mi alma perdida  
 Así como el río que nunca es el mismo  
 me transformo con él, llegó a la costa  
 y encuentro mi paz nacer  
 cantaré con nueva voz mi alegría  
 encontrando felicidad, equilibrio y armonía

La grabación refleja muy bien este proceso que además lo hicimos en una hora 45 minutos, veo en Lucía es la capacidad para generar y hacer en ese momento en ese instante y mucha amabilidad y serenidad en la propuesta. Estamos haciendo algo muy complejo estamos inventando una canción poniéndole letra y métrica buscando una melodía y entonando. Ella fue muy sensible en recuperar el registro del encuentro anterior recuperó las palabras como lo que había sedimentado. Sólo con uno o dos versos nada más, el resto se desplegó solo. Me impactó un poco ver el despliegue de una operación subjetivación, que estaba sucediendo, como dice Cabrera, “con lo que son, con lo que tienen y con lo que pueden” encontrando sentido a ese desborde de muchas capas. Hacer el ensamble, el encastre que arma que construye y acomoda las

resonancias improvisadas e instantáneas, además de tener una bella sensación cuando la cantábamos.

Registro. 31 /01/2019. Taller de musicoterapia

El siguiente día de taller éramos diez o doce, yo llegué unos quince minutos tarde. EL propósito era terminar la canción pero no todxs estaban de acuerdo. Comenzamos por escuchar música. Carla expresó su disconformidad, se armó un debate en torno a no abandonar lo que se estaba creando

Lucía: La verdad que está muy bien que uno pueda decir -A mí esto no me parece o tengo ganas de hacer otra cosa. Pero tendríamos que plantear algo que quieran todos o la mayoría.

Acordamos hacer mitad y mitad, terminar la canción y escuchar música.

Lucía: También está bueno más allá de tener o no tener ganas, poder sostener algo que se empezó, se puso energía, trabajo, creatividad. Es bueno tratar de mantenerlo. - (esa reflexión los hizo pensar).

Violeta: -Yo quiero escuchar la grabación

Lucía entonces me pide la grabación, la escuchamos. Cada uno tomó un instrumento, ella recuperó los acordes, el tiempo, los tonos, ver qué hacíamos con la letra porque nos faltaba la última estrofa. Romina no quiso tocar la guitarra, dijo -voy a salir- y no volvió, otros también se fueron (luego comentamos con Lucía sobre esto), pero igual se armó algo más participativo y parecido a la dinámica de la vez anterior. Entonces trabajamos sobre la métrica porque el verso no entraba, quedaba medio rara, probamos de distintas maneras, cambiamos el ritmo al final. Hubo opiniones diferentes sobre eso, Carla que es la más organizativa dijo:

Así se fué construyendo, costó bastante y de hecho salió muy rara pero lo importante era terminarla.

Con esfuerzo y remando bastante la terminamos y grabamos, el final salía bastante horrible, Carla me dijo

-Esta canción terminás de escucharla y te suicidas.

Lucía:- Pero hay logros de la vez pasada a hoy

Javiera:- Hubo muchos avances

Finalizamos y cuando quedamos solas dice

-Lucía qué bueno estuvo, muy movilizante.....porque, aah!... vos no estabas al principio, Nuria, la chica que participó tanto con la letra estaba pero se levantó y se fué, luego se fué Romina que tocaba la guitarra, te acordás que hicieron la letra, los versos que invitaron a desarrollar el resto? Lo que pasó hoy es la típica situación de algo que toca, resuena de una forma distinta y genera algo interno, hace ruido, que también se notó con la discusión que hubo.

Silvia-Ah, mirá no sabía que estaba Nuria

Lucía-Sí!, vino y no lo aguantó, igual que Romina que ni siquiera quiso tocar la guitarra y terminó yéndose.

Seguimos conversando mientras fuimos al office

Lucía: - Les quiero decir, contar qué pasó.- Estaba Serena, la enfermera nada más y le cuenta a ella.

La dinámica del proceso fue muy cambiante particularmente en el último encuentro todo sucedió en una coreografía con entradas salidas, puertas que se abren y cierran, acomodar de sillas, sentarse, pararse, murmullos, etc. El estado de agitación grupal fluctuaba aparecía y desaparecía, como en ráfagas. Aunque estábamos sentados cada uno en su silla la efervescencia corporal se proyectaba y circulaba en el espacio.

Sucedían varias cosas al mismo tiempo con más de un foco de atención y la disparidad de opiniones sobre si seguir con la canción o no, reflejaban incomodidad, como comentó Lucía *algo que tocó una fibra sensible y resonó distinto generando un movimiento interno* y que se notó en la conversación. La creación lírica, melódica, rítmica e instrumental se fue construyendo grupalmente, haciendo sentido y expresando un sentimiento común en un trabajo de reiteración y repetición que ya venía de la clase anterior.

Silvia Citro basándose en Turino afirma que las relaciones signo-objeto en la música y en la danza se basan en experiencias de vida, por lo cual están íntimamente ligadas a la dimensión experiencial: *“Así como el río que nunca es el mismo/ me transformo con él, llego a la costa/ y encuentro mi paz nacer”*, como dice la canción. Al incorporar nuevas capas de significado estas expresiones desarrollan un potencial propio para elaborar sentido, como en el caso del “equilibrio” que en el primer encuentro apareció como un estado deseable: algo que al principio *sonaba caótico* pero que se trabajó hasta *encontrar un ritmo una estabilidad*. Luego se le sumó una capa corporal en los ejercicios de caldeamiento y continuó con el desarrollo creativo de la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

canción que comienza con: *Mi ansiedad se come mi equilibrio* y termina con *encontrando felicidad, equilibrio y armonía*.

El modo minucioso de la creación coincide con lo que dice la autora: “Así, cada ejecución tendría la capacidad de reconectar al sujeto con una serie de afectos y significaciones que provocó en performances anteriores, a la vez que en cada reiteración puede sumarle otras nuevas”(Citro et al, 2020) Esta perspectiva semiótica-procesual y pragmática que enfatiza las significaciones como “efectos” expresadas en sentimientos, reacciones físicas e ideas... a partir de una cadena semiótica de reiteraciones. En este caso la reiteración discursiva y su capacidad de materialización en el ritmo, las formas, habilitan a subvertir el orden semántico y resignificar el sentido de “equilibrio” en la canción.

Las imágenes que lo expresan son muy sensoriales y kinéticas “*mi ansiedad se come mi equilibrio como el río se traga las piedras*” es una metáfora-comparación sobre la velocidad. El modo poético en que narra la experiencia es similar a lo que algunos denominan imaginario guiado o imaginación activa en la cual el pensamiento funciona por analogía, metáfora y metonimia con significado terapéutico (Desjerlais. R. 2017)”... *siento el miedo, remo y renuevo*”. La poesía en general pero especialmente los dos primeros versos expresan un punto sensible del padecimiento mental, que Deleuze define con toda precisión:

*“La velocidad... Hay una sola cosa peor, más atroz que el poder: la velocidad (...) Pues lo que constituye el pensamiento no es lo que pensamos. Miro a alguien, y de repente pienso en otra cosa. No son esos magros y pobres pensamientos los que más cuentan sino **la velocidad con la cual se hizo una asociación. Y el pensamiento es la velocidad con la cual se hizo una asociación**” (Deleuze. G 2015, las negritas son mías)*

La velocidad de *El río que traga las piedras...*

*El pensamiento como la velocidad con la cual hacemos una asociación*

desencadena y dispara diferentes estados de consciencia: placenteros cuando hay capacidad de dirigirlos (como la creación, a meditación) o sufrientes cuando se pierde el control (excitación psicomotriz, depresión, ataque de pánico). Recordemos que no se trata de “la idea” de lo que pienso, sino de esa “conexión” que me lleva de un lugar a otro donde intervienen cerebro y sistema nervioso. Ya en el S XVII la investigación médica se esfuerza en comprender e investigar el rol y las funciones del sistema nervioso en relación a la sensibilidad, irritabilidad, sensación y movimiento de las enfermedades nerviosas atribuidas a “*estados de irritación unidos a la movilidad excesiva de la fibra*” según Tissot, citado por Foucault,

*“... ocurre que el movimiento, pasando del alma al cuerpo y del cuerpo al alma, se propague indefinidamente en una especie de **espacio de la inquietud**, (...) Las **agitaciones** imperceptibles, provocadas a menudo por un mediocre choque exterior, se acumulan, se amplifican y terminan por estallar en convulsiones violentas. (Foucault, 1986:55)*

Espacio de inquietud, agitaciones que se acumulan y amplifican, multiplicación de excitaciones Pero el punto es ¿si el pensamiento es la velocidad con la cual hacemos asociaciones, cómo sería administrar esa agitación para “encausar” el río que traga las piedras y llegar a aguas menos violentas”? En el nivel del discurso sucede en la operación poética de la lírica de una canción, y a nivel corporal y kinético como escribí en el registro, el segundo día cuando ya se notaba este “espacio de inquietud”.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

El interés se desvió y algunxs pacientes se retiraron entre ellxs Nuria, la chica que había propuesto la metáfora entusiasmándose con la poesía, no pudo o no quiso quedarse y se fue, pero lo llamativo es que esta no era la única vez que Nuria se incomodaba y abandonaba el proceso. Una vez en el taller de teatro hicimos un juego de dos personas donde unx estaba sentadx y la otrx tenía que persuadirla de que se levantara para dejarle la silla. Ella estaba sentada, le tocó con María, (que era bastante mandona en sus modos) la conversación se puso tensa y me di cuenta que Nuria se lo estaba tomando en serio, no como una representación de hecho tuvo que intervenir el tallerista para dar un corte.<sup>38</sup>

La perspectiva de Patricio el docente de teatro es muy esclarecedora:

Entrevista a Patricio, docente del taller de teatro.

Confitería Güemes esquina Scalabrini Ortiz. 2/08/2019.

Patricio:- Cuando les pasa que tienen dudas sobre “si lo que estamos diciendo es verdad o es mentira”, como suelen decirme, yo les contesto definitivamente “No”. Siempre que estás haciendo algo aquí, hay un otro que está mirando, en este caso nosotros, por lo tanto es mentira, es ficción. Nosotros (o sea al auditorio) no somos una “mirada Sherlock Holmes”, estamos mirando pero es una ficción, no queremos saber si esto que estás haciendo se inspira en algo que ya te pasó o es la primera vez, para nosotros es nuevo y a nadie le interesa de donde viene, en eso tienen que estar tranquilxs.

Una vez una chica, que ya hacía teatro y todo, hizo una escena en la cual tomó eso que estaba pasando como real, la vivencia la llevó a un registro del cuerpo de algo que le pasó en un momento con su hermana. Eso la sobrepasó y se descompensó. Para mí fue muy fuerte presenciar cómo ella se perdió en tiempo y espacio. Por eso insisto tanto en que se trata de darse el permiso de jugar a esa situación (...) se trata de tener herramientas para manejar esa situación.

Por otro lado también noto que para ellxs ciertos registros de la vida cotidiana del mundo exterior están coartados, entonces revivirlos en una improvisación o ejercicio de percepción es abrir ese registro que algunos lo tienen muy poco experimentado y abrirlo los lleva a un momento de su vida a cierto conflicto, o a algo muy interior. Para mí el trabajo es introducirlos en la experiencia, es generar una experiencia del presente,

<sup>38</sup> Escribí en mis notas de campo: “El ping pong de diálogo con un tono de voz seco, frases cortas. Nuria estaba acomodada en la silla, y la miraba desde abajo con dureza. María estaba casi de espaldas a mí, no veía su cara pero el gesto del cuerpo era en bloque y se acercaba, hasta ahí. Dijeron un par de cosas más. Ellas conectaron mucho, desde la confrontación y el desafío. Hubo un microsegundo que pareció que estaba ocurriendo en serio. Pero, hubo una indicación de Patricio y la tensión cedió. Luego trabaron una negociación y persuasión para que no fuera una orden hostil sino un por favor. (Notas de campo 8/02/2019 entre las 10 y 11 hs. Taller de Teatro.)

ahora, acá. No está ni bien ni mal, puede salir de alguna manera. No importa si alguna vez lo hice. No tiene que ver con la vida... Y sentir el pudor de hacerlo también tiene que ver con no comprender la representación que, al cargarla de sentido propio le agrega una presión que los termina tensando. Muchas veces en el marco de la clase inauguran sensaciones que les deben pasar por encima y atravesar de una forma que... es difícil. Entonces yo hago siempre mucho hincapié en la representación, si hay incomodidad que eso sea fuente de la situación que se crea. Cuando hacemos algo para un otro que está mirando ya no somos nosotros, no es la realidad, parece muy simple pero no lo es. Te puedo dar la silla para que te sientes porque es un otro el que puede experimentar eso, y cuando sucede es genial y lo importante es que algo de ese registro queda. Entonces me voy de la clase con ese registro en el cuerpo que me resonará como persona en algún otro momento y que cuando lo viví le saqué la carga de ser yo y me lo permití de otra forma. La clase para mí tiene que ser un espacio donde yo me puedo dar permisos, esos permisos me dotan de una cantidad de registros que inevitablemente se hacen carne con el tiempo y las posibilidades que cada uno tenga. Tengo ahí ese registro disponible que resonará cuando me pase algo en el cotidiano.

Patricio habla de “perderse en el tiempo y en el espacio”, lo mismo sucedió con Nuria cuando la representación de la silla comenzó a tornarse en algo personal, que no pasó a mayores, y también apareció la Incomodidad cuando no quiso continuar con la canción por lo cual se levantó y se fue. ¿Y qué relación tiene todo esto con el pensamiento y la velocidad? Patricio aporta un dato que no es menor: generar un registro del presente ahora y aquí. Esa disposición es la misma que requiere la actitud de escucha. Lo que quiero decir es que sea en teatro o en musicoterapia las prácticas conforman una constelación de estrategias que apelan a diversas técnicas o juegos donde la atención y el foco se desaceleran, van acompasadamente a un mismo ritmo que todos puedan seguir bajo la guía del tallerista. La eficacia performativa reconecta al sujeto con los afectos y significaciones que va procesando íntima e intersubjetivamente en un hacer grupal y colectivo. No importa cuánto dure, lo que importa, como dice Patricio es que “tengo ahí ese registro disponible que resonará cuando me pase algo en el cotidiano”.

### 6.1.5 Darse permisos y libertades. “Tecnologías del yo”.

Las transformaciones que suceden son dinámicas y continuas. Lo “micro” desata un efecto en cadena: las acciones mínimas como poder cantar una canción y hablar de lo que sintieron es un montón. En el trabajo cotidiano con la música, el teatro y el movimiento se expresa una arquitectura delicada de operaciones. Desde la perspectiva de Foucault se refiere a las “tecnologías del yo” que conllevan formas específicas de aprendizaje y transformación y

*“... permiten a los individuos efectuar por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, 2008: 74)*

La ejecución sistemática finalmente resulta en el mejoramiento o incorporación de habilidades y capacidades , pero Foucault se refiere también al sentido de adquirir ciertas actitudes que hacen al “*cuidado de sí*” y un aprendizaje que conduce al mejoramiento consigo mismx y consecuentemente con sus relaciones. Leo en mis notas de campo:

Registro 1/02/2019. Taller de teatro

“La sensación física y anímica al terminar el taller fue la de sentir que me había cambiado el ánimo, había llegado muy cansada y con bastante dolor físico de la cintura del propio cansancio ¡y me cambió el humor por completo! Estaba yendo al dispenser a tomar agua y lo dije en voz alta. Estaba al lado mío y dijo:- A mí también se me puso de re pila re buen humor... ¡estuvo bueno!\_ fue una muy gratificante situación y experiencia la taller de teatro. (Notas de campo 25/01/2019. Entre las 10 y 11 hs. Taller de teatro)

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Cuando Foucault estudió la locura lo hizo para demostrar cómo a través del discurso de las ciencias formales era posible un tipo de control de los individuos dentro y fuera de los asilos. Es por este camino que llega a enfocarse en el contacto entre las tecnologías de dominación de los demás y las tecnologías del yo. A ese contacto, a esa superficie común de adherencia entre ambas tecnologías la llamó “gobernabilidad”. Explica que en la cultura y sociedad grecorromana ocuparse de sí, cuidar de sí, *epimelesthai sautou*, ya sea para conocerse, formarse y/o superarse eran prácticas sumamente valoradas porque realizarlas permitía a la personas no ser dominada por otros ni ser esclava de sus pasiones. Quien fuera capaz de ejercer esta conducta consiguí mismx demostraba integridad y gobierno. Su práctica era una *práctica de libertad*. (Foucault,

El núcleo de las experiencias y prácticas de los talleres se orienta hacia esa gobernabilidad. El juego teatral donde la vivencia de dramatización/ performance lleva al registro corporal de una situación ya vivida traumáticamente y sucede esa “confusión del espacio-tiempo: *“un registro del cuerpo que le pasó en un momento con su hermana y la sobrepasó”* fue un ejemplo del ejercicio que propone, trabajar con la representación aún a riesgo de no reconocerse en el presente de la ficción: practicar y darse el permiso de jugar a esa situación que también es formarse, conocerse y por qué no superarse *“esos permisos me dotan de una cantidad de registros que inevitablemente se hacen carne con el tiempo”* y son herramientas para manejar algo similar que puede darse luego en la vida cotidiana fuera del HdD. Es un *gobierno de sí* que me dará la libertad de no llegar a la situación de brote, eso que contaba Griselda en el caso de Sergio en

capítulos anteriores sobre el registro consciente de ese pasaje y del enorme sufrimiento que acarrea (y que también se lee en la poesía de la canción que analicé).

Del mismo modo en el taller de música. Tocar un instrumento es un aprendizaje, un trabajo de escucha, de matices y consignas que van organizando un proceso expresivo y también organizan otros discursos “*no puedo ser yo el que habla más fuerte y no puede parar*”, Dice Cynthia en una entrevista. Esa misma impresión resuena en otros niveles: cambia el modo de actuar y la capacidad expresiva. Aprender a tocar esas notas que suenan como soy yo. Poder tener consigo mismx una cierta relación de dominio, de señorío es la artesanía de una gobernabilidad cuyo sentido final es la recuperación. Recuperación del sujeto para sí, recuperación de los vínculos.... y de la libertad.

En este apartado he tomado los registros del taller de musicoterapia para dar cuenta un *habitus* en el sufrimiento del padecimiento mental basado en una serie de prejuicios y valoraciones sobre la falta de capacidades, la ineptitud para ser socialmente productivo sumado a las consecuencias fisiológicas y emocionales del consumo de psicofármacos. A partir de las letras de las canciones que compusieron, de testimonios recogidos en conversaciones espontáneas y de los registros pude rastrear pistas de disposiciones estructuradas y estructurantes implícitas en modos de ser, de estar y de relacionarse.

A través de la eficacia performativa pude indagar sobre los sentidos otorgados al proceso de creación, analizar cómo se relacionan con el tratamiento de recuperación.

Tanto la actitud de escucha como las operaciones poéticas y kinestésicas son prácticas que hacen de la experiencia de los talleres y del dispositivo un laboratorio donde los pacientes pueden reconocer un *habitus* que los limita adjudicándoles un rol

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

social, pero también correrse de ese lugar asumiendo un cuidado de sí que les permite gobernarse o por lo menos conducir las intensidades que los desbordan hacia un registro que los aleje del padecimiento. En la repetición, adquisición y apropiación de este hacer se producen las tecnologías del yo que hacen posible la transformación de las subjetividades:

*“Así como el río que nunca es el mismo / me transformo con él, llegó a la costa / y encuentro mi paz nacer”. (fragmento de la canción)*

## **6.2 Lo moviente**

En este apartado abordaré la pregunta ¿Qué papel juega el movimiento y la expresividad sensible en la producción de subjetividad? Y para ello volveré a uno de los objetivos que vengo desarrollando: la indagación y descripción del uso y la percepción del cuerpo y movimiento, en este caso en los talleres de movimiento y de teatro.

El trabajo de campo en uno y otro fueron diferentes e hicieron crujir un poco mis supuestos. Para empezar, como alguien que viene de la danza daba por sentado que la cuestión clave sucedería en/desde el cuerpo moviéndose, con la atención enfocada pura y exclusivamente en ese registro del hacer corporal, algo propio de mi saber artístico.

Y en teatro no tenía expectativas tan claras. Nunca hice, aunque intuí que lo gestual sería una dimensión relevante, sin embargo no tenía idea de qué pasaría con la palabra y la acción al mismo tiempo. Para mi sorpresa en estos encuentros de juegos teatrales algo cobró relieve inmediatamente y con mucha fuerza: la imprevisibilidad de situaciones creadas teatralmente bajo ciertas consignas e interactuando permanentemente trajo a un primer plano la gestualidad cotidiana, trabajar la plasticidad soltando nudos de rigidez y desnaturalizando respuestas

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

automáticas. Distinto es en la improvisación del movimiento donde se despierta más la propiocepción, se expande la relación cuerpo-espacio proponiendo otro viaje interno. Incluso se estimulan cognitivamente otro tipo de conexiones que en la performance teatralizada.

También la relación con los talleristas y mi participación en las prácticas fue diferente en cada espacio. En los encuentros de movimiento fui observadora la mayoría de las veces, y en teatro (al igual que en musicoterapia), participé siempre.

En el orden de esta sección, primero voy a centrarme en la observación del taller de movimiento, y luego en el gesto kinestésico de *la caída* en el marco de un juego teatral en el cual participé, y que me permitió describir ya analizar la relación con lo que Donald Winnicott denominó “el derrumbe”.

### **6.2.1 Ser-cuerpo**

Bety coordina el taller de movimiento, ni bien nos presentaron le conté un poco mi recorrido en la danza y la motivación de la investigación. Siempre fue muy amable pero también evasiva. Durante el tiempo que me sumé a su taller nunca hubo una invitación ni una actitud como para sumarme participativamente a la clase. Un poco por timidez e inseguridad más que tampoco ayudaron, nunca se lo pregunté directamente. Fue la única docente que prefirió que observara, aunque sus reemplazos (los días que no podía venir) sí me dejaban hacer.

Una vez fui más directa, sólo había tres participantes y se dio este diálogo:

*Silvia:- Si te parece me puedo sumar así somos un poco más en el grupo- levantó la vista del celular me miró con una sonrisa y dijo: -No, te agradezco.-*

En esta oportunidad, al no tener que estar yo pendiente ni comprometida con la acción pude observar *el cuerpo de! otro en sus apoyos, sus contactos*, pero esta observación táctil no tuvo que ver tanto con la anatomía sino con una empatía kinestésica de sensaciones y las intensidades. (Louppe.2011:62) Así dispuesta dirigí mi atención a las corporalidades y formas de moverse: la calidad del movimiento, el tono muscular, el flujo, velocidades, la gravedad, el espacio, la concentración, el cansancio, el disfrute y la energía principalmente. Como solía decir Bety en sus prácticas: *“chicxs se trata de moverse, sólo de eso. Y esperar que algo suceda con eso y si no pasa nada también está bien”*. (5/02/2019 . Taller de movimiento). Estos son algunos registros donde pude identificar esos cuerpos y formas de mover:

#### Registros del Taller de movimiento

8/01/2019. Mirando a los chicxs, había uno que respondió rápidamente a la consigna y estuvo siempre muy compenetrado con su cuerpo y movimiento (*concentración*) Otrxs apenas articulaban los dedos. Fué cambiando la música. Una chica muy jovencita siempre atenta a su alrededor, con la mirada fuerte y proyectada movía sus largas piernas.

15/01/2018. Se pusieron en parejas, a Nicolás le encanta moverse y bailar, marca el ritmo, se siente muy cómodo cuando lo hace. Enfrentados de a dos uno seguía el movimiento del otrx parecían astronautas, los brazos principalmente, después cambiamos del frente al perfil, la calidad del movimiento era ligado, liviano, delicado, dirigido. (*calidad de movimiento*)

22/01/2019. Raúl pidió un tema de Elvis, era música muy al palo perro con una actitud muy pasiva y desconectadx o muy distintos entre los tres. Raúl recostado en el piso moviendo un poco el pie mientras se escuchaba la música Marcela moviendo sus brazos, ella Disfruta mucho de mover los brazos acostada. el chico este que estaba muy acelerado en un momento la saca a bailar rocanrol. Marcela dice: - no no no – pero él seguía muy acelerado y con el cuerpo siguiendo el ritmo de rock and roll haciendo el gesto de tocar una guitarra. (*velocidades*)

29/01/2019 Bety dijo: -Ahora se desplazan en el espacio caminan no caminen como presos y hacen contacto con otro se miran se pueden saludar se dan un abrazo si se quieren mucho dice pero bueno le ponen onda eh?- y las chicas empezaron a coparse y a bailar primero cada una en la suya, después juntas y al final en grupo. Caminaban, se saludaban con besos y abrazos, a mí también. (*disfrute*)

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

5/02/2019. Hoy estuvo más interesante, ellxs también estaban más conectados, comenzaron con las piernas hacia arriba apoyadas en la pared en ángulo de 90 grados. Musicalizó primero con una zamba, luego Té para tres. Yo desde sentada acompaño con pequeños movimientos. Luego de un rato bajaron las piernas. Dice Bety:- Las sienten diferentes? pueden latir, o sentir hormigueo, o más livianas.(tono muscular) Así estimulamos el sistema circulatorio. Luego trabajaron con la pared como superficie de contacto y soporte, descargando el peso en ella (gravedad). Javiera, Nico siempre se engancha, él está disponible, Nuria no tanto a veces la siento incómoda, Lucas también iba y venía exploran, usan la pared como centro y descubren modos de estirarse, apoyando las palmas, de a ratos golpeando suavemente al ritmo de la música. Bety dice: "Dar peso, dejarse sostener". Luego empiezan a caminar en el espacio, Carmen es la señora que se reintegró hace poco y lo disfruta, Micaela sale al balcón, lo usa, se mira en el reflejo del vidrio. Martín el nuevo que tiene puesta una remera de Nirvana bailó todo el tiempo con los ojos cerrados, como transportado. Quedaron cansados, y todos coincidieron estaban relajados y cansados al mismo tiempo. (tono muscular)

12/03/2019. Exploración del sentido del tacto. Dijo Bety: "La piel es lo más profundo que tenemos". Creo que es del poeta Jaques Prévert. Primero nos acostamos en el piso y tratamos de concentrarnos en nuestra piel, tocándonos nuestra piel y las texturas de la ropa. Luego, nos sentamos en ronda, Belén trajo objetos y con los ojos cerrados nos los íbamos pasando, sintiendo el tamaño, el peso, la forma, la textura, la temperatura. ... Trabajamos con materiales y objetos. Había un caracol, Natalia dijo que cuando se dio cuenta lo dejó a un costado, no le gustan para nada. A muchos les desagradó el algodón. Algunos se enfocaban más en tratar de descubrir qué objeto era, yo me entretenía con percibir las formas, temperatura, la cosa más sensible. Fue un encuentro tranquilo, concentrado (energía). Terminamos desplazándonos y moviéndonos en el espacio.

19/03/2019. Hoy trabajamos con el sonido, el oído, y la escucha. ... nos pusimos cómodos y escuchamos sonidos del ambiente, los de la calle, autos, voces, motores. Para terminar nos preguntó si queríamos movernos un poco y sí, queríamos. Empezamos por la cabeza, los brazos, el tronco, a nivel medio y luego parado. y sonó un ritmo brasileiro, raro, con acordeones y una voz grave, un frevo o algo así, el ritmo se iba acelerando. A Guada no le veía conectada, Marcela mucho como siempre con sus brazos, Nico enganchado y a Mateo se lo veía disfrutar muchísimo, marcando el ritmo con los piés, hacía como pasos para atrás en el mismo lugar, sacaba con fuerza y deslizando el pié hacia adelante, como pateando. (flujos)

26/03/2019. Hoy experimentamos con el sentido del gusto. Belén trajo algunas cosas para saborear con los ojos cerrados, todos estuvimos de acuerdo, Bety nos invitó a que pasáramos al cuerpo esas sensaciones del gusto al movimiento: - No necesariamente tiene que ser una danza...aunque si yo hago esto (y extendió el brazo hacia adelante), ya es una danza, lo importante es lo que quiero transmitir, esos sabores- y daba ejemplos de cómo esos sabores se expanden en la boca, o cómo viaja el dulce por ejemplo. Movimientos con "**permanecer**": **estar en el aquí y ahora...** Javiera estaba sentada y hacía movimientos, gestos muy amplios agrandando el volumen, era una linda danza. (flujo y calidad) Estaba sentada Guada por momentos con la mirada lejana a veces movía sus hombros hasta que entró más en su cuerpo. (concentración)

La descripción densa da cuenta de un amplio rango de movilidades y de estados kinéstésicos: El “*permanecer / estar en el aquí y ahora*” no es algo tan sencillo, requiere activar una visión interior, que no refiere directamente a la cuestión óptica, sino a una «visualización» **que es un ejercicio generador del *ser-cuerpo*: allí donde se confunden lo orgánico y lo imaginario, lo corporal y lo espiritual.** Consiste en un trabajo del pensamiento del cuerpo cuyas resonancias se hacen sentir en el cuerpo mismo<sup>39</sup> (Louppe, 2011:63). Por lo tanto las prácticas no tienen un propósito meramente físico, en un nivel más profundo opera una dimensión que consiste en habitarse conscientemente en la condición de *ser-cuerpo* y traer a la superficie ese registro.

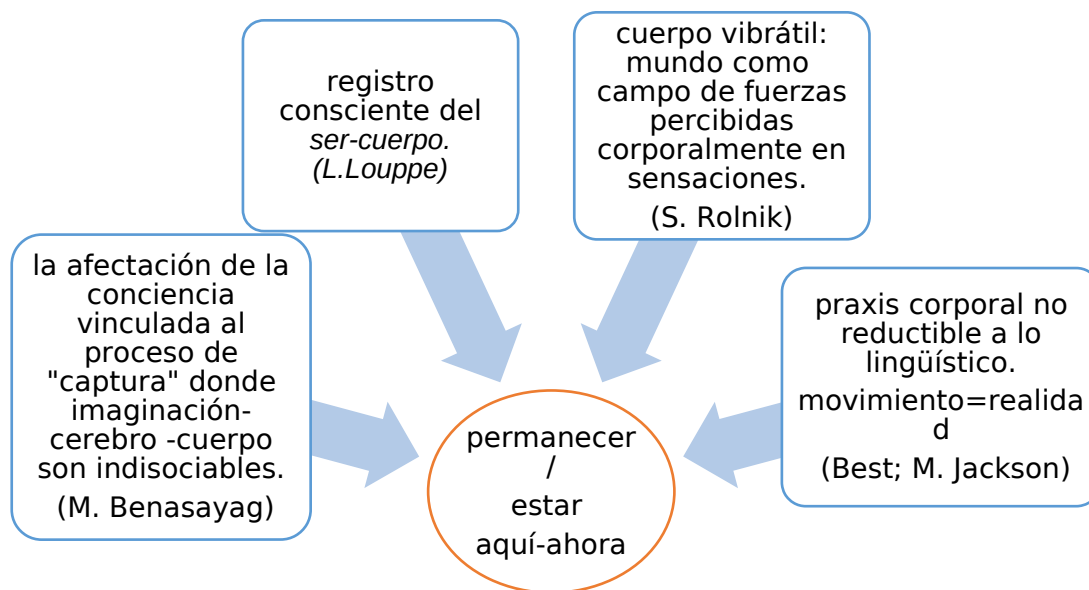
Con la continuidad y la reiteración del hacerla práctica se incorpora como otra “tecnología del yo” que, a diferencia de musicoterapia y teatro, en principio, está desprovista de la carga de sentido que otorgan las palabras o las situaciones dramáticas y eso descomprime, hay un vía directa al registro somático:

*“El significado de la praxis corporal no siempre es reductible a operaciones cognitivas y semánticas: los movimientos corporales a menudo tienen sentido sin ser intencionales desde el punto de vista lingüístico, al comunicar, simbolizar o significar pensamientos o cosas que yacen por fuera o con anterioridad al habla (...) Así, el entendimiento de un movimiento corporal no depende invariablemente de una elucidación de lo que ese movimiento “quiere decir”. Como señala Best (1978)); “el movimiento humano no simboliza la realidad es la realidad” (Jackson. M, 2010)*

<sup>39</sup> La “ideocinética (::) Como su nombre indica, relaciona el movimiento con la idea, en un encuentro eminentemente poético entre un estado de cuerpo interiorizado y la Idea en el sentido casi mallarmeano del término: un devenir-idea del cuerpo, que abre la conciencia de este último. Irene Dowd, una de las inspiradoras de este planteamiento, muy desarrollado hoy en día en los círculos avanzados de la danza en Estados Unidos, recuerda que «... todas las estructuras de alineamiento postural, todo el uso y el desarrollo musculares, todo movimiento humano, son regidos y coordinados por nuestro sistema nervioso. En otras palabras, por nuestro pensamiento.

Por lo tanto en la continuidad de la experiencia del movimiento asimilada como un “permanecer/estar aquí-ahora” convergen varias categorías:

Gráfico IV. Permanecer: estar aquí -ahora (Fuente: Elaboración propia)



Ahora, la condición del padecimiento mental es la de un *ser afectado* en tanto crisis existencial del sujeto. He analizado cómo se construyen socioculturalmente valoraciones, juicios y prejuicios sobre quien padece, cómo se inscribe corporalmente ese sufrimiento, ya sea por la patología o por la mediación. También expliqué cómo al identificar este *habitus* las prácticas musicales, la dramatización, la poética y “la escucha” constituyen “tecnología del yo” que los pacientes incorporan a su cotidianeidad. Hasta aquí he desarrollado los resortes implicados en los procesos de conformación de subjetividades.

Para continuar con la argumentación, me posiciono desde el análisis de la dimensión corporal-moviente y sensible a los efectos de introducir la perspectiva psicoanalítica que terminará de completar la hipótesis que me propongo demostrar.

## 6.2.2 Ontología de lo moviente: El derrumbe

En determinado momento del trabajo de campo comencé a leer textos de psicoanálisis psicología más específicos para comprender qué sucede en la estructura del yo y de la psiquis para llegar a una patología mental como las que veía en el HdD. No terminaba de comprender la diferencia entre psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar y otros diagnósticos. Entonces le pedí orientación a Javier, psicólogo y profesional a cargo del área pedagógica y de rotantes, para preguntarle sobre esta distinción:

-Para Winnicott el derrumbe del yo es corporal y cognitivo. Es transversal a las estructuras y depende en el momento y situación en que ocurra la patología resultante así como también cuáles son las defensas que se implementen contra este (...) Es la sensación de *despersonalización*, o sea el proceso de desconocimiento de uno mismo, por ejemplo en los brotes esquizofrénicos el síndrome del espejo en el cual la persona se mira y no se reconoce. Y también es la *desrealización*, la realidad se vuelve ajena y desconocida como en los ataques de pánico, en el cual se mueve el piso o la percepción de lo real tiene la calidad de un sueño. Y es la desintegración, el desarme del propio cuerpo.

Todas estas angustias son el reverso de los procesos de maduración que es lo que a uno lo constituye como sujeto. Esto da la pauta de la transversalidad de estos fenómenos. Hay momentos de angustia donde podemos experimentar sensaciones de desrealización, o mismo el consumo de ciertas sustancias puede llevar a la desintegración.

Pero el fenómeno central es el derrumbe, depende cómo se responda a éste así deviene la sintomatología

En Freud, poniendo el caso Schreber que trata sobre el brote de una esquizofrenia paranoide: un hombre que se brota cuando lo nombran juez del pueblo donde vivía y cuando al mismo tiempo la mujer le anuncia que va a ser padre. Primero empieza con síntomas de desconocimiento y luego un delirio en el que dice que va a ser la mujer de Dios y comienza a arreglar su cuerpo de manera femenina afirmando que de esta unión nacerá la nueva generación de hombres. Freud sitúa, dice, que ahí lo patológico no es el delirio ni la relación que tiene este hombre con el cuerpo sino algo anterior que es la sensación de la catástrofe del mundo, del derrumbe del mundo a lo cual responde con este delirio. Para Freud el derrumbe, lo patológico en la psicosis, es el derrumbe de la relación de uno con el mundo. Eso se cae, eso se rompe y el delirio incluso la alucinación tienen la función de restaurar ese vínculo que se perdió. En la idea de ser "la

mujer de...” hay un vínculo que se re-establece y aquí las defensas pueden ser neuróticas o psicóticas.

Para Freud entonces la psicosis es la interrupción del vínculo con el mundo, hay un rechazo de una vivencia que resulta intolerable, en ese punto *la psicosis es actual, o sea, opera cuando esto pasa.*<sup>40</sup>

Ahora, Lacan y Winnicott sostienen que *la psicosis tiene que ver con una falla estructural*, coinciden (en lo fundamental y general) con la lógica de que *algo no se constituyó lo suficiente*.

Entonces esta falla original es la causa eficiente, principal de una psicosis pero no necesariamente la causa desencadenante. Es la causa que preexiste, sin esta causa no podría no darse una psicosis pero no es lo que lleva al brote. Lo que lleva al brote es por ejemplo, ese momento en Schreber: le pasa lo que le pasa porque previamente tuvo esta falla en su estructuración psíquica que se devela en el episodio actual.

### Para sintetizar

La perspectiva de **Freud** sitúa al **derrumbe** en la sensación de catástrofe e interrupción del vínculo con el mundo en el momento en que sucede cuando hay un rechazo a una experiencia que resulta intolerable: **es actual.**<sup>41</sup>

En la perspectiva de **D. Winnicott** (que coincide con Jacques Lacan en términos amplios) la falla estructural es constitutiva del **derrumbe** y **se configura en experiencias previas** que, re-actualizadas, remiten a esa angustia primigenia.

Donald Winnicott explica así el significado del derrumbe:

*He empleado deliberadamente el término derrumbe (breakdown) porque es bastante vago y puede significar varias cosas. En general, dentro de este contexto puede entenderse como una falla de la organización de las defensas. Pero de inmediato nos preguntamos: ¿defensas contra qué? Y esto nos lleva a un significado más profundo del término, ya que **necesitamos emplear la palabra derrumbe para describir ese estado de cosas impensables que está por debajo de la organización de las defensas**. Se advertirá que si bien es útil pensar que en el ámbito de las psiconeurosis lo que subyace en las defensas es*

<sup>40</sup> “Freud afirma -en este contexto- que el delirio consigue “equiparar la realidad del pensar con la realidad exterior” (Freud, 2001f: 230), lo que corrobora la hipótesis de que lo que está fundamentalmente en juego en los delirios paranoicos no es necesariamente la Wirklichkeit, la realidad fáctica, sino la Realität, la realidad psíquica. Así como “la represión permanece omnipotente en el reino del fantasear” (Freud, 2001f: 227), análogamente el delirio consigue algo similar, habiendo aquí otro punto de continuidad entre las hipótesis deslizadas en el caso Schreber y una de las tesis centrales de “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico” (dejamos de lado aquí el análisis de otros textos sobre el tema para ilustrar únicamente este punto en particular);” ( Iglesias Colillas. Ignacio (2016). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*” (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente..

<sup>41</sup>

*la angustia de castración, en el ámbito de los fenómenos más psicóticos que estamos examinando lo que se aprecia es un derrumbe del establecimiento del self unitario. El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yoica, que es la amenazada, pero nada puede organizar contra la falla ambiental en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente. En otras palabras lo que estamos examinando es una inversión del proceso de maduración del individuo (las negrita son mías) (Winnicott.D, 1991)*

“Ese estado de cosas impensables” lo real se experiencia corporal y cognitivamente como una desintegración. Winnicott sostiene además que el miedo clínico al derrumbe es un miedo basado en la agonía original que hizo posible el despliegue de la organización defensiva del paciente: es el miedo a un derrumbe ya vivido. Es un hecho “escondido en el inconsciente que se lleva de aquí para allá”, o sea que está presente en las circunstancias de la vida y forma parte de una dinámica que no nos es del todo ajena. Pero, cuando el “yo” es muy inmaduro como para poder abarcar y procesar los fenómenos y situaciones que suceden dentro del ámbito de la omnipotencia de la persona, se movilizan angustias de aquel miedo originario que empujan a la persona al abismo, al borde de lo que es capaz de tramitar psíquica, mental, emocional y corporalmente (Winnicott, 1991) que, como señala Javier, deriva en una patología.

No obstante mi foco es el umbral de desintegración, desrealización y ruptura. Toda la capacidad de hacer con lo que somos con lo que tenemos y con lo que podemos sencillamente no alcanza, o no es lo que se necesita para mantener puentes con el mundo en el plano de lo real: la operación integradora del self no es posible, o, sucede de manera excesivamente angustiosa y agónica para la persona. No se llega a ningún estado patológico del padecimiento mental sin haber atravesado “el derrumbe”.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

### 6.2.3 La caída como gesto del derrumbe.

En una jornada de teatro se desarrolló esta dramatización

Registro 9/02/2019. Taller de teatro

Esta vez me quedé mirando, no tenía ganas de participar y además quería cambiar a observar. Se sumaron dos rotantes de psicología que venían compartiendo la dinámica del HdD. Cuando se armaron los grupos María me contó a mí y yo le dije: -No, esta vez descanso-, sin embargo no me hizo caso, y cuando terminaron de armar la acción me dijo

María: - Podés ser la ambulancia?-

Silvia: -Bueno-contesté sin muchas ganas.

Los personajes eran cuatro la chica que se había quedado con el chico a quien las otras dos amigas querían, o sea tres mujeres que deseaban al mismo varón y todxs ex compañerxs de secundaria

Estaban en un centro de esquí, hacían el gesto corporal de esquiar con los brazos y daban pasos cortos caminando hacia adelante, cuando se terminaba el espacio se daban vuelta y continuaban de espaldas a nosotrxs. La situación se fué desarrollando en una larga conversación con rumores y cuchicheos sobre qué había sido de sus vidas, una de ellas se comportaba tensa y autoritaria con la novia del chico y otra asumía el rol de quien trata de contener una situación de desborde. Se notaba mutua incomodidad. Luego del momento tenso en la actuación, lxs cuatro siguen esquiando pero el muchacho se cae y se quiebra la pierna, entonces llaman a la ambulancia y parezco en escena haciendo el sonido de sirena. Lo subimos a una camilla mientras entre ellas no paraban de hacerle reproches al chico y yo dije:- ¡Pero ahora conténgalo al muchacho que le duele!- Y la ambulancia se va. Fin.

Cuando terminamos, voy al dispenser de agua (lugar interesante donde se producen encuentros y diálogos circunstanciales pero muy reveladores), y el rotante que miró la escena, dijo:-

Rotante:- Estuvo bueno hoy! Fué interesante cuando Matías se cayó (seguía con un gesto muy pensativo)... Las acciones que se repiten, ¿no? Habíamos hecho esas caídas al principio.... (seguía pensando en voz alta) Claro... la "insistencia del sentido"!, cómo hay elementos que aparecen y se vuelven a repetir.

Efectivamente la entrada en calor había sido más corporal que lo usual y las consignas fueron luego de caminar por el espacio hacer contacto y que cada uno cayera muuuy lento, como en cámara lenta, como una escena trágica, una vez todos en el piso también había que levantarse lento, el último que llegaba ganaba.

Yo también me quedé reflexionando sobre la caída, en realidad es algo que corporalmente trabajo muchx<sup>42</sup> porque tiene relación directa con el peso y la gravedad.

<sup>42</sup>De hecho yo venía de estrenar una obra en la cual investigué por más de un año la textura y el peso del algodón del palo borracho. Con los bailarines creamos todo un repertorio de gestualidades, movimientos, espacialidades y sonoridad llevando esas percepciones táctiles y sensoriales al movimiento.

Desde el principio comencé a observar allá en la sala de espera del Hptal. Laura Bonaparte y aquí en las prácticas de los talleres, el cuerpo echado en un sofá, el caminar arrastrado, oscilar parado de un pie a otro, tomar el café lento con Raúl; y en otro extremo el cuerpo más liviano de la agitación que se desplaza rápido, que cambia de velocidad y de direcciones. La **pesantez** es un motivo que todo el tiempo me está informando sobre las emociones y sentimientos de quienes padecen, es un valor arraigado en la experiencia física, moviente y corporal de la vida cotidiana. Entrar en ese registro perceptivo, me permitió conectar con un punto de vista nativo desde un espectro sensorial y kinestésico, y también con un estado del ser que es un estado del *ser-cuerpo*. (Desjerlais, 1992). El peso comenzó a cobrar una densidad especial que me comunicaba desde otro nivel de registro construcciones y valoraciones del padecimiento mental y el indisoluble vínculo entre estar de pié y mantener la integridad del self, no derrumbarse. Dice Jackson al respecto:

*“...Por ejemplo cuando nuestro ambiente familiar se ve bruscamente perturbado nos sentimos desarraigados, perdemos nuestro equilibrio, somos arrojados, colapsamos, caemos. Pero esa caída -dice Binswanger-no es "algo metafórico derivado de nuestra caída física", no es una simple manera de decir. Es un shock y una desorientación que ocurre simultáneamente en el cuerpo y en la mente, y que refiere a una estructura básica ontológica de nuestro ser -en- el- mundo. (Binswanger, 1963:222-225; Reich, 1949:435). En este sentido, podría decirse que la postura erguida define una relación psicofísica con el mundo; de manera que la pérdida de esta, de esta "postura", es una pérdida de balance que ocurre en lo intelectual y en lo corporal de modo simultáneo, un disturbio en el terreno y centro mismo de nuestro ser. Las metáforas de caída y desequilibrio revelan esta conexión integral de lo psíquico y lo físico; no expresan un concepto en términos de una imagen corporal. (Jackson. M, págs. 63-64, 2010)*

Hay entrelazamientos entre peso-gravedad-caída-derrumbe-padecimiento y que carecen de un orden preciso pero, en la contingencia donde la caída pone en tensión el

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

sostén, donde el peso liberado oscila, se recupera y derrumba, en esos micro movimientos la subjetividad también se moviliza y se transforma.

#### **6.2.4 La poética del peso y la muerte vertical**

En tanto movimiento caer consiste en soltar, retener, manejar el peso dialogando con la gravedad. Y mover es sin duda materia de la danza porque no hay otro arte que comprenda mejor sus sutilezas.

Doris Humphrey (1895-1958) inventó y desarrolló el concepto de *caída - recuperación* en el movimiento (*fall and recovery*) usando el patrón de la respiración de inspiración-exhalación. El modo en que se realiza ese intercambio de aire es un ritmo que permite desplegar corporalmente oscilaciones, suspensiones, saltos y giros como momentos de desbalance o eventual estabilidad: respiración y peso que desplaza y es desplazado, que construye y simboliza desde la propia sensación y registro al experimentarlo (Louppe. 2011). Así Humphrey fue investigando y creando una serie de secuencias de movimiento en las cuales inspiró su danza y sus obras. Concibió una técnica fundada en la teoría de *fall and recovery* que conceptualizó poéticamente como “*el arco entre dos muertes*”. Lo interesante en ella (como con Martha Graham ambas de la misma época) es cómo a partir de este principio y cualidad completamente vital crea una expresividad corporal, kinestésica, dramática y estética tan profunda que se convierte en uno de los pilares más fundamentales de la danza contemporánea sobre la cual se apoyaron luego otras técnicas.

Como bien señala Laurence Louppe:

*“...el tratamiento del peso mediante la asunción por el sujeto de su propio peso, o al contrario, mediante el abandono a la atracción gravitatoria, son los dos polos*

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

*que articulan principalmente la poética del peso. La “muerte vertical” evocada por Doris Humphrey extrae su estática de una fijación de todo el peso del cuerpo por los músculos tensores: un trabajo de mantenimiento mediante los “continuos ajustes” de todo el tejido corporal. Para salir de ello, para liberar el peso, dos figuras: el balanceo (swing), la caída (fall)..... integrada al imaginario del cuerpo no tiene nada de fúnebre. Es, por el contrario, liberación de la “muerte vertical”, cuando el peso del cuerpo se deja llevar por su propia propensión”. (Louppe,2012:93)*

Es notable cómo Louppe al referirse a Humphrey y explicar “la poética del peso” habla al mismo tiempo de todos estos entrelazamientos que estructuran el derrumbe: de la existencia de una tensión muscular permanente y los continuos ajustes del tejido que en otro plano es la red de apoyatura y sostén; de asumir o no el propio peso o sea del esfuerzo de *mantenerse en pié, erguidx, en eje vertical*; que no hay una connotación negativa en la caída sino una liberación que restaura un sentido vital. El gesto performativo del “caer” estaría remitiendo a una resignificación de aquel momento de desintegración, de aquel “*estado de cosas impensable*” que excedió nuestras capacidades defensivas y omnipotencia personal. Entonces, en el cómo del caer hay una afectación estética que se hace gesto: “*Todo movimiento es una caída diferida, y de cómo se produce el diferimiento de esa caída (por otra parte totalmente esperada) es de donde nace la estética del gesto*”.<sup>43</sup> Sucede en la teatralización del muchacho que se accidenta esquiando, y también en otras experiencias dramáticas de muerte como ésta:

29/03/2019 10/11:30 hs. Taller de teatro

Juego escénico en el taller de teatro: Éramos tres personas, la situación ocurría en una peluquería, yo era la clienta y Violeta la peluquera, se presenta un conflicto y ella me apuñala con las tijeras, en ese juego corporal de resistencia y agarre yo sentí mi

<sup>43</sup>Ibidem

cuerpo en una tensión y soporte estable entonces pude desplomarme en el piso sorpresivamente sin lastimarme y me quedé quieta un par de segundos. Cuando terminamos, se acercó y me dijo excitada - ¡¡qué bien que te caíste!! y luego recibí un par de comentarios similares de otros participantes.

O en otras donde el gesto del caer, que a veces no es de todo el cuerpo, a veces es una intención, flexión de rodillas, balanceos pesados, como cuando Nico dramatizó una situación en la que se bloqueaba, tenía que dar una conferencia y no podía porque había sufrido un rechazo amoroso (un estado de cosas impensable)

15/03/2019. 10/11:30 hs. Taller de teatro

Nico: - ¡¡No puedo más esto es tremendo, me rechazó!!

Nuria: ¿Qué pasa? te estamos esperando para que des la conferencia

Nico: No puedo, estoy destrozado

Nuria: Bueno pero dejémoslo para después (insistía en llevarlo y al mismo tiempo trataba que no se notara el mal momento)

Nico: ¡Pero déjame que te cuente! – y lloraba intensamente-

Nuria: No! ahora no! te están esperando para que hables sobre tu descubrimiento que hiciste sobre los átomos

Nico: - ¡Soy una molécula de mierda! - gritaba expandiendo en círculo los brazos- ¡Soy una molécula de mierda! ¡Soy un ión negativo al que todos rechazan!

La gestualidad de la caída, sus diferentes pesos corporales suscitan un amplio rango de estados de ánimo, son ejercitaciones que desbloquean y liberan desde el instante que permiten la teatralización y la expresividad que, como dice Luoppe, *no tiene nada de fúnebre*, es un disfrute kinestésico que permite resignificar el trauma /el conflicto/ el malestar o el sentimiento anudado al síntoma en una dimensión performática. Y esta resignificación sucede en términos de *“encadenamientos de síntesis sensibles, de estados sensibles que se integran al continuo (continuum) propio de la experiencia del mundo”* (Ranciére. J, sin fecha): El movimiento es generador de una empatía kinestésica que provoca tanto en quien hace como en quien contempla un contagio gravitatorio a modo de “transporte” que organiza la percepción propia con la

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

del otro (Ranci re. J. sin fecha). Cuando Nico expresa el rechazo con el gesto de sus brazos y lo “encadena” sensorialmente con la imagen de un i n que es repelido, est  integrando a su *continuum* de experiencia otro sentido del rechazo que lo destruyó.

La semana siguiente supe que Nico (que estaba atravesando un momento crítico de su tratamiento), había pedido él mismo volver a la internación. Su familia estaba de acuerdo porque la tensión intrafamiliar se hacía insostenible. En la misma semana que realizó la dramatización, yo lo había notado muy participativo y conmovido en musicoterapia con una canción que le recordaba a los momentos que vivía con su abuela en la infancia. No me fue posible tener más información sobre su diagnóstico no porque me lo hayan negado sino que el episodio coincidió con otras emergencias y no encontr  el momento para conversar con su referente ni el equipo profesional que estaban a tope.

También record  a Nuria (con quien casualmente hizo el juego teatral) en la creación de la canción, ella había inspirado y creado la poesía desde el principio pero no pudo continuar haciéndolo el encuentro siguiente. También la escena de la silla donde por un instante se borró el límite entre representación y realidad. Y en seguida el comentario de la musicoterapeuta: “una no sabe que fibras est  tocando”.

En todos estos ejemplos y en el análisis realizado puedo dar cuenta de “**lo moviente**” como una categoría que va un poco más allá del movimiento kinestésico, porque ancla en una dimensión más profunda, en una condición existencial. Sin ir más lejos cuando decimos que tal o cual cosa “me movilizó”, o “fue movilizante”, nos referimos a experiencias que afectan el *self* desde un registro que no podemos explicar con palabras. Y a la inversa, cuando aquella experiencia traumática se encarna en

movimiento de manera consciente produce efectos que agitan, incomodan o desestructuran algo en un nivel psíquico, sintiente y cognitivo.

He descripto el uso y la percepción del cuerpo y el movimiento para explicar el rol y el modo en que transforman las subjetividades en el orden afectivo, cognitivo y sensible. Los registros me permitieron comprender la categoría psicoanalítica de derrumbe y con ella analizar al sujeto en estado límite paralizado o invadido por afectos contradictorios que expresan la falla estructural de su organización defensiva, y que tocan en carne viva los procesos real, simbólico e imaginario más arcaicos ligados a la función materna<sup>44</sup> (Rassial. 1991)

<sup>44</sup>“...para el sujeto en estado límite...persiste...sin ser franqueado ese momento inaugural de una castración de la madre que no es ni imposible como en el caso psicótico, ni rechazada como en el perverso, ni superada como en el neurótico. (Rassial. J. J, págs. 66 y 67, 1991).

## 7. Conclusiones

*Ya no hay más qué hacer  
sos tu propia ayuda  
Ahora, anda y viví.  
Yo siempre amé tu locura!  
Gustavo Cerati. Tu locura*

### 7. 1 Recapitulando el recorrido.

Respetando la cronología del trabajo de campo, voy a tomar cada una de las instancias en correspondencia con los objetivos planteados.

La primer etapa en hospitales públicos de salud mental me permitió *analizar las relaciones intersubjetivas entre la institución psiquiátrica, los profesionales y los pacientes.*

El derrotero que significó acceder al campo fue en principio una frustración, pero al momento de recuperar los registros y las entrevistas en la escritura entendí que la reflexividad de la experiencia y los intercambios que se dieron con las instituciones y lxs profesionales tenía una lectura más profunda que el hecho en sí mismo.

La tensión entre marcos epistemológicos quedó en evidencia especialmente en el Hospital Nacional en red de Salud Mental Laura Bonaparte: había dos lados, el del “yo que indaga” que es la autoridad etnográfica, o “ellxs, lxs indagados” o sea el de los sujetos de estudio. Hacer las prácticas de los talleres junto con lxs usuarios no estaba dentro del horizonte porque borrar el límite médico/paciente significaba subvertir el control en la relación de poder. De la misma manera tampoco podía hacer participación

observante a los profesionales porque “ninguno va a querer que lo estén mirando”. Además, la puesta en discurso y la explicación detallada y reiterada de la cotidianeidad en la práctica etnográfica, tuvo todas las características del desciframiento y la evaluación clínica.

Aunque en este aspecto la experiencia en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear fue diferente y la instancia evaluatoria con el Comité de Ética e Investigación no tuvo críticas al abordaje metodológico, la prioridad de otorgar acceso al sistema de salud público como objeto de estudio en el nivel académico era para niveles superiores a la licenciatura, o investigadores profesionales que pertenecieran al hospital.

En ambos casos la metodología de participación observante resultó un abordaje polémico para el requisito del *Consentimiento previo, libre e informado*. La protección de la persona en todos sus aspectos y la garantía de derechos a la hora de recibir atención médica es indispensable, sin embargo en mi rol de investigadora de una disciplina “no psi” este instrumento legal marcó todo el tiempo un límite. Entiendo que es un tema muy delicado y complejo, pero en ciertos contextos y relaciones de poder juega un rol que va más allá de la protección ética del paciente.

Tanto el hospital de salud mental como las figuras político institucionales son piezas fundamentales dentro del Modelo Médico Hegemónico, y en este sentido corroboro la afirmación de Menéndez en cuanto a que la lógica y la estrategia del Modelo refuerza la hegemonía y la expansión biomédica así como las orientaciones en la producción de conocimiento. Y una de las maneras para lograrlo es subordinar disciplinas alternativas a la biomedicina, incorporándolas en la medida que le sean útiles para garantizar esa expansión y dominio (Menéndez, 2020). Se podría pensar

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

que la crítica metodológica no es tanto una diferencia de perspectivas como una forma de establecer jerarquías de poder.

En otro nivel de análisis el caso de Sergio narrado por Griselda, trabajadora social del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, plantea una contradicción y una convivencia: en la misma institución donde el enfoque desde la corporalidad y la participación observante fueron rechazados funciona un Taller de Movimiento con esa perspectiva. En un sentido no hace más que verificar la estrategia del Modelo Médico Hegemónico pero no termina ahí.

En este espacio lxs profesionales habilitan a borrar el límite que separa uno y otro lado al permitir ser conducidxs por lxs pacientes. Durante las prácticas el cuerpo, el sentir y el disfrute cobran relevancia, mientras que el padecimiento, los problemas y la dura realidad no desaparecen, sino que se pliegan hacia adentro, en una “interioridad de espera”, (Deleuze, 2015) siguen siendo parte del mundo pero en el Taller de Movimiento las normas cambian: en el juego de cambio de roles del “préstamo de corporalidades”, las reglas no pasan por el dominio (como en el mundo exterior) sino por subvertir el poder. Al mismo tiempo el desplazamiento de sentidos resignifica el trauma operando transformaciones subjetivas en un nivel micropolítico. Así, este ámbito se configura como un pliegue en el blindaje de “esas capas y capas del enfoque de la biomedicina que separan cuerpo y psiquis”, como decía Griselda.

Asimismo, desde la perspectiva de los profesionales, puedo afirmar lo que sostengo a modo de hipótesis: que el hacer desde el cuerpo produce un desplazamiento de las visiones sociales normativas operando transformaciones micropolíticas en el sujeto y en la red de sostén de vínculos próximos.

El enfoque de la fisiología de la percepción me permitió abordar el objetivo que refiere a *Indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y el movimiento* para explicar las operaciones cognitivas que afectan los niveles de registro de la conciencia. O sea, que cambios físicos a nivel cerebral y del sistema nervioso central se producen en un estado de excitación psicomotriz corporal, el caso de Sergio es un brote psicótico agudo. Sin embargo, hay un espectro o una gradación de los síntomas de acuerdo a la patología por ejemplo en un ataque de pánico o de ansiedad donde aparecen estados de “desrealización” y de perturbación de los sentidos el sujeto no está completamente fuera de sí. Recordemos que “el derrumbe” para Winnicott es corporal y cognitivo, es un estado de cosas que irrumpe en el mundo del sujeto (Winnicott, 1993) hackeando las estructuras defensivas del yo.

Destaco una cuestión que aporta al desarrollo del objetivo y es que (como expuse luego en los registros y en las entrevistas a los talleristas), las operaciones cognitivas y sensibles necesarias para capturar la realidad siempre están activas y operando. Todo el trabajo corporal, kinético, los sentidos, la propiocepción, la escucha sonora trabajan e impactan en esta capa, en este suelo neurofisiológico donde cerebro, imaginación y cuerpo son indisociables para la producción de lo real. Es aquí donde la creación de sentido y resignificación de las experiencias traumáticas mediadas por la emocionalidad, la afectividad y la psiquis tienen su anclaje.

El objetivo que trata sobre *los sentidos otorgados por los pacientes a los procesos creativos que se dan en los talleres de movimiento, teatro y musicoterapia en los contextos de tratamiento de recuperación*, fue analizado a través de la poesía. El ejercicio reflexivo de desplegar imaginarios y sentimientos mediados por las letras de las canciones, promovió en los pacientes la expresión de sus maneras de hacer, sentir

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

y pensar corporizadas. Al proyectar ese bagaje fuera de sí mismxs en la creación pudieron reconocerse en una situación de vida particular e interpelar los esquemas de percepción del *habitus* construido sobre el padecimiento y la locura.

Hay que considerar además cómo los efectos colaterales del tratamiento farmacológico complejizan la situación. Las experiencias asociadas al consumo de la medicación quedan supeditadas e invisibilizadas en pos de “compensar” al paciente y la inscripción corporal del impacto tiene un costo porque se suprimen ciertos síntomas pero se generan otros.

Aún así, al trabajar y vincularse sensiblemente estas disposiciones se objetivan, se materializan en el ejercicio artístico y desde ese lugar pudieron darse el permiso de hacer otra lectura sobre la valoración de sí mismxs y sobre los mandatos de productividad, autoestima y deber ser que responden a estándares socialmente impuestos. El proceso de subjetivación no es lineal, tiene sus propios tiempos y comprende otras áreas del dispositivo, porque a veces los desplazamientos ocurren en una práctica de teatro, por ejemplo y luego se continúan trabajando en el espacio de terapia y se socializan en conversaciones informales, también es a la inversa, el trabajo psicoanalítico decanta y se plasma en los talleres.

Una cuestión que se problematizó en mí luego de procesar la investigación es la noción “terapéutica” del arte. La visión que prevalece es la de un conjunto de prácticas sensibles y conocimientos que en el marco del tratamiento del padecimiento promueven el bienestar con un efecto catártico positivo. A mi juicio es una mirada parcial porque la relación entre el arte y la terapia se sigue enmarcando y pensando desde la lógica del dualismo metodológico de la biomedicina. Hay una tendencia a simplificar y evaluar superficialmente el acto creador y el concepto de creación en tanto

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

se reducen a una especie de “paliativo” dentro del tratamiento cuando en realidad la dimensión subjetiva *“...no es un punto de referencia descriptivo, es una profundidad de poesía al mismo tiempo que extensión no medible”* (Glissant, 2019).

Para Describir y analizar las transformaciones en los modos de ser, de estar y de relacionarse con y entre los pacientes del HdD en el marco de las actividades expresivas y talleres del dispositivo, la “categoría de “escucha” sintetizó esas modalidades. La actitud y la práctica de escuchar cobró una densidad que me permitió capturar en términos analíticos y descriptivos operaciones poéticas y kinestésicas: acompañarse, afinar los sentidos y el cuerpo para que la relación sea más armoniosa, estar atento y disponible a registrar una paleta de sensibilidades, la excitación y la velocidad como modos de ser íntimamente ligados con la experiencia. Tanto la creación de la canción como el estado de agitación corporal se expresaron performativamente en los cuerpos inquietos, entrando y saliendo del salón y en las imágenes y los versos del río que traga las piedras, que se transforma y luego renace en paz.

A la luz de este análisis es **en** el cuerpo donde se imprime el padecimiento cifrado en *habitus* y *hexis corporal*. Pero también **desde** el cuerpo suceden las transformaciones operadas por un conjunto de prácticas repetidas y adquiridas como “tecnologías del yo” que capacitan a lxs sujetxs a asumir el *cuidado de sí* y *gobernar*, en el sentido de conducir las intensidades que los desbordan hacia un registro que los aleje del padecimiento.

## 7. 2 Sobre lo moviente

A la hora de *indagar y describir el uso y la percepción del cuerpo y el movimiento en las prácticas sensibles y expresivas de los talleres, y su relación con el tratamiento*

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

*de recuperación*, en mi rol de etnógrafa ser yo misma instrumento de recolección de datos me capacitó para elaborar un conocimiento corporizado. Para objetivarlo en el análisis, convergieron múltiples perspectivas que me permitieron conectar: *el derrumbe de Winnicott, y la caída del self y en el plano físico* (Binswanger, 1963 retomado por Jackson), con *el gesto de soltar el peso* y abandonarse a la atracción gravitatoria que en la danza contemporánea Doris Humphrey llamó *caída y recuperación (fall and recovery)*.

En mis notas de campo y en los registros pude dar cuenta de cómo en las improvisaciones del taller de teatro y de movimiento la experiencia de caer y la noción de “la caída” llegó a un punto de saturación que adquirió densidad propia: el rotante reflexionaba sobre *la insistencia de la caída*, los participantes del taller expresaban verbalmente “te caés muy bien” o “se cayó mal”, *la información y empatía kinestésica* de las participaciones observantes me llevaban todo el tiempo a un mismo registro descriptivo de pesos, flujos y velocidades del cuerpo en movimiento.

Los enfoques presentados confluyen en afirmar la relación existente entre: el derrumbe de la organización defensiva del yo ante un estado de cosas impensado, con, la caída y la postura erguida como una relación psicofísica con el mundo. El eslabón que une ambas dimensiones es el arte y la poética a través de “la activación de la visión interior”: un ejercicio de visualización donde *“se confunden lo orgánico y lo imaginario, lo corporal y lo espiritual y que consiste en un trabajo del pensamiento del cuerpo cuyas resonancias se hacen sentir en el cuerpo mismo”* (Louppe, 2011). Esta operación multifacética y artesanal se reitera una y otra vez en las prácticas hasta incorporarse como un repertorio de “tecnologías del yo.”

La noción de **subjetividad moviente** que propongo deviene de estos encadenamientos teóricos. La condición existencial de la vida es moviente porque capturamos el mundo habitando conscientemente un cuerpo que imagina y *moviliza* percepciones, las significa poética y rítmicamente dotándolas de sentido. Lo moviente es indisociable de la corporalidad, permea capas sensoriales, afectivas y cognitivas que en combinación con la experiencia vital de la creación habilitan procesos de conformación de las subjetividades.

Desde esta perspectiva le doy sostén a la hipótesis en tanto puedo comprobar que el uso de la creatividad, el arte, las emociones y el cuerpo en los tratamientos de recuperación del padecimiento mental resignifican las experiencias de la vida cotidiana.

En el marco de este proceso, lxs pacientes crean un *registro de experiencias encarnado* que estará disponible para usarlo cuando algo de esa cotidianidad les resuene: cuando no puedan lidiar con la realidad, cuando lleguen a su estado límite, o se sientan incapaces de resolver situaciones “comunes” necesarias para integrarse en el entramado social. Las prácticas de los talleres les dieron herramientas para actuar, entonces ya no hay una sola forma de reaccionar al problema, ahora hay otra opción para elegir, una opción que la persona construyó para sí mismx, desde su propia singularidad hacia una práctica de libertad. Volver a tejer artesanalmente la autonomía y la capacidad de tomar decisiones restituye el poder de los sujetos padecientes sobre sí mismxs otorgándoles agencia y capacidad de acción para vincularse con el mundo desde un potencial creador.

Siempre hay algo que “se está moviendo”, las transformaciones no suceden ni en soledad ni en el vacío sino en la intersubjetividad que articula lo singular - colectivo generando desplazamientos en ese campo de fuerzas que es la normatividad social. Y,

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

como también sostengo en la hipótesis, esos movimientos reacomodan las tensiones y los posicionamientos causando transformaciones micropolíticas en la persona y en la red de sostén de vínculos próximos.

## Epílogo

Para finalizar quiero expresar lo que ha significado y significa para mí haberme acercado al padecimiento mental compartiendo estos espacios con quienes consideré “compañerxs” de taller. Más de una vez me confundieron con una paciente tanto los participantes como lxs profesionales, muchas veces me sentí mas cómoda en el pliegue del “adentro” que en el afuera de la vida con sus exigencias imponderables. Puedo decir que por momentos pude aproximarme y empatizar con el sentir profundo del padecer, y la reflexión que me queda es que el deber ser de las normas sociales, la violencia y la eficacia con la cual se nos impone a cada unx son implacables, y uno de los precios que se pagan por no calzar en la la estructura y en la matriz , es culparse por no encajar, por no poder actuar ni ser ni sentir como impone la sociedad, como todo el mundo hace.

Esa culpa social se encarna como un castigo implícito que nadie afirma pero que todxs saben y lidiar con ello es durísimo, para quien padece y para sus seres queridos, y es muy difícil hacer juicios siendo espectadrx. Estuve al lado de personas “enormes” porque, hay que tener mucho coraje para aceptar esa realidad, reconocer que estás en ese lugar porque sí, porque te pasó y aún así no estar dispuestx a ser la víctima, sino dar la pelea. Lo que a mí me conmovió es la ternura y alegría que sentí cuando

conectaban con sus singularidades, comprendí que sólo desde ahí pueden perdonarse por no ser lo que el mundo y el entorno familiar les impone.

En otras palabras, se distancian del castigo, un trabajo imposible de llevar a cabo sin primero darse amor.

El proceso completo de esta tesis fue de investigación-creación. El desarrollo de la misma será, en todo caso, una continuidad de este trabajo que no incluyo en el actual proyecto porque me demanda una elaboración y un tiempo excesivos. Pero hago la mención porque la objetivación de lo sensible etnográfico a la que refiere Roa (2015) fue una dimensión fundamental para la comprensión y el despliegue de un saber que justamente excedió las formas y lógicas de escritura académica. Es decir, no podría haber llegado a las conclusiones, ni podría haber reflexionado si paralelamente no hubiese creado danza en un formato que llamo *indicios*, (ya que la “obra” me parece un término un poco problemático). El Indicio performático se llama “*Temporal*” *Etnografía de un palo borracho*. Quedará como un desafío pendiente desarrollar la escritura del proceso de investigación creación, los nexos entre ambos y el análisis. Actualmente estoy haciendo la edición del video.

Como una manera de incluir la obra en este trabajo, las imágenes son fotografías que tomó Tadeo Bourbon en las funciones que se realizaron en 2017.

*Buenos Aires, 11 de julio de 2022*



GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

### **Bibliografía citada.**

Achili, Elena Libia. (2005) *“Investigar en antropología social”: Los desafíos de transmitir un oficio.* Rosario, Sante Fé. Argentina. Laborde Libros Editor

Amarante, Paulo, Guimarães Torre Eduardo Henrique (2017). *“Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil.* dossiê: O governo da Saúde Mental em Portugal e no Brasil • Interface 21 (63) • Oct-Dec 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>

Ardila Gómez, S; Rosales ML; Fernández MA; Velzi Díaz A; Matkovich A; Agrest M. “Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. Revista Argentina de Salud Publica. 2021;13 Supl COVID-19:e26. Publicación electrónica 19 Abr 2021. [https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO\\_Ardilae26.pdf](https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Ardilae26.pdf)

Barber, Nélida Alicia. (2009) *“¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en los servicios de salud”.* Revista Avá N° 15. Pág. 259

Bardet, Marie (2018) *“Correspondencia: un uppercut al dualismo “/ René Descartes; Marie Bardet; Elisabeth de Bohemia y del Palatinado; compilado por Marie Baardet.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Cactus

Benasayag, Miguel. (2015) *“El cerebro aumentado, el hombre disminuido”* Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós

\_\_\_ (2019) *“La singularidad de lo vivo”.* Buenos Aires, Argentina. Prometeo libros.

Bourdieu, Pierre. (1999) *“Meditaciones pascalianas”* España, Barcelona. Editorial Anagrama.

\_\_\_ (2007) Bourdieu, Pierre *“El sentido práctico”.* Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo XXI

Bovino, Betina Mariel. *“El arte como un espacio posible de intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental”* (2021) Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. VIII / N° 14 / marzo 2021 - agosto 2021. ISSN 2362-616x. (pp. 219-232). SIPUC. FCPyS. UNCuyo. Mendoza  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElArteComoUnEspacioPosibleDeIntervencionProfesional-7822697.pdf>

Butler, Judith. (2018). *“Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo”*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Paidós.

Cabrera, Paula; Faretta. Florencia; Lozano Rivera. Camilo; Pepe María Belén. (2011) *Equipo de Antropología de la Subjetividad*. OPFYL. Buenos Aires, Argentina

Cabrera, Paula. (2014) *“Propuesta teórico metodológica para el estudio de la subjetividad desde una perspectiva antropológica”* En: *Revista Virajes*, Vol. 16, No 1. Manizales: Universidad de Caldas

\_\_\_\_ (2017) [et.al] *“Antropología de la subjetividad”*. Compilado por Paula Cabrera. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Casales García, Roberto. (2019). Apercpción y conscientia en la ontología monadológica de Leibniz. *Veritas*, (43), 49-67. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732019000200049>

Castillo Parada, Tatiana (2018). *“Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos”*. *Salud Colectiva*, 14(3) ,513-529 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73158180010>

Citro, Silvia; Podhajcer, Adhil ; Luz ROA; Rodríguez, Manuela (2020) *“Investigar desde la performance. Un abordaje comparativo del teatro etnográfico y las intervenciones performáticas participativas”* *Revista electrónica Universidad de Jaén* N°20. <https://doi.org/10.17561/rae.v20.02>

Citro, Silvia (2010) *“Cuerpos plurales” Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires. Editorial Biblos

Csordas, Thomas *“Embodiment as a paradigm for anthropology”* Thomas J. Csordas. *Ethos*, Vol. 18, No. 1. (Mar., 1990), pp. 5-47. Published By: Wiley. <https://www.jstor.org/stable/640395>

Daray. Federico. M (2015) *“La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental”*. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XXVI: 382-389

Deleuze, Gilles. (2015). *“La subjetivación: curso sobre Foucault III”*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Cactus.

Desjerlais, Robert.1992 *“An aesthetic experience”* En *Body an emotion. The aesthetic of illness nd healing in the Nepal himalayas*. University of Pennsylvania Press. Philadelphia.

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

Evaristo, Pasquale. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>

Fabris, Fernando. “*La transformación de la locura en la experiencia de los Talleres Creativos Artísticos de Melchor-Romero*” (2008)

Ferigato, Sabrina; SY, Anahi y Resende Carvalho, Sérgio. (2011) “*Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda*”. *Salud colectiva* [online]. vol.7, n.3 pp. 347-363. Pág. 14, 17 y 18

Fernández Álvarez, María Inés. “*Hacer juntos (as)*” *Dinámicas, contornos y relieves de la política colectiva*. Buenos Aires, argentina. Editorial Biblos

Foucault. Michel. (2007)). “*Nacimiento de la biopolítica*”: Curso en el College de France. 1978-1979, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

\_\_\_\_ (2019) “*Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*”. Buenos Aires Siglo Veintiuno Editores.

\_\_\_\_ (2008) “*Tecnologías del Yo*” Buenos Aires. Editorial Paidós.

\_\_\_\_ (1993). de la locura en la época clásica. I. Santa Fé de Bogotá. D.C Fondo de Cultura Económica

\_\_\_\_ (1993). de la locura en la época clásica. II. Santa Fé de Bogotá. D.C Fondo de Cultura Económica

\_\_\_\_ (1993). de la locura en la época clásica. III. Santa Fé de Bogotá. D.C Fondo de Cultura Económica

Freud, Sigmund “*Neurosis y Psicosis*”, O. C., V XIX, Amorrortu Editores.

Glissant, Édouard. (2019) “*Filosofía de la relación: poesía en extensión*” dirigido por Silvina Marí; prólogo de Walter Mignolo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Miluno Editorial

Guattari, Félix; Rolnik, Suely. (2013) “*Micropolíticas. Cartografías del deseo*” Buenos Aires. Editorial Tinta Limón.

Guittar, Katrine. “*Using dance /body therapy with a trauma population*”  
[https://drive.google.com/drive/folders/1Mi6\\_oTf2pY1WKjcn9EW0VIH9v7vsQno0](https://drive.google.com/drive/folders/1Mi6_oTf2pY1WKjcn9EW0VIH9v7vsQno0)

Guber, Rosana. (2001). “La entrevista etnográfica o el arte de la no directividad”

GD-2023-00139484-UBA-DME#FFYL

La etnografía. Método, campo y reflexividad. Capítulo 4  
[https://www.edumargen.org/docs/curso46-10/unid02/apunte03\\_02.pdf](https://www.edumargen.org/docs/curso46-10/unid02/apunte03_02.pdf)

Hanna, Thomas, 1995 « What is somatics? », in Johnson, Don Hanlon (Ed.), Bone, breath, and gesture: Practices of embodiment, éd. North Atlantic Books, Berkeley, pp. 341-352

Hyvönen, Katriina; Pylvänäinen, Päivi; Muotka, Joonas and Lappalainen, Raimo  
 “The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland” (2020) Journal Frontiers in Psychology . Vol 11

URL=<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.01687>

DOI=10.3389/fpsyg.2020.01687 ISSN=1664-1078

Iglesias Colillas, Ignacio G. (2016). Metodología y construcción del caso Schreber: un prefacio olvidado. Anuario de Investigaciones, XXIII,75-81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696046>

Jahoda.M (1958) “*Current concept of positive mental health*”. Basis Books. N.Y.

Laban, Rudolf.( 1987) “*El dominio del movimiento*”Madrid , España. Editorial Fundamentos

Loupe, Laurence. 2011. “*Poética de la danza contemporánea.*” Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

Malinowski, Bronislaw (1986) “*Los argonautas del Pacífico occidental*”; Ed. Planeta-De Agostini, S.A Barcelona (orig.1922)

Miranda Hiriart, Gonzal (2018) “¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Utopía y praxis latinoamericana n°. 83 octubre-diciembre 2018, PP.86-95.Revista Internacional de filosofía y teoría social. CESA-FCES. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela

Menéndez, Eduardo L. “*Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*”. Salud Colectiva [online]. v. 16 [Accedido 12 Octubre 2020] , e2615. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>>. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.

Menéndez, Eduardo L. “Morir de alcohol : saber y hegemonía médica / Eduardo L. Menéndez”. - 1a ed ampliada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva / Spinelli, Hugo ; Archivo Digital: descarga y online [https://drive.google.com/file/d/1PLm03Uh\\_VHJhuFqyA4Rnniz2MVvGnO04/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1PLm03Uh_VHJhuFqyA4Rnniz2MVvGnO04/view?usp=sharing)

Morandín-Ahuerma, Fabio. (2019). “*La hipótesis del marcador somático y la neurobiología de las decisiones*”. Escritos de Psicología (Internet), 12(1), 20-29. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2019.1909>

Payne, Helen. (2017). The Psycho-neurology of Embodiment with Examples from Authentic Movement and Laban Movement Analysis. American Journal of Dance Therapy. 39. 1-16. 10.1007/s10465-017-9256-2.

Puglisi, Rodolfo. “*Etnografía y participación corporal. Contribuciones metodológicas para trabajo de campo*”. Revista Latinoamericana de metodología de la investigación social.Nº 17. Año 9. Septiembre -Octubre 2019. Argentina ISSN 18536190. pP20-35

Puglisi, Rodolfo. “*Etnografía y participación corporal. Contribuciones metodológicas para trabajo de campo*”. Revista Latinoamericana de metodología de la investigación social.Nº 17. Año 9. Septiembre -Octubre 2019. Argentina ISSN 18536190. Pp 20-35

Rassial, J (1991)“El sujeto en estado límite”. “. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina

Ranciére, Jacques “*La indeterminación del movimiento*” Entrevista de Marie Bardet a Jacques Ranciére. Traducción: Felipe Kong (sin fecha)

Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Revista Fac Nac de Salud Pública 30 (2), pp. 202 – 211.

Rivera Cusicanqui, Silvia. (2015) “*Contra el colonialismo interno*” nota de Verónica Gago Revista Anfibia. <https://www.revistaanfibia.com/contra-el-colonialismo-interno/>

Roa, Luz. (2017) Apuntes sobre la construcción de un conocimiento encarnado. Seminario Permanente IDES-CONICET. Centro de Antropología Social. El teatro etnográfico como performance-investigación.

Rolnik,Suely. “*Cartografía sentimental*”  
<https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>

Rubin, María Eugenia. Ponencia de su tesis de licenciatura “Desmanicomializarse. La producción de subjetividad en el Frente de Artistas del Borda. 2017. Actas de las II Jornadas Performance Investigación 2017

Tosta Berlinck, Manoel. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. Salud mental, 32(4), 265-267. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&tlng=es).

Winnicott, Donald. W. (1993) *“El miedo al derrumbe”*. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Zerillo Ana María (2006) *“Prácticas de escritura en el campo de la salud mental”* La escritura en el taller de letras en el Frente de Artistas de Borda. Tesis para la obtención del Título de Magister de la Universidad de Filosofía y Letras de Buenos Aires en Análisis del Discurso.

#### Documentos y publicaciones on-line

Ley Nacional de Salud Mental 26.657

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Decreto Reglamentario 603/2013

<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 3506029

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)

Cuál es la evidencia del rol de las artes en el mejoramiento de la salud y el bienestar? Una revisión de alcance

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054553>

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019>

<https://www.cels.org.ar/web/2019/06/salud-mental-el-poder-ejecutivo-debe-adecuar-la-regulacion-a-la-ley-vigente/>

<https://www.lavaca.org/notas/entrevista-a-suely-rolnik/>

El elogio del conflicto. Entrevista a Miguel Bnesayag. Revista Topía. (2011)

<https://www.topia.com.ar/articulos/elocio-del-conflicto-entrevista-miguel-benasayag>

<https://www.topia.com.ar/articulos/el-padre-de-la-antipsiquiatr%C3%AD-vivi%C3%B3-en-la-argentina>