



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Luciérnagas entre blanco y negro:
Una reivindicación de la experiencia

Trabajo Final de Grado
Ensayo académico

Estudiante: Mikaela Heuman Goldszer

Docente tutora: Prof^a. Agda. Dra. Gabriela Etcheverry Catalogne

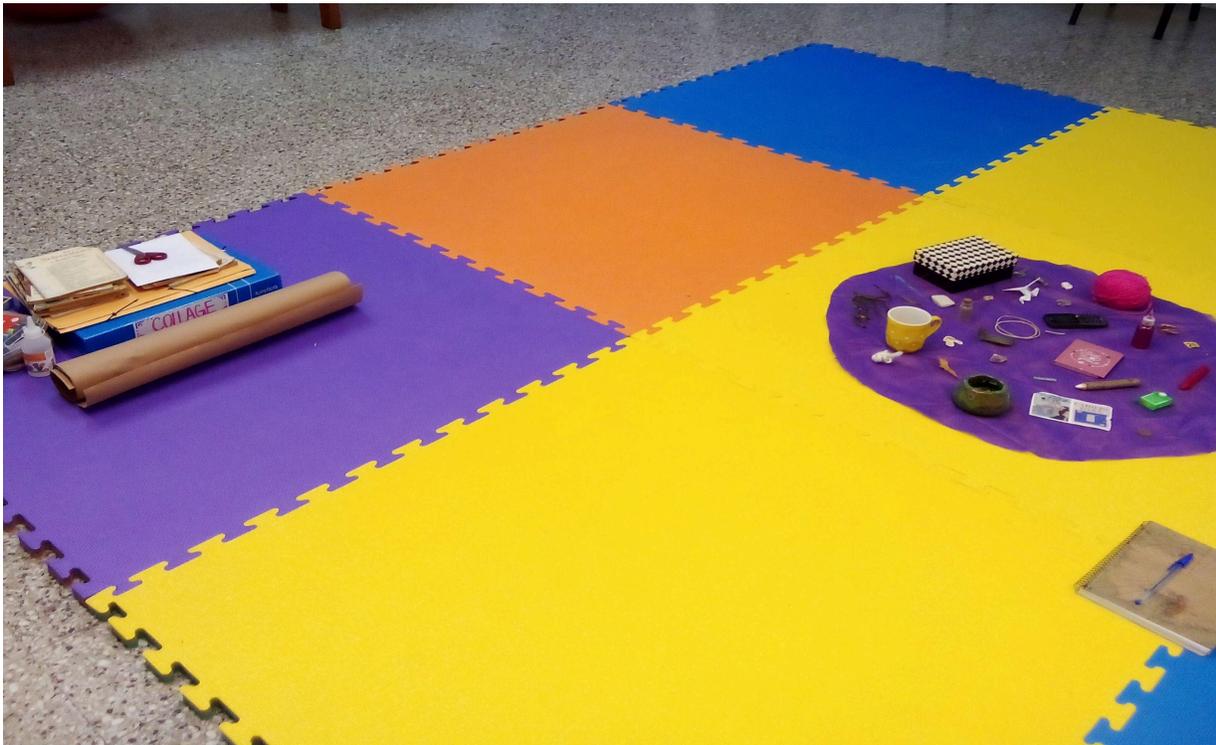
Docente revisor: Prof. Tit. Luis Giménez Guralnik

Montevideo, Uruguay

Abril, 2025



1



2

1 Pasillo del Hospital Maciel. Nota. Reproducido de *Hospital Maciel* [Fotografía], por Lliconsult, 2013, Lliconsult (<https://www.lliconsult.com/proyectos/salud/item/hospital-maciel.html>). Todos los derechos reservados.

2 Taller de Recursos Expresivos en la Sala Larrañaga.

**Gracias a los usuarios
del Hospital Maciel,
quienes sugirieron incontables
veces que debía hacerse
un libro con los emergentes
de los talleres.**

¿Qué es el amor?

Dos pájaros con frío

¿Vos lo decís por experiencia?

Hay que hacer un best seller

ÍNDICE

Huellas que dirigen	4
Introducción	6
Situando la experiencia	8
El Hospital Maciel y la Sala Larrañaga	8
Los talleres	11
¿Qué son y cómo se llevan a cabo?	11
Una línea dentro de los dispositivos	14
Creación a partir del vacío	16
Deseos encandilados	20
Encuentros y desencuentros	24
¿Qué sucede con el cuerpo?	30
Luciernágas	33
Sostener la tensión	37
¿Para qué hacer talleres en la sala de internación de salud mental?	39
Cierre rizomático	41
Referencias bibliográficas	44

Huellas que dirigen

*Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.
A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo
que somos un mar de fueguitos.
—El mundo es eso —reveló—. Un montón de gente, un mar de fueguitos.
Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales.
Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores.*

-Eduardo Galeano, El libro de los abrazos

Cuando estaba en la escuela, la maestra mandó a aprender de memoria este poema de Galeano. Como alumna obediente y exigente, lo hice sin dudar, ya que se iba a tener que recitar frente a padres y compañeros. Al llegar el momento de compartirlo, me ví sorprendida ante la comprensión de que había sido la única de toda la clase que lo había aprendido. Desafiando a la vergüenza, lo recité enfrente de todos. Ese momento dejó una huella en mi psiquismo, porque nunca más se me olvidó. El poema me marcó y generó una convicción que me impulsa a vivir desde el interés por conocer los colores y la luz de cada *fueguito* que se presenta ante mi. Desde este lugar y con la psicología como puente, me fui acercando a distintas poblaciones y contextos: cárceles, hospitales, oficinas, liceos, entre otros.

Pero también existen otras huellas relevantes en mi camino. A los 7 años comencé a asistir a un movimiento juvenil judío de educación no formal, Habonim Dror³, donde participaba de talleres todos los sábados. En estos espacios, mediante el juego, el arte y la grupalidad, se enseñaban valores, tradiciones y se fomentaba la reflexión sobre diferentes temáticas. A los 16 años, empecé a coordinar estos talleres, liderando grupos de niños y adolescentes. Todas las actividades que realizábamos se estructuraban a partir de distintos objetivos, cada propuesta contaba con significados y sentidos.

Habonim Dror es un término que proviene del hebreo y significa "constructores de la libertad". Encuentro una paradoja interesante en cómo los talleres me han reencontrado en la sala de internación de salud mental del Hospital Maciel: un espacio de encierro, pero esta vez no desde el ámbito de la educación, sino desde la psicología. Y sin embargo, se podría decir que en este encierro también se busca, de alguna manera, la construcción de libertad. Una libertad que a veces se experimenta desde la conexión con lo simple: en la posibilidad de

3"Habonim Dror es un movimiento comprometido con el desarrollo de jóvenes libres y conscientes que integren y lleven a la acción los valores de compañerismo, respeto, empatía, justicia social, pensamiento crítico y pluralismo" (Habonim Dror Uruguay, s.f.).

habitar el sentir, de detenerse, de conectar con otras personas. Desde febrero del 2024 a enero de 2025 realicé el practicantado de ASSE⁴ (Convenio entre Facultad de Psicología y ASSE) en este hospital, formando parte de los talleres de Conexión Musical y Corporal, Recursos Expresivos y Cine Foro. Estos fueron parte de un ciclo de talleres realizado por el equipo de practicantes y residentes de psicología de lunes a viernes en la Sala Larrañaga.

El taller me conforma desde diversas perspectivas: distintos enfoques, instituciones, poblaciones, objetivos y mediadores. Cada contexto le otorga un sentido particular, pero, sin importar las variaciones, el taller siempre está presente, actuando como un componente esencial en mi formación personal y profesional. Al recordar mi paso por Habonim Dror, reconozco cómo, sin darme cuenta, fui incorporando prácticas y vivencias que marcaron mis futuras implicaciones. Crecí en la grupalidad, en los talleres, en la metáfora a través del juego, en el trabajo en equipo y en los avatares de la comunicación. Podría decir que, aunque físicamente ya no pertenezca, la institución me sigue habitando. Estos aspectos se ven relacionados con el concepto de implicación institucional que refiere a las relaciones, conscientes o no, que establecemos con el sistema institucional en el que estamos inmersos (Acevedo, 2002).

He elegido centrar mi Trabajo Final de Grado en mi experiencia de talleres en el Hospital Maciel, porque estos son espacios que conllevan gran reflexión y un análisis constante. Cada encuentro fue único debido a que la población se renueva continuamente, introduciendo desafíos y dinámicas diferentes. Además de que forman parte de una internación que representa un corte transversal en la vida de los participantes, por lo que se dan, a mi entender, en un espacio-tiempo particular. Al momento de elegir el tema, así como al comenzar a escribirlo, me surgieron numerosas dudas debido a que para mí, lo más importante era que me fuera significativo. Creo que las cosas cobran sentido cuando uno se siente conectado emocionalmente con ellas de alguna forma.

Es que, en primer término, todo conocimiento es interesado, no existe ciencia si no hay conciencia de ello, de que cuando se busca conocer un fenómeno siempre estamos movidos por intereses particulares. En teoría el problema es que no existe conocimiento posible sin algo que lo motive, sin una pasión que lo impulse a conocer tal o cual

4 "La Administración de los Servicios de Salud del Estado realizará anualmente y a partir del año 2010, un llamado a 36 estudiantes del último año de la formación para la realización de Practicantados en el marco de los Servicios de Salud que se encuentran en la órbita de ASSE [...] El Practicantado tendrá una duración de 1 año y una carga horaria de 40 horas semanales distribuidas entre la tarea de atención (25 hs.) y las actividades académicas (15 hs.)" (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE] y Universidad de la República, Facultad de Psicología., 2010, p. 5).

fenómeno, sin una necesidad vital que lo empuje hacia un verdadero cambio. (Álvarez Pedrosian, 2007, p. 31)

La pregunta de para qué hacer talleres en una sala de internación de salud mental llegó a mí con tanto ruido que no pude ignorarla. Partía de dudas que reconozco no son solo mías; están profundamente atravesadas por mis implicaciones en una sociedad donde el arte, el juego y la música suelen ser relegados a un segundo plano e infravalorados. Además, los talleres se dan en el contexto particular de un hospital, donde el paradigma que impera es el médico y aunque la psicología ha ido ganando terreno y valoración, a menudo siento que debemos cuidar y justificar nuestro lugar. También reflexiono sobre todo lo que se pone en juego en un taller. A veces, la incomodidad que genera planificar un movimiento distinto se transforma en satisfacción al ver lo que provoca. Sin embargo, pienso en lo difícil que resulta, en ocasiones, salir de la palabra y explorar otras formas de expresión desde la psicología.

A partir de lo dicho y de lo no dicho, se desprenden mis implicaciones institucionales, libidinales, religiosas, afectivas e ideológicas con respecto al tema, e incluso las resistencias que también me genera (Acevedo, 2002), por lo que me digno a comenzar este viaje donde seguiré poniendo en juego lo que me atraviesa para poder dilucidar qué es lo que me convoca a estar escribiendo.

Introducción

Didi-Huberman (2012) menciona que la traducción de la experiencia humana ha devenido imposible por la prevalencia de dos extremos: una oscuridad absoluta o una luz cegadora. La oscuridad evoca los momentos más terribles de la humanidad: fascismos, guerras y catástrofes que privan al ser humano de su capacidad de experiencia, debido a la crueldad a la que se enfrenta. Esto ha provocado que el arte de contar se haya convertido en algo extraño, y por tanto la figura del narrador se encuentra en peligro de extinción (Benjamin, 2009). Tras la Primera Guerra Mundial muchas personas volvían mudas, incapaces de expresar lo vivido. “Es como si nos hubiéramos visto privados de una facultad que nos parecía inalienable, la más segura de todas: la facultad de intercambiar experiencias” (Benjamin, 2009, p. 59). Sin embargo “sabemos hoy que para destruir la experiencia no hay necesidad de una catástrofe: la vida cotidiana en una gran ciudad basta perfectamente, en tiempos de paz, para garantizar este resultado” (Agamben, 2007, p. 8). Debido a la saturación mediática y a la multiplicidad de estímulos a los que el ser humano se encuentra expuesto constantemente, surge un exceso de

luz donde nada pareciera en conflicto, pero si se mira bien se pueden apreciar las marcas en los cuerpos. Ante tal sobrecarga, se dificulta la aprehensión de la vida cotidiana y el procesamiento de las vivencias.

En este contexto, se introduce la metáfora de las luciérnagas: pequeñas luces que aparecen efímeramente en la oscuridad. Estas no emiten un gran resplandor, sino una luz frágil y espectral, que representa una resistencia esencial: "...esa alegría inocente y poderosa que aparece como una alternativa a los tiempos demasiado oscuros o demasiado iluminados del fascismo triunfante" (Didi-Huberman, 2012, p. 14). En nuestra época, caracterizada por el consumismo y un declive cultural que convierte la cultura en una mercancía más, Didi-Huberman (2012) señala que el infierno se encuentra iluminado y bajo estos intensos reflectores las luciérnagas se esconden porque quedan encandiladas, lo que las vuelve más difíciles de percibir.

El presente trabajo parte de la narración, cuestionamiento y análisis de los talleres realizados en la sala de internación de salud mental del Hospital Maciel, buscando la posibilidad de generar palabras-luciérnagas. El objetivo es evitar que lo vivido se diluya por la falta de representación, permitiendo que la experiencia permanezca y sea reivindicada frente a la vorágine cotidiana, tanto dentro del hospital como fuera de él. Este trabajo se tejerá en torno a tres preguntas clave: ¿para qué hacer talleres en una sala de internación de salud mental?, ¿qué producen? y ¿cómo interactúan con el dispositivo en el que se encuentran inmersos? Se utilizará para este cometido el "paradójico recurso de semejante resistencia del pensamiento, de los signos y de las imágenes a la 'destrucción de la experiencia'" (Didi-Huberman, 2012, p. 117). Por lo tanto se partirá de recursos que remiten a la observación-participante de quien escribe. Aquellos son los registros de emergentes de cada taller, el diario de campo donde se recopilan distintas experiencias y observaciones, y encuestas realizadas a los usuarios una vez que se les brinda el alta. En este trabajo, para distinguir claramente las voces de los usuarios, todas las citas textuales extraídas de los emergentes y de lo expresado directamente por ellos serán presentadas en cursiva.

La recuperación de los registros de emergentes es una modalidad teórica y técnica propuesta para el trabajo con grupos por Pichon-Rivière (1982), que da cuenta de la intersección entre múltiples dimensiones. Etcheverry (2022) señala que es una herramienta que permite diversas lecturas y significaciones, sosteniéndose en la idea de que, si un emergente aflora, es porque el campo de fuerzas en el que se encuentra inmerso lo hace posible (Bauleo,

s.f., como se citó en Etcheverry, 2022). En este trabajo, los emergentes que se utilizan son palabras, gestos y acciones que se unieron en un texto en cada taller, formando una red simbólica de significados compartidos. La selección de algunos registros, en base a las preguntas que se plantean, será la principal guía con la que se cuenta para acceder a los talleres. Los emergentes producirán un mapa, un camino rizomático que no pretende calcar a los talleres, sino continuar construyendo el análisis de lo que se trabajó allí. “Una de las características más importantes del rizoma quizá sea la de tener siempre múltiples entradas” (Deleuze y Guattari, 2004, p. 18). Por este motivo es que se escogió la modalidad de ensayo académico para bosquejar y esbozar este mapa, entendiendo que su apertura es posibilidad de que el deseo y la creatividad circulen por estas líneas sin otra imposición que la de brindar palabras a lo vivido.

Los talleres que se analizan en este trabajo son los de Conexión Musical y Corporal, Recursos Expresivos y Cine Foro. Se eligen los tres porque, más allá de la utilización de mediadores distintos, se considera que la potencia radica en lo que se produce en ellos como espacios en sí mismos. El trabajo se basa en las similitudes del encuadre de taller, y no en las diferencias que puedan surgir a partir de los recursos empleados. Los talleres de Recursos Expresivos y Cine Foro que se tienen en cuenta en este trabajo incluyen el período de febrero de 2024 a enero de 2025, mientras que el taller de Conexión Musical y Corporal, fue una incorporación al ciclo de talleres que ya se realizaba, llevado a cabo de septiembre de 2024 a enero de 2025.

Situando la experiencia

El Hospital Maciel y la Sala Larrañaga

El Hospital Maciel es un centro de salud público y una de las Unidades Ejecutoras de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), situado en el barrio Ciudad Vieja del departamento de Montevideo. Su origen se remonta al 17 de junio de 1788, cuando fue fundado bajo el nombre de Hospital de Caridad, respondiendo a la necesidad de brindar atención médica a la población más vulnerable de Montevideo. Reconocido como un hospital de referencia en diversas especialidades, también funciona como hospital escuela, integrando la asistencia con la formación académica. En sus instalaciones, realizan prácticas y residencias estudiantes y profesionales de distintas disciplinas (Hospital Maciel, s.f).

El hospital puede pensarse como un dispositivo en el sentido foucaultiano. Constituyendo así un entramado de relaciones de poder, saber y subjetivación que configuran modos de ser y de actuar dentro de sus muros. Siguiendo la definición de Deleuze (1990), el hospital se presenta como una madeja de líneas heterogéneas: relaciones jerárquicas, disciplinas, discursos médicos, equipos interdisciplinarios, dinámicas de internación, tratamientos ambulatorios, consultas individuales y grupales, atención en emergencia, prácticas de estudiantes, trayectorias de profesionales, entre muchas otras. Pensar el hospital como dispositivo permite comprenderlo como un productor de sentido que establece su propio régimen de luz, determinando qué emerge y qué desaparece en su interior. No todo es igualmente visible, quedando ciertos discursos, roles y espacios iluminados, mientras que otros se disuelven en la penumbra.

En esta curva de visibilidad del dispositivo, lo primero que se impone a la vista al ingresar al hospital es su infraestructura edilicia. A lo largo del tiempo, esta ha experimentado múltiples renovaciones y expansiones, y más de cien años después de su reinauguración (tomando su nombre actual en 1911) todavía mantiene gran parte de su estructura original y el diseño neoclásico italiano (Hospital Maciel, s.f.). El hospital está recubierto de baldosas blancas y negras que remiten, inevitablemente, a un tablero de ajedrez. Un tablero donde las piezas –profesionales, usuarios, saberes– se mueven según ciertas reglas, atravesadas por una lucha de fuerzas que las enfrenta y genera expectación por quién tomará la delantera. Cada paso sobre ese piso parece condensar la tensión constante entre salud y enfermedad, cuerpo y mente, claridad y oscuridad, pasado y futuro, adentro y afuera.

Como plantea De Brasi (1990), estas tensiones reflejan la representación dual del mundo, donde ciertos elementos parecen haber estado separados desde siempre, generando la ilusión de que fuera de esta división no podría existir nada más que el caos, la no-ciencia y el delirio. Sin embargo, estos pares opuestos no siempre existieron como tales sino que en sus orígenes formaban parte de una misma unidad, que fue posteriormente fracturada. A partir de esa escisión, se hizo necesario construir estructuras que la sostuvieran, como modos de pensamiento, instituciones y prácticas que reforzaran la lógica binaria. Desde esta perspectiva, es que se dice que el tablero de ajedrez “no es sólo pintura, sino que es también arquitectura” (Deleuze, 1990, pp. 155-156), configurando a partir de él los modos en que el hospital se habita y se experimenta.

Dentro del Hospital Maciel, la Sala Larrañaga funciona como un dispositivo de la Unidad de Salud Mental. Fue inaugurada y remodelada en 2016, en concordancia con el cambio de modelo de atención en salud mental⁵ (ASSE, 2016). Según el informe de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo [INDDHH] (2024), la sala está orientada a la atención intensiva de personas mayores de 15 años que atraviesan trastornos mentales en etapas agudas. Su objetivo es ofrecer un abordaje especializado, intensivo, integral e interdisciplinario a través de una internación breve que permita estabilizar al usuario y encauzar un proyecto terapéutico a largo plazo.

La sala es un espacio cerrado donde las personas usuarias no pueden circular libremente, y su egreso está condicionado a una autorización médica, una orden judicial o, de forma excepcional, a una solicitud personal de alta con contraindicación profesional. Con una capacidad para 8 personas, distribuidas en 4 camas para mujeres y 4 para hombres, la sala se divide entre cupos para salud mental y adicciones. Los principales motivos de ingreso incluyen descompensaciones agudas de patologías psiquiátricas crónicas, tratamiento de desintoxicación de drogas, intentos de autoeliminación (IAE), trastornos de alimentación, entre otros (INDDHH, 2024).

Cuando un usuario ingresa a la Sala Larrañaga, la dicotomía entre el blanco y negro se intensifica. La persona ingresa porque se encuentra en un momento de “oscuridad” (Didi-Huberman, 2012), caracterizado por la exacerbación de síntomas que generan un gran sufrimiento. Además, como señala Goffman (1984), este proceso puede confirmar la sospecha interna de qué algo negativo le está sucediendo e intensificar lo ansiógeno de la enfermedad. Una internación representa un corte transversal en la vida de los usuarios, interrumpiendo abruptamente sus rutinas y dejándolos en un estado de vulnerabilidad. Se encuentran desprovistos de sus satisfacciones y defensas conocidas, enfrentan una convivencia forzada, restricciones de movimiento y acción, y se someten a una autoridad jerárquica. “Los pacientes suelen sentir la internación, al menos durante un tiempo, como una privación injusta y masiva de todas sus posesiones...” (Goffman, 1984, p. 146).

En la Sala Larrañaga del Hospital Maciel, esta condición de privación se manifiesta en normas específicas: si bien existen patios, no están habilitados para quienes se encuentran internados, sino que solo pueden observarlos a través de una ventana. Además, está prohibido

⁵ El nuevo modelo de atención en salud mental, impulsado por la Ley N° 19.529, se basa en un enfoque de derechos humanos. Según el artículo 2 de dicha ley, “la protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental” (Uruguay, 2017, art. 2).

fumar, no se puede tomar mate después de las 18 horas, las visitas familiares están restringidas, las llamadas telefónicas solo se permiten dos veces por semana y bajo supervisión de enfermería, el acceso a dispositivos tecnológicos está prohibido, y se sanciona el contacto físico entre usuarios, pudiendo incluso derivar en la expulsión de la sala (INDDHH, 2024).

Estas regulaciones, aunque orientadas al resguardo del orden y la seguridad, generan un clima de frustración y malestar entre las personas internadas, quienes frecuentemente expresan su descontento y resistencia frente a ellas. Desde este lugar es que afloran los reflectores que Didi-Huberman (2012) menciona. Los usuarios se encuentran iluminados intensamente por un foco que sobreexpone sus cuerpos, revelando y reglando sus conductas, historias y deseos, "... no hay en la vida pasada ni presente del paciente mental un solo segmento que se sustraiga a la autoridad ni a la jurisdicción del dictamen psiquiátrico" (Goffman, 1984, p. 159).

Los talleres

¿Qué son y cómo se llevan a cabo?

Para comenzar a situar a los talleres dentro de la estructura del hospital y de la sala de internación, es importante comprender en primer lugar qué es un taller.

El término "taller" tiene múltiples significados y ha sido adoptado en diferentes contextos. Según la Real Academia Española (RAE, 2024), "taller" tiene tres acepciones principales: lugar de trabajo manual, escuela o seminario, y grupo de colaboradores que trabajan con un maestro. Su origen etimológico proviene de la palabra francesa "atelier", que se refiere al espacio donde trabajaban artistas plásticos o escultores. En estos lugares, los artistas intercambiaban conocimientos o los aprendices acudían para formarse bajo la guía de un maestro. Además, "atelier" deriva del vocablo "astelle", que significa "astilla", haciendo referencia a los astilleros, sitios dedicados a la construcción o reparación de barcos (Cano, 2012).

Cano (2012) profundiza en cómo el taller, dentro de la educación popular, sigue relacionándose con las concepciones primigenias, mencionando que es "de algún modo un lugar en el que se trabaja, se crean obras, se comparten conocimientos, se esculpen nuevas formas, y se reparan barcos para emprender nuevos viajes" (p. 9). Su propósito es provocar

aprendizajes significativos y cambios en las circunstancias y en los propios participantes, lo que implica que quien participa no sale de la misma forma que ingresa. García (1997) plantea que la concurrencia y participación del taller se fundamenta en la voluntad personal de los participantes, más que en su imposición, de lo contrario puede generar variadas resistencias. Se puede expresar que el taller deviene en una experiencia social a medida que los participantes interactúan a partir de la realización de una misma tarea, modificando su rol de pasivo a protagónico en el aprendizaje. Se entiende por aprender al proceso de conocer e investigar la realidad para poder realizar modificaciones tanto en ella como en sí mismos. De alguna manera, el tránsito por el taller provoca un cuestionamiento de modelos aprehendidos, actitudes y comportamientos.

El taller no puede pensarse sin sus coordenadas espaciales, vinculares e institucionales. Su potencia radica no sólo en su propuesta, sino en el modo en que se inscribe en el entramado hospitalario. Por eso, resulta fundamental describir cómo se concretó cotidianamente esta práctica: en qué espacio se realiza, cómo se convoca a los participantes, cuáles son sus objetivos, cómo se construyen las dinámicas y qué roles desempeñan los coordinadores.

Cano (2012) destaca la relevancia de tener objetivos preestablecidos debido a que es frecuente la realización de talleres sin un enfoque claro, lo que provoca que no se sepa por qué se hace lo que se hace y se corra el riesgo de desarrollar una práctica alienante, sin potencia transformadora. Según García (1997) los objetivos pueden definirse como conductas deseables a alcanzar en un tiempo determinado a partir de acciones planificadas. El ciclo de talleres realizados en la sala de internación de lunes a viernes constaban de un objetivo general que versa sobre “generar un espacio de grupalidad e interacción con otros, que propicie la expresión, reflexión e introspección” (Heuman y Márquez, 2024, p. 2). Asimismo, los talleres de Conexión Musical y Corporal, Recursos Expresivos y Cine Foro, en los que se basa este trabajo, cuentan con objetivos propios ligados a la expresión con los mediadores respectivos: recursos musicales y corporales, corto cinematográfico, recursos expresivos sin especificar (Heuman, Márquez y Buroni, 2024; Heuman y Márquez, 2024; García y Lacaño, 2022).

Teniendo en cuenta la temática particular del taller y estos objetivos es que antes del comienzo de cada actividad el equipo coordinador, integrado por tres o dos personas, decide que planificación va a realizar. Se consideran las características generales de la sala (los ingresos y altas constantes, por ejemplo), la configuración singular y colectiva en el momento

presente , los diferentes momentos de la internación que se encuentran cursando los usuarios, las diversas problemáticas que motivaron el ingreso, los distintos rangos etarios, estados de agudeza, la convivencia en la sala, entre otros. Este trabajo se hace en conjunto con los demás miembros del equipo (Heuman y Márquez, 2024).

Si bien es crucial considerar todas estas variables, no significa que el proceso se pueda controlar por completo, ya que cada taller es único. Para evitar encasillar tanto a los coordinadores como a los usuarios dentro de estas condiciones, se hace necesario incorporar estrategias que las desafíen, permitiendo así que surjan líneas de fuga. Este enfoque promueve la flexibilidad y la apertura a lo inesperado, propiciando un espacio donde lo contingente se vuelve esencial. Aquí, la zona de desarrollo próximo⁶ de Vygotsky (1978) resulta relevante, ya que sugiere que el acompañamiento debe ir más allá de lo que se considera posible en un momento dado. En este sentido, el desafío radica en respetar las condiciones actuales de los participantes, a la vez que se desafían suavemente los límites preestablecidos, permitiendo que exploren nuevas posibilidades más allá de lo esperado.

Los talleres que aquí se describen se realizaron mayoritariamente en el salón multiusos del segundo piso de la Sala Larrañaga. Este espacio está ubicado en una zona a la que no se accede libremente, y se utiliza exclusivamente para actividades y entrevistas con profesionales, ya que en sus inmediaciones se encuentran los consultorios. El contacto con quienes se encuentran internados comienza desde el momento en que se los invita a participar del taller. En ese instante, los coordinadores ingresan a los distintos sectores habitados por ellos: a veces están en el comedor mirando televisión, y otras veces acostados en sus camas, durmiendo. En esos casos, se los despierta con cuidado para comentarles en qué va a consistir la propuesta del día. Se da un tiempo para que puedan despertarse, ir al baño o hacer lo que necesiten. En ocasiones, algunas personas deciden no participar, lo cual es respetado. Antes de ir al salón, se espera a que todos estén listos para subir en conjunto. Esta dinámica pone en evidencia la escasa privacidad que existe en la sala de internación: la vida privada suele quedar relegada, y el ritmo grupal tiende a imponerse sobre las necesidades individuales.

Según Cano (2012) el taller es un proceso en sí mismo que, aunque pueda estar inmerso en un contexto más amplio, posee su propia estructura con apertura, desarrollo y cierre. En la sala de internación esta estructuración se da en cuatro momentos: encuadre,

⁶ Siguiendo a Vygotsky (1978) —la zona de desarrollo próximo, aplicada para los niños pero homologable al tema que aquí nos depara— “no es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (p. 133).

caldeamiento, actividad y cierre. Se comienza por el encuadre, ubicando el taller dentro del ciclo general y comunicando que es llevado adelante por el equipo de practicantes y residentes de psicología. En un segundo momento se realiza el caldeamiento, el cual suele incluir una dinámica que incluye la presentación de los participantes. Luego, en un tercer momento, se procede a la realización de una actividad principal y por último, el cierre, donde uno de los coordinadores, quien registró los emergentes grupales, los comparte a través de su lectura (Heuman y Márquez, 2024).

Una línea dentro de los dispositivos

Los talleres realizados en la sala de internación de salud mental se comprenden como una línea dentro del dispositivo que es el Hospital Maciel y, al mismo tiempo, del dispositivo que constituye la propia sala. En este sentido, al estar formados por estos dispositivos, no pueden pensarse por fuera de ellos ni escindirse de su lógica; sin embargo, esto no impide que también tengan la potencia de transformarlos (Deleuze, 1990).

Con la reinaguración de la Sala Larrañaga y la creación de nuevos espacios alineados al nuevo modelo de atención en salud mental se enfatiza que estos están “destinados además a la recreación y desarrollo de talleres, permitirán que los pacientes comiencen con su rehabilitación ya desde la misma internación” (ASSE, 2016, párr. 3). Por lo tanto, los talleres irrumpen como una novedad dentro del dispositivo hospitalario, tal como lo plantea Deleuze (1990): “La novedad de unos dispositivos respecto de los anteriores es lo que llamamos su actualidad [...] Lo actual no es lo que somos sino que es más bien lo que vamos siendo” (p. 159).

En este sentido, la historia de los dispositivos, entendida como archivo, actúa como un separador entre aquello que somos y lo que estamos siendo, interfiriendo en la posibilidad de devenir otra cosa dentro del presente. Esto puede verse reflejado en cómo aún bajo el nuevo modelo de atención en salud mental establecido por la Ley N.º 19.529, que promueve el trabajo interdisciplinar y reconoce al usuario como sujeto activo en su tratamiento (Uruguay, 2017), persiste con fuerza la lógica biomédica tradicional, que tiende a reducir al usuario a un cuerpo a tratar, otorgando hegemonía a la psiquiatría y el poder sanador a los psicofármacos (Ona, 2018), además de concebir a la internación como un espacio de encierro (INDDHH, 2024). Esta tensión entre lo nuevo y lo heredado se expresa en el funcionamiento cotidiano de la sala, y constituye otra de las líneas que atraviesan el tablero en el que se inscribe el hospital.

Desde este marco, y en consonancia con la Ley N.º 19.529, se opta por utilizar en el trabajo el término usuarios en lugar de pacientes para referirse a quienes se encuentran internados. Según la RAE (2024), paciente designa a quien “tiene paciencia” o a quien “recibe o padece la acción del agente”. En cambio, usuario es quien “usa algo”, es decir, alguien que ejerce una acción y que se mueve para hacerlo. Mientras el paciente espera, el usuario actúa. Esta diferencia no es menor. En los talleres se los llama también participantes, subrayando un rol activo en lugar de una posición pasiva o de espera frente a la intervención de un otro. Se mantendrá el término paciente al citar autores que lo utilicen explícitamente, atendiendo a su significado. Cabe destacar el comentario de uno de los propios usuarios, quien, a modo de crítica constructiva, manifestó: *si se pudiera considerar algunas peticiones de pacientes impacientes*. Una frase que no solo juega con el lenguaje, sino que también interroga la categoría misma de paciente.

Se toman en cuenta los informes de monitoreo de las salas de internación de salud mental en hospitales generales de la INDDHH (2024) para seguir pensando esta tensión entre modelos y en el carácter de lo nuevo que constituye a los talleres dentro de la Sala Larrañaga:

El abordaje terapéutico varía en función de la integración del equipo de salud. Todas las salas realizan tratamiento psico-farmacológico. Salvo en San José y Florida, en el resto de las salas se realizan intervenciones de psicología y trabajo social, en general, a nivel individual. La sala del Hospital Maciel es la única que cuenta con acompañante terapéutico y talleristas para el trabajo en sala. Las personas usuarias, según lo informado, cuentan con planes de tratamiento individualizados. En varios servicios no se organizaban actividades terapéuticas o recreativas en el espacio de sala, al menos en forma sistemática. Según relataron las personas usuarias las actividades se reducían a la rutina cotidiana. (p. 9)

A partir de esto se puede pensar en el lugar que ocupan los talleres en el imaginario de la salas de internación de salud mental en hospitales generales, siendo una práctica no prioritaria. Fernández (1999) ha problematizado cómo se produce una lucha de fuerzas en el campo científico-profesional que tiende a deslegitimar saberes y prácticas no hegemónicas. Así se produce un binarismo dentro de la psicología –entre lo individual y lo grupal–, como también en el hospital –entre la psicología y la psiquiatría–, donde se jerarquizan los saberes médicos, psiquiátricos e individuales como centrales, mientras que lo psicológico y lo grupal son

relegados al lugar de complemento. Desde este lugar es que se vuelve importante pensar qué producen los talleres en una sala de internación de salud mental.

Creación a partir del vacío

Siguiendo a Deleuze (1990):

Desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas, y eso es lo que Foucault llama el "trabajo en el terreno". Hay que instalarse en las líneas mismas, que no se contentan sólo con componer un dispositivo, sino que lo atraviesan y lo arrastran, de norte a sur, de este a oeste o en diagonal. (p. 155)

Así que a partir de este apartado se comenzará a ingresar en estas líneas, siguiendo el rumbo marcado por el mapa que configuran los emergentes de los talleres:

*Hay que acomodarse para buscar
un espacio.*

¿Cuál es el próximo viaje?

Yo podría elegir muchos sueños.

La mención de un *próximo viaje* y la referencia a los sueños, posterior a la búsqueda de un espacio, parece implicar que estas aspiraciones no son posibles desde el lugar en el que se está. El acto de *acomodarse* surge como un paso previo necesario para iniciar esa búsqueda y dar lugar a algo más, como si fuera indispensable un momento de introspección y reorganización para encontrar nuevas posibilidades. Didi-Huberman (2012) menciona la importancia de buscar un espacio, al preguntarse:

¿Está el mundo tan totalmente sometido como han soñado -como proyectan, programan y quieren imponernos- nuestros actuales "consejeros pérfidos"? Postularlo así es, justamente, dar crédito a lo que su máquina quiere hacernos creer. Es no ver más que la noche negra o la luz cegadora de los reflectores. Es actuar como vencidos: es estar convencidos de que la máquina hace su trabajo sin descanso ni resistencia. Es no ver más que el todo. Y es por tanto, no ver el espacio -aunque sea intersticial, intermitente, nómada, improbablemente situado- de las aberturas, de las posibilidades, de los resplandores, de los pese a todo. (p. 31)

Desde esta óptica, se vuelve interesante cuestionar si la internación, al representar un corte transversal en la vida de los usuarios, que interrumpe sus rutinas, podría ser vista como un intersticio de la vida cotidiana que los encandila. En un taller un usuario menciona que *la internación te aleja de ese mundo del que somos parte. Acá tenemos un espacio para pensar. Tener una perspectiva más de afuera sobre mi vida.* Goffman (1984) menciona que para quien ingresa porque se sentía desequilibrado mentalmente la internación puede proporcionar un alivio, debido a la transformación de su estructura social básica, y a dejar de interpretar un rol funcional para pasar a ser visto abiertamente desde su padecimiento.

*Antes de llegar acá me sentía rodeado
de oscuridad.*

*Ahora estoy viviendo una nueva
historia.*

Se observa en algunos casos cómo los usuarios comienzan a mejorar al salir del ambiente en el que estaban inmersos. Un ejemplo revelador es el de una mujer que narró sufrir violencia doméstica. Durante su estadía en la Sala Larrañaga, describió su experiencia como estar en un “SPA”, donde compartía momentos de risa y conversación con sus compañeros. Esto ilustra cómo, en el contexto de la internación, las relaciones humanas pueden adquirir una calidad reparadora. Como señala Goffman (1984) “Cuando las relaciones cobran intimidad, cada interno comunica de buen grado lo que reservaba al principio, y ofrece razones más o menos aceptables de su hospitalización” (p. 156). La dinámica dentro de la Sala, aunque restringida por normas, puede generar una comunidad de apoyo, un espacio de intercambio y contención que no se encontraba afuera. Goffman (1984) sugiere que, aunque la vida social “de adentro” tiene particularidades, las dinámicas humanas que allí emergen no son tan diferentes de las que se encuentran en cualquier otra comunidad.

Desde la perspectiva de Byung-Chul Han (2012), se puede pensar la internación como un quiebre con la lógica del sujeto de rendimiento. En una sociedad que exige productividad constante, la internación representa un corte, una pausa en la que el individuo deja de estar sometido a la autoexplotación y se enfrenta al aburrimiento y al vacío. Ante esto, es interesante analizar los siguientes emergentes, tomados de dos talleres distintos, pero representativos de gran parte de los mismos, ya que la reminiscencia de la niñez emergió en incontables oportunidades:

Parezco una niña chica,

pintando.

*Te hace reiniciar
a tu niñez.*

*Esto parece lo que hacíamos
Cuando éramos chicos.*

Esto puede pensarse a partir del hecho de que quienes llegan a la sala de internación dejan de ser, al menos momentáneamente, sujetos de rendimiento (Han, 2012). Pierden su capacidad de producir económicamente, de rendir bajo los parámetros de la vida moderna, y retornan a una lógica más cercana a la sociedad disciplinaria.⁷ Allí, un otro los observa, los cuida y les indica qué hacer y qué no hacer para “recuperarse”, lo que puede asemejarse a un niño que se encuentra bajo el cuidado y obediencia de lo que dice un adulto. Sin embargo, esto no implica una desaparición total de la lógica del rendimiento, sino más bien su desplazamiento. Las exigencias siguen operando, aunque bajo otros códigos.

A su vez, se debe considerar que el sujeto de rendimiento no tiene tiempo para aburrirse y conectar con la creatividad, con el arte y lo espontáneo. Estas son cosas que se escapan a la lógica de la productividad, sin embargo los niños no solo lo tienen permitido, sino que es un derecho humano fundamental para su desarrollo apropiado. “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes” (Organización de las Naciones Unidas, 1989, art. 31). Por lo que no resulta extraño que al volver a conectar con estos mediadores aflore la infancia.

*Si estuviese todo lleno
no tendríamos
espacio para crear.
Pude entender cosas,
Gracias.
Potenciador, limitante,
empezar a identificar
para convivir con el vacío.*

⁷ “La sociedad disciplinaria es una sociedad de la negatividad. La define la negatividad de la prohibición. El verbo modal negativo que la caracteriza es el «no-poder»(Nicht-Dürfen).Incluso al deber(Sollen) le es inherente una negatividad: la de la obligación” (Han, 2012, p.16). Se rige por la prohibición, el mandato y la ley (Han, 2012).

Han (2012) menciona que el aburrimiento profundo es una condición necesaria para la creatividad, por lo que al enmarcar los talleres dentro del vacío que caracteriza la experiencia de internación se facilita la posibilidad de creación dentro de los mismos. El taller no llena ese vacío, no lo tapa, sino que lo abraza, lo rodea, y en ese borde permite que algo se exprese, que algo se produzca, ya que en una época saturada de palabras e información, el problema no consiste en lograr que las personas se expresen, sino en ofrecerles vacíos de soledad y silencio desde los cuales les pueda surgir algo que decir (Deleuze, 2006).

Quien se aburra al caminar y no tolere el hastío deambulará inquieto y agitado, o andará detrás de una u otra actividad. Pero, en cambio, quien posea una mayor tolerancia para el aburrimiento reconocerá, después de un rato, que quizás andar, como tal, lo aburre. De este modo, se animará a inventar un movimiento completamente nuevo. Correr no constituye ningún modo nuevo de andar, sino un caminar de manera acelerada. La danza o el andar como si se estuviera flotando, en cambio, consisten en un movimiento del todo diferente. Únicamente el ser humano es capaz de bailar. A lo mejor, puede que al andar lo invada un profundo aburrimiento, de modo que, a través de este ataque de hastío, haya pasado del paso acelerado al paso de baile. En comparación con el andar lineal y rectilíneo, la danza, con sus movimientos llenos de arabescos, es un lujo que se sustrae totalmente del principio de rendimiento. (Han, 2012, p. 23)

Ver los detalles.

Nos dimos maña.

Darle forma

a algo que capaz no tenía.

Así, los talleres se transforman en espacios de creación simbólica, donde se habilita una manera distinta de habitar el tiempo que da “forma” a la internación. Una usuaria decía que los talleres *ayudan para el ocio y se puede rescatar algunas herramientas para hacer más fácil el proceso*. En sus palabras aparece algo esencial: la posibilidad de hacer algo con ese tiempo vacío, de encontrar en él modos de atravesar la internación y de alimentar el potencial creativo que muchas veces está en pausa. Esto se vuelve un estimulador para aquellas personas que les hastía la convivencia con este vacío, impulsando a bailar en lugar de deambular. Lo que se vuelve fundamental, ya que como menciona Percia (2010):

En los hospitales psiquiátricos, no se vive al día, se consume el día: tomando mate, fumando, tragando calmantes, volando con las drogas del encierro. El tiempo de los arrasados no termina nunca: cada instante se expande en un espacio sin fronteras o se extiende en el pulso de una eternidad enloquecida. O cada instante es presente de lo vivo inmovilizado, asfixiado sin después, sin existencia por delante. (p. 175)

En este sentido, es interesante la siguiente expresión de Álvarez Pedrosian (2007), quien realizó una etnografía del Hospital Maciel:

Mi interés por los pacientes internados en el hospital Maciel, tiene que ver con la capacidad de inventar de los sujetos, de crear acciones que les permitan sobrevivir en dicho medio y a la vez acceder a lo que no tienen y necesitan. Pero lo interesante en la investigación no son las condicionantes, las carencias que históricamente han determinado a la asistencia pública sanitaria de nuestro país y la región, sino la acción humana en dichas condiciones, la transformación de las determinaciones y no éstas en sí mismas. (p. 31)

Byung-Chul Han (2012) menciona que “Las enfermedades psíquicas de la sociedad de rendimiento constituyen precisamente las manifestaciones patológicas de esta libertad paradójica” (p. 20). Por lo que resulta interesante pensar que tal vez en este encierro, al tener tiempo para aburrirse, para conectar con otros y consigo mismo, con el arte, con el juego, muchos se reencuentran con aspectos de su libertad. Pero no con esa libertad que martiriza bajo la exigencia de la productividad –la que grita que todo es posible–, sino con una libertad que habilita la creación y el compartir desde el deseo, desde sueños que no exigen, pero que alimentan.

Deseos encandilados

La segunda parte del emergente con el que se comenzó a analizar a la internación como un intersticio en la sociedad de rendimiento, menciona luego *¿Cuál es el próximo viaje? Yo podría elegir muchos sueños*. La función de la internación es que sea breve y que la persona pueda egresar y reintegrarse a la sociedad con un proyecto terapéutico. La sala Larrañaga es un lugar de paso, de transición. Por lo que se vuelve fundamental la construcción de un futuro camino a seguir. En este sentido cobra relevancia la mención de Bleichmar (2001) acerca de que “es imposible estructurar proyectos si no es sobre el trasfondo de los sueños”

(párr. 10). Sin embargo, se debe tener en cuenta que la internación es también una cuestión de contexto, de momentos de mayor o menor sostén, de redes que se debilitan. Como plantea Goffman (1984), “si se considera que el número de ‘enfermos mentales’ no internados iguala, y hasta excede al de los internados, podría decirse que estos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental” (p. 140).

*Imágenes perturbadoras,
Consume cuerpo,
Sustancias,
¿No me puede ayudar?*

Percia (2010) menciona que es común decir que las personas caídas de la sociedad del rendimiento son aquellas marginadas de los espacios sociales, expulsadas del mundo, despropiadas de sus cuerpos y palabras. Pero no se suele advertir que se encuentran expuestas a una demasía, abandonadas a vivir la intensidad que conlleva habitar el dolor mientras la sociedad lo niega y, por tanto, los niega.

Los locos encerrados en los manicomios [...] son portadores enmudecidos de un sufrimiento que trasciende sus cuerpos lastimados y sus memorias lesionadas. Los locos encerrados en los manicomios cuestionan sin cuestionar y denuncian sin denunciar que el mundo *nos hace mierda*. (Percia, 2010, p. 171)

Por lo tanto cabe cuestionarse: ¿qué pasa con los sueños cuando ese trasfondo se ve opacado por el dolor de haber llegado hasta ahí, por los síntomas que se vuelven protagonistas, por las contingencias que determinaron ese ingreso? Y más aún, ¿qué pasa cuando el afuera con el que se sueña no es un horizonte claro, sino un territorio fracturado, con lazos rotos y pocas certezas? En un taller, al proponer escribir algo que quisieran dejar ir de sus vidas, emergió esta reflexión:

*No es un deseo,
ya no lo querés.
Es sí,
estás deseando no querer algo.
Creo que sería más complicado
saber que queremos dejar venir.*

En los talleres, especialmente en momentos de crisis, lo que suele aparecer con mayor claridad no es tanto lo que se desea, sino lo que no se desea. Se impone el anhelo de que algo se vaya, postergando o dificultando la posibilidad de proyectar otros deseos. Ante esto, es importante tener en cuenta que “Desde el punto de vista formal de la sociedad los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí porque padecen enfermedades mentales” (Goffman, 1984, p. 140). Por lo tanto el dispositivo de internación en una sala psiquiátrica presenta un régimen de luz que ilumina la enfermedad, generando un marco que organiza la experiencia del usuario en torno a su padecimiento.

*Fue porque estamos en invierno,
o porque quizás
estamos un poco rotos.*

Este emergente refleja cómo, al posicionar a los usuarios desde la enfermedad, se adjudica la justificación de lo que les sucede a que están *en invierno*, metáfora asociada al frío y la desolación o a que se encuentran *un poco rotos*. Tanto en el frío desolador del invierno como en el dolor de encontrarse dañado, el momento presente se convierte en algo a superar, a corregir, a curar, a rechazar, ya sea para ir en busca de abrigo o de algo que remiende lo que se fracturó. Así es que lo que se vive en el momento actual es difícil de habitar. Percia (2010) señala que “El dolor de los arrasados tiene una intensidad y una extensión inconcebibles. La expresión *mejor no pensar* recuerda que no se puede tener conciencia del presente” (p. 174). Este pasaje invita a pensar que, precisamente, en esta desconexión con el presente podría radicar el problema de no saber qué se quiere *dejar venir*, como se menciona en el anterior emergente, ya que el deseo se encuentra tejido en el tiempo ahora, no entiende de ansiedades ni presiones temporales. Se puede entender al presente como un “...Instante pleno. No es circunstancia de tránsito entre momentos sucesivos. Es acto de un tiempo eterno. No se trata de algo que ha sido o que será, sino de existencia que está, a la vez, habiendo sido y teniendo que ser” (Percia, 2010, p. 246). Por lo que sin presente, sólo queda esperar que el pasado se repare o que el futuro salve. Este estado de expectación no tiene un sentido unívoco:

*Estar expectante genera frustración.
Para mí la expectación genera esperanza.*

Como señala Álvarez Pedrosian (2007), en la relación entre el saber médico y la experiencia del usuario no hay un intercambio de significados en igualdad de condiciones, sino una relación de subordinación. La enfermedad es apropiada por el discurso médico, que la

define, la explica y la concibe de un modo que posiciona al usuario como paciente: en una posición de expectación ante la imagen que la medicina construye sobre su malestar. El paciente queda así a la espera de un cambio que no siempre puede nombrar ni proyectar con claridad, en un escenario donde su propia imagen de sí mismo se ve modelada por el dispositivo de internación y sus discursos. Se refleja aquí la reproducción de lógicas donde la salud parece estar perdiendo la partida de ajedrez, aunque la expectativa de revertir esta situación permanece intensamente presente. En este marco, la lógica del sujeto de rendimiento (Han, 2012) –que exige al individuo ser responsable de sí mismo, mostrar mejorías, avances, cambios– atraviesa también la vivencia de la enfermedad y de la internación. Sin embargo, esa expectativa de mejora se apoya en un otro que detenta el saber médico, de quien se espera la validación del cambio. Hasta que ese otro no lo certifique, la transformación no adquiere valor.

*Me siento no merecedor,
es complicado decir
te quiero, mis entrañas
gruñen en el vacío.*

Este emergente tal vez permita pensar una posible conexión entre no sentirse merecedor de deseo –ni de desear ni de ser deseado– y el estigma asociado a la enfermedad mental. Querer a alguien, o incluso a algo, implica en cierto modo desear. Cuando lo que se quiere se vive como algo ajeno o prohibido, puede volverse difícil incluso nombrarlo. Sin embargo, eso no impide que el cuerpo lo diga por otros medios, como un gruñido que habita el vacío.

Como plantea Goffman (1986) el estigma es un atributo profundamente desacreditador, pero más que una característica inherente a la persona, es una construcción relacional definida por la mirada social que interpreta e inscribe en una jerarquía de valor. En el caso de los usuarios de salud mental, el estigma se funda en la idea de que hay algo en ellos que los hace diferentes y, en esa diferencia, menos válidos. Los defectos del carácter se atribuyen a la falta de voluntad, a pasiones incontrolables, a creencias irracionales, y se los vincula con la locura, el encierro, la adicción, el suicidio o la incapacidad de insertarse en la sociedad de manera "normal". Por lo que este estigma también refuerza un dualismo que atraviesa el hospital: la división entre "normalidad" y "anormalidad". Como menciona un usuario en un taller: *los talleres son muy buenos, seguro que a la gente normal también le gustarían.*

Cuando el estigma se hace propio, el sujeto puede comenzar a verse como alguien defectuoso, incapaz, incompleto. La enfermedad deja de ser una experiencia transitoria para convertirse en una identidad, un sello que delimita el campo de lo posible (Goffman, 1986). El usuario se encuentra “en un intento de luchar contra lo que es esencialmente un fracaso como ser humano, la impotencia de ser algo que valga la pena ser, y por ende merezca su propio respeto” (Sullivan, 1956, como se citó en Goffman, 1984, p. 137). Desde este lugar, no es extraño que en la sala de internación se produzcan anhelos que se organizan alrededor del dolor, la falta y el padecimiento. Al poner el foco en la enfermedad y el estigma, el deseo de dejar de sufrir, de cambiar lo que duele o de reparar lo roto, se vuelve más visible que otras posibles aspiraciones. Estas últimas podrían quedar relegadas, ya que el sujeto, al sentirse marcado por su “defecto”, puede percibir que no se los merece, como se menciona en el emergente.

*Nos podemos pintar del color que queramos,
pero seguimos siendo nosotros*

Encuentros y desencuentros

*No sé a dónde ir.
Hay un camino que tengo que agarrar,
pero tengo varios.
No estoy solo,
eso ya es diferente.*

Este emergente inaugura una disposición al tránsito, a la búsqueda, al movimiento incierto pero acompañado. La última frase, *eso ya es diferente*, señala un cambio cualitativo donde no hay certezas pero la presencia de otros transforma el paisaje. Al revertir la falta de vínculos, fomentada por la sociedad individualista, se abren nuevos caminos (Han, 2012). A partir de este punto, se busca explorar qué se produce en lo colectivo, en el encuentro entre subjetividades que comparten un espacio, una palabra, un gesto. Ante esto es relevante el siguiente emergente:

*Siento que me quemó,
pero uno tiene que dar gracias a Dios
porque somos todos distintos en el buen sentido de la palabra.*

A partir de su experiencia en un hospital psiquiátrico, Percia introduce la idea de potencia del estar, sugiriendo que por las características del lugar se deben habilitar formas diversas de habitar. Esto implica una apertura hacia distintos modos de participación en los espacios, en los que se entrecruzan momentos de cercanía y distancia, sin desestimar ninguna forma de estar (Clepios, 2019).

La frase *siento que me quemó* fue expresada por una usuaria en un momento de delirio, pero no por ello quedó al margen de la conversación grupal. Por el contrario, su intervención se enlazó con el hilo del taller, incorporando elementos propios de su singularidad. La intensidad del *me quemó* resonó en el grupo como un modo de estar que se vuelve enunciable, sostenido por el taller como espacio. Lo que viene a continuación –*pero uno tiene que dar gracias*– fue parte de una conversación mantenida por otros usuarios. En este sentido, se habilita lo paradójal: arder y agradecer pueden suceder en el mismo espacio, sin que una experiencia anule a la otra. El emergente evidencia el entramado que se genera a partir de las distintas modalidades de estar, conformando un estado convivencial en el que se entrelazan cercanía y distancia. Resulta interesante cómo la situación compartida es portadora de algo que atraviesa: percibir lo que le ocurre al otro da lugar a la reflexión, y la mención de la diferencia habla de una sensibilidad que circula en el grupo. Así, incluso si la usuaria se encontraba en un estado de delirio, no era percibida como alguien que simplemente "hacía ruido", sino como alguien portadora de una vivencia que tocaba a los demás (Clepios, 2019).

Como plantea Fernández (1989), cuando un agrupamiento está conformado por un "número numerable de personas" (p. 100), se habilita la posibilidad de que los cuerpos se hagan discernibles, expuestos a la mirada de los otros y también a la propia. Desde este lugar, se vuelve especialmente oportuno el siguiente emergente:

Una máquina de curiosidad.

Esto que veo es increíble.

Hay dudas de todo.

No estamos en la piel del otro,

no creo que alguien quiera llegar tan lejos.

En estas frases se insinúa una percepción lúcida sobre la alteridad, donde el otro aparece como algo que no se termina de conocer, pero que despierta interés, dudas y asombro. Como dice De Brasi (1990) los horizontes de un ser humano son producidos por una formación socio-histórica que genera "la existencia imaginaria de un límite y un límite imaginario

de la existencia” (p. 16). La piel y la mirada actúan como fronteras entre lo exterior y lo interior, deviniendo en “imágenes de cierres y aperturas limitadas” (De Brasi, 1990, p. 17). En este sentido, siguiendo a Fernández (1989) se menciona que el taller propone una disposición espacial en círculo que torna visibles a los participantes, generando juegos de miradas que habilitan o bloquean procesos identificatorios y transferenciales. A partir de ellos, cada usuario se conoce o desconoce en el reflejo del otro, formando una trama de resonancias, afectaciones, sostenes, rechazos que constituye un nudo grupal. Este último es entendido como una red de anudamientos y desanudamientos entre subjetividades que se enlazan y desenlazan en el proceso colectivo.

Por lo tanto, es relevante pensar que si se produce un entendimiento del otro, una identificación o una transferencia, es porque lo social-histórico no es otra cosa que aquello de lo que está tramado el inconsciente (De Brasi, 1990). Así, el nudo grupal, al componerse de afectaciones y al enlazar y desenlazar subjetividades, genera un movimiento que desafía el límite impuesto entre el otro y el sí mismo. Esto no resulta extraño si se considera que dicha división es una producción, y, como afirma De Brasi (1990), no existe movimiento productivo que no traiga consigo uno antiproductivo. Desde esta perspectiva, el taller se convierte en un espacio donde el verdadero desafío radica en poder sostener la tensión entre lo singular y lo colectivo (Fernández, 1989), sin caer en reduccionismos que lo posicionen de un lado u otro del tablero. En este sentido es que se trae a colación el siguiente emergente:

Líneas de pensamiento corriendo en paralelo.

La polifonía. Cada voz tiene su propia voz y ritmo.

Esas líneas que corren juntas tienen una unidad

De Brasi (1990) menciona que la piel y la mirada desconocen otras potencialidades que radican en el cuerpo, tales como la voz y el gesto, que nada unen ni separan, sino que solo ejercen su timbre o mímica. Esto se puede entender desde la idea de que cada voz, con su propio ritmo, en verdad está compuesta por las voces de otros que le hablaron primero desde distintas entonaciones y pasiones, y que hicieron posible que esa voz se desarrollara (Deleuze y Guattari, 2004; Vercauteren, Crabbé y Müller, 2010). Esto se manifiesta en la polifonía que habita en cada sujeto: distintas líneas de pensamiento lo componen, entrecruzándose, afectándose, chocando a veces, pero también resonando entre sí. Al escucharlas bajo una misma entonación, puede aparecer la ilusión de unidad, pero lo que hay es una convivencia tensa y vital. Por tanto, se podría pensar que la voz ya se encuentra en red; al encontrarse con

otras voces, no se une ni se separa, sino que vibra con ellas, porque todas están hechas de materiales similares, de ecos de otros. En este sentido, el taller permite que haya palabras y sentires que no se ordenan jerárquicamente ni se excluyen, sino que coexisten, porque habitan la misma paradoja que sucede en cada sujeto. Así, en el taller, las voces configuran una polifonía que no puede entenderse por fuera de ellas, pero tampoco reducirse a las mismas. En esa convivencia vibrante de voces, emergen emociones, palabras y transformaciones:

*Uno quizá no vé
los cambios
en uno mismo,
pero los demás lo vieron.*

*Los talleres son
disparadores de
muchos temas,
reveladores.*

*Cuesta mostrar los sentimientos,
cuesta hablarlo,
pero cuando vuelven a nosotros
tienen menos espinas.*

Para pensar estos emergentes es relevante la mención de Percia (2010) acerca de que quienes llegan a un hospital psiquiátrico se encuentran exhaustos y absorbidos por la intensidad de sus emociones. Emociones desprovistas de palabras, ya que estas deciden irse ante el horror, provocando que devengan cuerpos fugados de sentido. Estos cuerpos siguen hablando pero hay algo sin decir que permanece latente, y cuando los horrores se acumulan en la irrepresentabilidad se genera una memoria que Percia le llama "inconformidad".

El exhausto (definido por Percia (2010) como aquel que se encuentra arrasado y vive en demasía), se vió privado de la ternura, entendida por Ulloa (1988) como la presencia de abrigo, alimento y arrullo. Ante esta falta, se vuelve un sobreviviente de la ausencia, arropado por la hostilidad y con un destino marcado al hospital. Desde este lugar, es significativo pensar el impacto de ser mirado para estas personas –como expresa el emergente citado– y cómo ese mirar puede abrigar lo que no se logra visualizar con el propio lente. Ese mirar, al nombrar, brinda forma a un cuerpo que se encontraba sin ella. "En contra del enunciado que dice que

«no son más que palabras», apostamos por imaginar las palabras como «consignas»: intervienen en la realidad y la transforman” (Vercauteren, Crabbé y Müller, 2010, p. 110). Como plantea Percia (2010) “el exhausto –que no conoce cama segura–, a veces encuentra refugio en la palabra de otro que no le demanda nada” (p. 164).

Siguiendo a García (1997), la dinámica de un taller provoca un proceso de aprendizaje que conlleva la aparición de efectos terapéuticos. Estos surgen a partir de la generación de un ambiente de confianza y comunicación que permite la puesta en juego de los conflictos internos de los participantes. Es un espacio donde se fomenta su expresión, haciéndolos visibles tanto para la propia persona como para los demás. El espacio compartido permite pensar y co-pensar con otros, contribuyendo a la comprensión más profunda de sus propias vivencias. El mayor entendimiento de lo que les acontece y el hecho de que los talleres sean *reveladores* genera en ocasiones alivio –*cuando vuelven tienen menos espinas*– pero también remueve dolores apaciguados y acallados. Y eso puede expresarse de la siguiente forma:

*Siempre lloro.
No pasa nada,
Yo una semana sollocé,
ahora te toca a vos.*

Percia (2010) menciona que tras la llegada de la palabra se da lugar a llantos contenidos, y que el sentido que comienza a atribuirse a lo vivido puede herir, al abrir heridas que habían sido negadas, tapadas, evitadas. En este marco, lo que los participantes dicen a raíz de la demostración de los sentimientos de otro usuario –*no pasa nada, yo una semana sollocé, ahora te toca a vos*– permite apreciar cómo el grupo habilita y contiene la expresión de estos afectos, volviendo a generar la ternura que cobija la desolación. Sin embargo, lo colectivo no siempre aloja, sino que en ocasiones también produce exclusión, dejando a algunos usuarios solos en la irrepresentabilidad de la demasía que los habita:

*Una telaraña,
puntos geométricos que unen.
Coincidimos, compartimos.
Algunos tienen puntos de encuentro
y otros no.
Uno habilita a otro a ser como es.
Es muy difícil que todas las personas*

seamos así.

¿Así cómo?

Convivir en la diferencia,

con el otro.

Anteriormente, se mencionaron casos en los que se manifestaron puntos de encuentro, sin embargo, como menciona el emergente, *algunos tienen puntos de encuentro y otros no*. Un caso en particular fue el de una usuaria con psicosis, cuya participación alteraba de forma constante la dinámica del taller. Al comienzo solo participaba unos minutos y luego se iba, pero en esos momentos bailaba, cantaba, contaba. En algunas ocasiones, su modo de estar también implicaba invasiones físicas, ataques verbales, que en un comienzo se alojaron y desarticulaban, y finalmente en un taller ocurrió una tentativa de agresión física hacia otra participante y a la coordinación. Esta situación llevó a tomar la difícil decisión de excluirla del espacio, priorizando el cuidado del grupo, pero también el suyo propio. La medida fue acompañada por su derivación a otro dispositivo, ya que la Sala Larrañaga no se consideraba el medio más adecuado para sostener y contener la complejidad de su situación clínica. Además, dentro del marco institucional, la agresión física es motivo de exclusión.

Este caso expone con claridad que, aunque el taller se proponga como un espacio que habilita múltiples formas de estar, hay momentos en que ciertos modos quedan invisibilizados dentro de él. Como señala Percia (2010), “las psicosis encerradas en los hospitales públicos dicen la desmesura del horror. Un estado que ni siquiera es derrumbe porque no hubo una identidad construida. No se trata de una sensibilidad oculta, anestesiada o negada, sino de la emotividad excedida en un cuerpo desahuciado” (p. 168). Por lo que pensar esta escena no puede limitarse a constatar los límites del dispositivo o justificar su exclusión, sino que debe necesariamente interrogar: ¿cómo hacer con estas personas? ¿Cómo se podría amplificar el régimen de luz del taller para alojarlas? ¿Qué espacios pueden acogerlas sin reducirlas a su diagnóstico o a su conducta disruptiva? ¿Cómo construir prácticas colectivas que no abandonen justamente a quienes más necesitan de otros cuerpos, de otras voces, de otras palabras? Estas preguntas resultan fundamentales, porque si ni siquiera los espacios especialmente diseñados para esta población logran alojar todas las formas del padecimiento, ¿cómo podría hacerlo la sociedad en general? Tal vez sea justamente en estos espacios –los que se piensan como más abiertos, flexibles y cuidadosos– donde se deba comenzar a construir formas más amplias de inclusión. Porque lo que finalmente se pone en evidencia es

que, aún dentro de estos marcos, ciertos padecimientos parecen más alojables que otros, revelando la hegemonía de algunas formas del sufrimiento por sobre otras.

Por otro lado, en el caso de una participante que atravesaba un episodio maníaco, su participación en los talleres mostró un recorrido inverso. En un primer momento, su agitación y la dificultad para escuchar o respetar los tiempos del grupo tornaban su participación conflictiva, tanto para ella –que salía visiblemente alterada– como para los demás. Ante esta situación, se acordó junto con el equipo de sala que no participara del taller por una semana. A la semana siguiente, se reincorporó al espacio, y progresivamente se notaron grandes cambios en su participación. Esto refleja que la participación en los talleres se vincula con los distintos momentos que el usuario atraviesa durante la internación, ya que no es lo mismo cómo se participa al ingresar a la sala, en la mitad del proceso o en los días previos al alta.

Estos dos casos particulares evidencian cómo los puntos de encuentro y la posibilidad de convivencia de los distintos modos de estar no solo depende de lo que ocurre dentro de los talleres, sino del momento de la internación en que se encuentren los usuarios, de los avatares de la convivencia, de los tratamientos y del trabajo interdisciplinario que inciden directamente en la participación. Así, el desafío en este contexto es sostener lo grupal sin que ello implique una imposición del estar, permitiendo que los cuerpos habiten el espacio desde donde puedan, y reconociendo, al mismo tiempo, que es un deber ético cuestionar los límites de esa apertura cuando estos afloran.

¿Qué sucede con el cuerpo?

Me resulta difícil.

No me sale ninguna palabra.

Difícil poner las emociones.

Es muy complejo entrar dentro de tu mente.

En este emergente aflora la inconformidad: “lo arrasador de poder producir más horror del que somos capaces de representar” (Percia, 2010, p. 197) y con ella el sujeto “mudo” adjudica la dificultad de simbolización a la imposibilidad de ingresar a su mente. ¿Pero dónde se encuentra la mente? Aquí parece radicar una de las mayores dificultades:

¿Son la mente y el cuerpo dos entidades esencialmente distintas? En esto se han dado respuestas de muy diversa índole desde la filosofía, y a las distintas escuelas

psicológicas subyacen generalmente unas u otras concepciones. Desde los que piensan que la mente es una mera manifestación del cuerpo físico, y que no merece ser estudiada independientemente, hasta los que consideran que la mente y el cuerpo son esencialmente autónomos. Así como quienes consideran que el mundo físico no es un objeto de estudio posible y que debemos limitarnos al análisis de la mente. (Santamaría, 2002, p. 13)

A partir de esta cita, se puede pensar que la mente es un concepto complejo de ubicar y que si se localizan las palabras y emociones en ella, se vuelve difícil saber dónde buscar. ¿En el cuerpo? ¿En qué parte? Este problema se intensifica en el contexto de la sala de internación de salud mental, donde, explícito en su nombre, lo que se ilumina es lo mental, mientras que otras dimensiones tienden a quedar invisibilizadas. Por lo tanto, cuando el padecimiento se localiza exclusivamente en ese plano, podría volverse algo abstracto e inaccesible, lo que incluso puede generar una sensación de confusión o desorientación. En ese marco, es posible que el cuerpo quede parcialmente desplazado, no necesariamente por falta de relevancia, sino por la dificultad de inscribirlo en una lógica que prioriza lo psíquico o lo simbólico. Así, muchas veces en la internación, los cuerpos permanecen acostados durante gran parte del día, con movimientos acotados dentro de un espacio cerrado. Entonces, ¿qué sucede con los cuerpos? ¿Dónde quedan en este espacio donde se prioriza lo intangible?

Nunca hablamos desde la corporalidad.

Otra gran manera de comunicarnos.

Te hubieras dado cuenta

no solo por mi cara,

sino por mi cuerpo.

Se expresa

con todo el ser.

Lo hice con vergüenza,

pero lo hice.

Miedo a la mirada de otro.

¿Quién era?

Percia (2010) sostiene que realmente “nadie sabe lo que puede un cuerpo afectado de tanta crueldad” (p. 174). Desde el emergente se podría sostener que en parte nadie sabe porque *nunca hablamos desde la corporalidad*. Sin embargo, Vercauteren, Crabbé y Müller

(2010) mencionan que las palabras y expresiones se plasman en el cuerpo y este es el que emite señales que hacen hablar a partir de ellas o con respecto a ellas. Por lo que, el cuerpo se comunica todo el tiempo, y hablamos a través de él. El problema radicaría en la falta de conciencia de ello, debida a la fragmentación de nuestro ser. Nadie sabe lo que puede un cuerpo afectado con tanta crueldad porque este cuerpo no puede visibilizar ni representar lo que lo habita. No existe lenguaje sin cuerpo, y se podría decir que la invisibilización de este facilita el abandono de la palabra que Percia (2010) describe. Las palabras se retiran después de haber intentado salir de múltiples maneras y haber sido rechazadas, dejando consigo emociones congeladas. Estas gritan a través del cuerpo, generan síntomas para poder al fin ser vistas, pero continúan siendo ignoradas, al punto de que "los exhaustos, cada tanto, se entregan a la psiquiatría para que los despoje de la triste soberanía del dolor" (p. 166). El dolor que emiten las palabras que son obligadas a quedar silenciadas en el cuerpo para siempre (Acevedo, 2002). Percia (2010) señala que esta "existencia desmentida es la crueldad de la crueldad", y se pregunta: "¿cuánta inexistencia resiste un cuerpo?" (pp. 170-174).

En este sentido, el emergente refleja algo de lo que sucede al comenzar a entrar en contacto con los cuerpos. Al proponer en el taller ejercicios que implican la movilidad, actuación y gestualidad emerge la frase *lo hice con vergüenza*, dando lugar a pensar que es algo nuevo, que puede ser incómodo, ya que los incita en cierto sentido a salir de la zona de confort que implica la cama y los expone frente a otros. Pero también se refleja una superación: *lo hice*, y esas palabras también marcan, ya que como expresa Deleuze (2006):

Es poco a poco que se bosqueja como un principio de sabiduría. Que cada uno sepa un poco, tenga una vaga idea de lo que es capaz. Una vez dicho que las personas incapaces no son incapaces, son los que se precipitan sobre aquello de lo que no son capaces y dejan escapar aquello de lo que son capaces. ¿Y a qué remite esto? A lo que decía Spinoza desde el principio. «¿Pero qué es lo que puede un cuerpo?», pregunta Spinoza. Eso no puede querer decir un cuerpo en general, quiere decir el tuyo, el mío... ¿De qué eres capaz? Es esta especie de experimentación de la capacidad. Intentar experimentar la capacidad y construirla al mismo tiempo que la experimentamos. Es muy concreto. (p. 97)

Por lo tanto, el *lo hice* emerge como una palabra performativa; Vercauteren, Crabbé y Müller (2010) mencionan que esta es la que encuentra su fuerza en la relación con el cuerpo. "El término «performativo» designa esa relación entre las palabras y los actos. Define todo

enunciado que, en el momento en que se formula, produce como efecto para el futuro la efectuación, la concreción de lo que enuncia” (p. 113). Desde esta perspectiva, se sostiene que es necesario que las palabras se agencien con el cuerpo para crear nuevas formas de existencia (Vercauteren, Crabbé y Müller, 2010), y así dejar de acallar, de acostar y de invisibilizar su potencia cada vez que alguien ingresa a una internación por salud mental. Por tanto, se puede pensar al taller, con sus distintas dinámicas, como un puente entre la palabra y el cuerpo, un lugar para escuchar y sentir aquello que habita en los participantes, para poder significar si es posible o al menos iluminarlo. A partir de este punto, se puede pensar el siguiente emergente:

*Más que generarme angustia,
la ví flotando en el aire.
Este es el cierre que cobija esas angustias.*

Rolnik (2006) denomina sensación a aquello que es captado más allá de la percepción y de los sentimientos propios del yo. La autora menciona que cuando aflora una sensación se produce un extrañamiento que genera molestia debido a que no se encuentra ubicada en nuestro mapa de sentidos disponible, y por eso, para hacerla visible, hay que inventar un sentido que la descifre. “Podemos decir que el trabajo del artista —la obra de arte— consiste exactamente en este desciframiento. Es así como, tal vez, podría entenderse lo que Cézanne quiso decir al afirmar que pintaba sensaciones” (Rolnik, 2006, párr. 10). Desde esta perspectiva, la frase *la vi flotando en el aire* puede ser leída como el intento de dar forma a una sensación que, por momentos, no se ancla en el cuerpo de quien habla, pero sí se vuelve perceptible en el ambiente compartido, en el clima grupal. Es una manera de ponerle imagen a aquello innombrable, que al hacerse visible provoca que se cobijen las angustias producidas por el extrañamiento. El taller, entonces, puede pensarse también como ese espacio donde las sensaciones flotantes encuentran una vía de expresión, una posibilidad de ser alojadas y significadas, aunque sea fugazmente, a través del arte, la palabra o el cuerpo.

Luciernágas

*Se agradece que respeten
que hoy no quiera pensar.*

Anteriormente se habló del desborde de dolor en el exhausto, del sentir en demasía y se abordó el sufrimiento y movilidad emocional que puede generar el comenzar a representar y

dar sentido a aquel dolor infiltrado en el cuerpo. Por lo tanto, como se menciona en el emergente también es necesario dejar de pensar por momentos, o al menos dejar de hacerlo desde el mismo lugar que ancla y encasilla. Para esto es preciso descentrarse de ese dolor, conectar con otras partes del usuario, dejar de poner el foco en el padecimiento y la enfermedad.

Como señala Didi-Huberman (2012):

En periodo de «catástrofe» [...] no consistiría, por tanto, en sacar las consecuencias lógicas del declive hasta su *horizonte* de muerte, sino en encontrar los recursos inesperados de ese declive en el hueco de las *imágenes* que en él se mueven todavía, como luciérnagas o astros aislados. (p. 96)

Según Vercauteren, Crabbé y Müller (2010), cuando los usuarios se encuentran en una situación de impotencia frente a lo que les ocurre –invasados por afectos que no logran traducirse en palabras–, permitir que en un encuentro grupal se perpetúe una atmósfera dominada por pasiones tristes puede volverse riesgoso. Esta repetición puede profundizar el malestar, arrastrando aún más a los participantes en esos afectos que paralizan. Además, a partir del pensamiento de Spinoza, los autores expresan que se debe partir de los afectos de alegría para construir, de aquellos afectos que “son una suerte de trampolines” (p. 160) y nunca de aquello que destruye, por lo que no se debe efectuar la suma de las tristezas antes de comenzar a pensar en una nueva posibilidad. Por lo tanto como se menciona en el siguiente emergente:

*La locura tiene una parte hermosa
que hay que saber aprovechar.*

Ante esto se podría cuestionar cómo hacer para encontrar esta parte en una sala de internación. Didi-Huberman (2012) menciona que “Para conocer a las luciérnagas hay que verlas en el presente de su supervivencia: hay que verlas bailar vivas en el corazón de la noche, aunque se trate de esa noche barrida por algunos feroces reflectores. Y aunque sea por poco tiempo” (p. 39). El autor describe cómo las luciérnagas no desaparecen pura y simplemente, sino que se ausentan porque el espectador renuncia a buscarlas. Por lo que se podría pensar que para poder ver más allá de ese blanco y negro que segmenta y limita, se requiere una mirada atenta en el presente y lo cotidiano, capaz de reconocer los matices y los destellos, porque si se permanece atrapado en la dicotomía es probable que no se vea cuando

una luciérnaga aflore. Pensando en estos términos, es que se trae un emergente del taller de Conexión Musical y Corporal donde se propuso una meditación y visualización guiada con distintas melodías musicales:

Vi una puerta en relieve,

bronce, decía te quiero.

Me emocionó.

El pasaje se llenaba de flores,

violeta,

techo de paja.

El mensaje era entrar.

Amor.

Esto fue compartido por una usuaria, quien era reacia a participar de los talleres, pasaba la mayor parte del día acostada y sentía gran malestar. Sólo accedió cuando se le indicó médicamente que su participación era obligatoria. Tras la meditación y visualización expresó que contactó con lo que se dice en el emergente, y que en ese momento se sentía en paz. Estos momentos son luciérnagas: instantes de luz en la oscuridad que abren un espacio para habitar otro sentir. El hecho de percibir estas efímeras luces no promete una recuperación ni una salvación, solamente son un reflejo de que la destrucción nunca es absoluta (Didi-Huberman, 2012).

Estoy cambiando la

perspectiva.

Tengo un color

para devolver.

A partir de este emergente y el anterior, se puede pensar que en el taller se configura un régimen de luz que hace visibles ciertos aspectos de la subjetividad y la experiencia del participante que, en otros espacios del hospital, podrían permanecer invisibles. En este sentido, podría pensarse al taller como una línea de fuga que escapa en cierta medida a las líneas anteriores que constituyen al dispositivo en el que está inmerso (Deleuze, 1990). Por lo tanto, al tener en cuenta que, como plantean Guattari y Rolnik (2006):

El sujeto no es tan evidente, no «está dado», no está naturalmente engendrado: es preciso trabajarlo. Su modelización —en la realidad su producción— es artificial, y lo

será cada vez más [...] La subjetividad colectiva también tiene necesidad de una práctica en constante evolución. Ya ha pasado el tiempo en el que la razón, la sensibilidad y las mentalidades eran pensadas como referencias fijas de una vez por todas. (p. 299)

Podemos pensar que esas pequeñas luciérnagas que emergen de una risa compartida, de una imagen inesperada, de una nueva percepción, de una palabra dicha por primera vez, no son insignificantes. Una usuaria expresa en la encuesta que se le entrega al momento del alta –donde se pregunta qué aportan los talleres en la internación– que estos espacios *ayudan a conocer otras facetas de nuestra personalidad*. Por ende, estos astros aislados, aunque efímeros, se inscriben en el cuerpo y en la trama colectiva produciendo subjetividad. Generan así la marca de un devenir que se aleja de lo que parecía ya sellado, debido a que como expresa el siguiente emergente:

*La tristeza es la muerte lenta
de las simples cosas.*

Se puede pensar en la importancia de estas *simples cosas* cuando Vercauteren, Crabbé y Müller (2010) expresan que si los participantes de un grupo se comienzan a sentir estimulados y a reírse más se da la circulación del deseo en el taller. En adición, Didi-Huberman (2012) menciona que cada luciérnaga “recibe o irradia la luz del deseo” (p. 15). Esto es fundamental e incluso reivindicativo, ya que como se mencionó en otros apartados, el hecho de visualizar al usuario desde la enfermedad y el estigma, le implica a este la dificultad de desear algo que no sea corregir el momento presente donde se encuentra *un poco roto*.

*Al principio
no se parece a nada,
y después
me entusiasmé.
¡Hace cuánto que no usaba el pincel!
Un rancho,
si te gusta te lo vendo.
No tengo armas.
Lo que tengo es guitarra.*

“Para no confundir definiciones complicadas, propondría denominar deseo a todas las formas de voluntad de vivir, de crear, de amar; a la voluntad de inventar otra sociedad, otra percepción del mundo, otros sistemas de valores” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 254). En el emergente compartido puede apreciarse claramente la circulación del deseo desde el *me entusiasme*, que da lugar a la conexión con la vida, hasta el impulso de crear aquello que antes no tenía forma y ahora tal vez la tiene. Se incluye también el reencuentro de alguien con la pintura, así como la convicción de que no se necesitan armas si se tiene una guitarra. El deseo circula en el taller en distintas formas, acercándose y alejándose en cierto sentido del foco de la enfermedad. Como se visualizó en emergentes anteriores, los deseos que bordean al padecimiento están presentes, pero también emergen estas pequeñas acciones a través de las cuales el deseo comienza a transformarse.

Para culminar este apartado se propone el siguiente emergente que visibiliza la vida que aflora en los talleres y la multiplicidad de colores que se visualizan de los usuarios en ellos:

¿Quién soy?

Libros, café,

cuadros,

tiempo.

No lo olvides.

La vida es una ruta.

Una batalla nueva.

Agradezco a los árboles,

todo parece que

se uniera.

Sostener la tensión

Pequeñas cosas hacen la diferencia.

Nos quedamos con un recorte

en los vínculos, en los ámbitos,

en el momento, las circunstancias.

Para adentrarnos en cuales son los *recortes* de los usuarios con los que *nos quedamos* se debe antes visualizar la gran variedad de piezas o agentes que se encuentran jugando la partida de ajedrez y configurando con sus movimientos la carrera del paciente mental. El

concepto de carrera es tomado de Goffman (1984), relacionándose por un lado con asuntos subjetivos de cada paciente, como su imagen de sí e identidad y por otro con la esfera pública, implicando las relaciones con su sociedad significativa, incluyendo lo formal e institucional. La carrera representa distintos momentos: el pre-paciente, paciente y post-paciente.

En este sentido es que semanalmente, el equipo técnico de la sala, integrado por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y operador terapéutico (INDDHH, 2024), se reúne para discutir el estado de cada paciente. En estas reuniones, se revisan detalladamente aspectos del pasado, presente y futuro de cada usuario, buscando construir un proyecto terapéutico, tanto para el momento de la internación como para el post-paciente. Cada caso se presenta a partir de su historia de vida, su sintomatología y su diagnóstico, y se evalúa el presente en función de lo que cada técnico ha observado en su comportamiento actual. Si bien la presentación principal se encuentra a cargo de psiquiatría (enfocándose en ajustar la pauta farmacológica según la evolución del usuario), todo el equipo se ve involucrado a partir de la observación de las personas en los distintos espacios.

Los *recortes* que se mencionan en el emergente podrían contemplar las distintas apreciaciones que surgen de los usuarios a partir de los espacios en los que participan, el régimen de luz (Deleuze, 1990) que se genera en cada uno de estos dará lugar a cada óptica. Hay rasgos o comportamientos en los que se coincide, pero también se iluminan distintos aspectos por momentos, revelando la multiplicidad que los constituye. Como plantean Deleuze y Guattari (2004) “Como cada uno de nosotros era varios, en total ya éramos muchos” (p. 9). El ser humano se encuentra segmentarizado por todas partes y en múltiples direcciones, “Pero esas figuras de segmentaridad [...] siempre están incluidas la una en la otra, e incluso pasan la una a la otra, se transforman según el punto de vista” (Deleuze y Guattari, 2004, p. 214).

Por lo tanto, se vuelve fundamental sostener la tensión que implica la multiplicidad. En este sentido, es importante evitar que, frente a gestos o actitudes que no encajan del todo con los marcos diagnósticos o con el régimen de luz que se haya visibilizado en cada espacio, se busquen explicaciones que terminen por anular su potencia singular. Por ejemplo, si un sujeto con diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial⁸ muestra en un taller gestos de conexión con otros, empatía o sensibilidad, es necesario que esas expresiones no sean

⁸ “Las características típicas del trastorno de personalidad antisocial son una falta de conformidad con la legalidad y el comportamiento ético, y la falta de preocupación por los demás, de manera cruel y egocéntrica, acompañadas por el engaño, la irresponsabilidad, la manipulación y/o el comportamiento de riesgo. Las dificultades personales se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, [...] junto con los rasgos desadaptativos específicos en los ámbitos de antagonismo y desinhibición” (American Psychiatric Association, 2022, p. 764).

rápidamente interpretadas como estrategias manipulativas o signos de falsedad. De lo contrario, se corre el riesgo de caer en una lógica tautológica que confirma permanentemente lo que ya se esperaba encontrar. A la vez, porque hayan existido esos momentos-luciérnaga no se debe reducir al sujeto a ellos, ni negar su diagnóstico y la historia de vida que lo ha traído hasta la internación. Más bien, se trata de reconocer que en cada uno conviven el blanco, el negro y todos los matices que emergen cuando la luciérnaga enciende su luz. El desafío está en alojar esa complejidad sin apagarla, permitiendo que tanto el diagnóstico como esos momentos-luciérnaga puedan ser puntos de partida complementarios en el acompañamiento, y no elementos opuestos o excluyentes. “En definitiva, yo diría que los procesos de institucionalización no pueden funcionar como una melodía; es preciso una polifonía que admita instrumentos completamente imprevistos” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 298).

¿Para qué hacer talleres en la sala de internación de salud mental?

Siguiendo a Fernández (1999), la pregunta “¿para qué hacer talleres en una sala de internación de salud mental?”, una de las que se busca tejer en este texto, puede estar atravesada por un trasfondo que intenta justificar la legitimidad de los talleres en un contexto donde no se configuran como una práctica hegemónica, ni en el campo hospitalario ni en el psicológico. Tal vez, en estas páginas, esa pregunta haya surgido desde ese lugar. Sin embargo, a medida que el trabajo avanzó, fue desplazándose hacia otro horizonte. Fernández advierte sobre un progresivo vaciamiento de sentido en las prácticas profesionales que se desarrollan en los espacios públicos hospitalarios. Por eso, más que buscar una justificación en términos de utilidad, aquí se toma la pregunta como una vía para abrir sentidos que iluminen, sostengan y sigan construyendo esta práctica.

Indagar acerca del “para qué” de los talleres puede parecer simple, pero encierra una complejidad que se vuelve visible al escuchar las voces de quienes habitaron estos espacios. Tomando a Fernández (1989) se puede expresar que cada taller es generador de múltiples sentidos que son imposibles de leer exclusivamente desde la coordinación, por lo que los comentarios grupales posteriores –tanto en lo dicho como en lo no dicho– son los que hacen posible el acceso a algunas de estas líneas de sentido. Sin embargo, una situación grupal es mucho más de lo que se puede dar cuenta ya que “...en un grupo siempre hay un plus del acontecer, que escapa a su inteligibilidad, rarezas, sinsentidos que sorprenden, interrogan y desdican las racionalidades construidas” (Fernández, 1989, p. 97).

Por esto, para abordar esta pregunta se opta por dar lugar a las respuestas en primera persona que surgieron de una encuesta realizada a los usuarios en el momento del alta, en lugar de partir exclusivamente de los emergentes que actuaron como guía a lo largo de este trabajo. Se considera valioso que, en este punto, quienes participaron de los talleres puedan hablar directamente sobre lo que vivieron, más allá de lo recogido y compuesto desde la mirada de la coordinación. En esa instancia, se les preguntó a los usuarios en qué sentían que los talleres habían aportado durante su proceso de internación. Algunas de sus respuestas fueron:

-Brindar la posibilidad de habitar el espacio físico de la internación como un espacio creativo y diferente.

-Darnos un espacio de expresión diferente al cotidiano.

-Te sacan del aburrimiento pero también van dirigidos hacia los pacientes-usuarios en lo respectivo a su rehabilitación.

-En poder expresar todas las emociones y liberarnos un poco de esa carga.

-Aportan muchísimo para la participación de los internistas y su comunicación cuando no sucede fuera.

-A reencontrarme conmigo y compartir amistad.

-En los valores de la vida.

-No tengo explicación a la definición de todos los talleres, la expectativa es vivir cada bonita exposición.

-A ver las cosas de otra manera y también a divertirnos.

-Salís con una energía muy positiva y también con empatía con los demás y deja el ego un poco.

-A autoreflexionar sobre nosotros mismos, a sentir dopamina naturalmente, en conocer otras facetas de nuestra personalidad.

Se presenta aquí una multiplicidad de respuestas, similares y disímiles entre sí, pero todas válidas porque precisamente ese es el sentido de los talleres: habitar la multiplicidad y dar lugar a ella. Se deben hacer talleres para poder desplegar estas múltiples respuestas que visibilizan la posibilidad de que las subjetividades se desplieguen y devengan otras. La apertura es la magia del taller; por eso no se trata de encerrarlo en un significado ni de imponer uno a los usuarios, sino de crear un espacio para que cada grupalidad le dé forma. Habitar en el encierro y la pasividad de la internación un lugar con apertura es una línea de fuga, es reivindicación, es libertad. Como expresan Guattari y Rolnik (2006):

...no se puede tener ninguna certeza de que determinada intervención opere determinado efecto. Todo lo que puede decirse es que cuando se enuncia una proposición institucional, cuando se desencadena un efecto de sentido en un agenciamiento subjetivo, siempre está implicada una micropolítica de la enunciación (o del acto terapéutico). Y que el corolario de dicha implicación es que las referencias científicas son siempre ilusorias. (p. 295)

Por tanto, se vuelve fundamental no encerrar el "para qué" de los talleres en sus objetivos o en una función rehabilitadora, ya que esto dejaría al margen los múltiples sentidos y aperturas que ocurren en su interior. Imponer esto sería volver a dejar en falta a los usuarios e impulsarlos a rechazar el momento que están habitando. Y lo que se necesita en la internación, es precisamente un espacio libre de rendimientos y exigencias que facilite la circulación del deseo. Por lo que el taller no debe ser medido bajo una lógica binaria de bien o mal, productivo o improductivo, sino que es preciso alojar su acontecer. De ahí que, para comprender el sentido de los talleres, es necesario adentrarse en lo que realmente sucede en ellos, sin la pretensión de buscar un resultado predeterminado o producir efectos a posteriori. El taller se basa en el presente, en ese espacio fugaz entre el pasado y el futuro, que habilita que afloren luciérnagas pero tampoco presiona su emergencia.

Gracias por abrirnos los límites posibles de la realidad⁹

Cierre rizomático

La curiosidad de conocer.

Las ganas de explorar.

La luz está allá, no está

todo oscuro como yo lo veo.

Uno igual en blanco y negro

ve el color.

La vida se hizo para aprender.

Se elige este emergente para reflejar el recorrido que se ha configurado en estas páginas. Este trabajo se vio habitado e intersectado en múltiples direcciones por el tablero de ajedrez que compone al Hospital Maciel: por el blanco y negro, por la encandilación de los reflectores y la desolación de la enfermedad. Pero se tomó la decisión de correr el régimen de

⁹ Frase escrita por un usuario en el ítem de comentarios de la encuesta brindada al egreso de la Sala Larrañaga.

luz y poder tomar a la internación, a los talleres y a los usuarios desde su potencia. Se tomó la decisión ética y política de buscar luciérnagas, de encontrar otro color en ese blanco y negro, de resistir el impulso de reducir y simplificar todo al posicionarse de un lado u otro del tablero. Se eligió sostener las tensiones sin reducirlas, para poder correr –aunque sea mínimamente– los límites establecidos. Se confió en que es posible otra realidad, siempre que estén la *curiosidad de conocer* y las *ganas de explorar*. Pero no se pretende que estas devengan naturalmente, porque vivimos en un mundo que no las ilumina. Ahí es que surge el taller: desde esa búsqueda de dar lugar a lo simple, de reivindicar el poder de lo colectivo, de una mirada amorosa, de la palabra que da forma, del movimiento ante el dolor que aturde y de la escucha de un cuerpo que se encontraba al borde de la inexistencia. Siguiendo a De Brasi (1990) “... las hebras que anudan los diversos escritos son, asimismo, la metáfora de una resistencia activa a convertir la vida en destino, a metamorfosear un soplo en palabra sagrada” (p. 11). Con respecto a esto, en un taller, se les pidió a los usuarios que eligieran una canción que los represente para compartir en el espacio. Uno de ellos, eligió la canción Pies descalzos, Sueños blancos y resaltó la siguiente parte:

“Por milenios y milenios permaneciste desnudo
Y te enfrentaste a dinosaurios bajo un techo y sin escudo
Y ahora estás aquí
Queriendo ser feliz
Cuando no te importó
Un pepino tu destino” (Shakira, 1995, 1m01s).

En esta canción se ve reflejada en su totalidad la carrera del paciente mental. Comienza con ese pre-paciente repleto de heridas, amenazas y sin las suficientes defensas ni redes, que provocan las contingencias del ingreso. Y de repente, al comenzar a ser paciente –en el lugar que parecería más estigmatizante y desolador, como es una internación– se produce un vacío de exigencia, una contención grupal y profesional que habilita la paradoja de luchar contra el momento presente para mejorar y cambiar, a la vez que brinda el alivio de ya no fingir bienestar (Goffman, 1984). Ante este cambio, por momentos fugaces, el usuario se encuentra con el tiempo presente a partir de un juego, una conversación, un movimiento que lo conecta con su olvidado cuerpo. Y desde esa despreocupación efímera que genera el presente, circula libremente algo tan reprimido y exigido como el deseo (Percia, 2010). El paciente se permite soñar momentáneamente con una futura felicidad. Sin embargo, el archivo le recuerda lo vivido y lo separa de lo que estaba siendo en ese momento (Deleuze, 1990). Pero ese instante en

que se permitió sentir e imaginar desde otra posición no fue en vano: plantó una duda, una posibilidad de que el destino pactado para el post-paciente pueda ser distinto de aquel que la sociedad –esa que se asusta ante su demasía y lo abandona– pretende para él (Percia, 2010).

Tengo que pensar en mí.

*Algo bueno tiene que haber
para todos nosotros.*

Es imposible saber qué le depara a este post-paciente. La psiquiatría podría hablar de un buen o mal pronóstico, pero a ciencia cierta solo se presentan interrogantes. ¿Podrá desafiar al destino que la falta de ternura le marcó? ¿Encontrará talleres fuera del hospital, u otros espacios que lo conecten con el deseo y la creatividad fuera de la productividad? ¿La internación habrá dejado huellas que movilicen la transformación? No hay respuestas, porque el taller no se basa en ese momento de la carrera del paciente mental. Solo abarca un segmento de esta. Pero ya con eso es suficiente. Ese segmento es tan heterogéneo que permite conocer una multiplicidad de colores y voces que habitan en cada usuario y cada grupo (Deleuze y Guattari, 2004). El despliegue de esa multiplicidad en los talleres es la que, momentáneamente, abre grietas, generando nuevos movimientos en la partida de ajedrez. Y de lo nuevo no se sabe mucho. Tal vez permita cambiar destinos, o tal vez refuerce más estos. Lo nuevo es tan impredecible que genera terror en sus líneas de fuga y la necesidad de que el archivo se imponga de inmediato para proteger el destino terrible pero conocido. Aquel que no se enfrenta con la desilusión y el dolor del fracaso ante lo nuevo, porque no espera nada más del paciente que su destrucción. Pero tal vez, sorteando resistencias, eso nuevo posibilite la emergencia de luciérnagas (Didi-Huberman, 2012). Con este recorrido rizomático se finaliza este Trabajo Final de Grado. Sin conclusiones apresuradas que puedan encasillarse en algo instituido, pero con la esperanza de abrir nuevos recorridos e interrogantes que desafíen los límites imaginarios de la existencia y ocasionen sismos en los destinos (De Brasi, 1990).

¿Ya terminar?

*¿Por qué todo tiene que durar
tan poquito?*

Me trae esperanzas.

*No te preocupes,
solo disfruta el momento.*

Referencias bibliográficas

Acevedo, M. J. (2002). *La implicación: Luces y sombras del concepto lourauniano*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós.

Administración de los Servicios de Salud del Estado y Universidad de la República, Facultad de Psicología (2010). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología*.

<https://psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>
<https://psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>

Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2016). *Unidad de Salud Mental en Hospital Maciel: ASSE liderando los cambios en el modelo de atención*. Administración de los Servicios de Salud del Estado.

<https://www.asse.com.uy/contenido/Unidad-de-Salud-Mental-en-Hospital-Maciel-ASSE-liderando-los-cambios-en-el-modelo-de-atencion-9015>

Agamben, G. (2007). *Infancia e historia: Destrucción de la experiencia y origen de la historia*. Adriana Hidalgo.

Álvarez Pedrosian, E. (2007). *Los estrategias del Maciel: Etnografía de un hospital público*.

Eduardo Álvarez Pedrosian.

<https://eduardoalvarezpedrosian.blogspot.com/2007/02/los-estrategas-del-maciel-etnografia-de.html>

American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.; DSM-5-TR)*. Médica Panamericana.

<https://www.medicapanamericana.com/libros/dsm-5-trr-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-texto-revisado-5a-edicion>

- Benjamin, W. (2009). *El narrador: Consideraciones sobre la obra de Nikolái Leskov* (J. Navarro Pérez, Trad.). Abada.
- Bleichmar, S. (2001). *La infancia y la adolescencia ya no son las mismas: Qué se conserva hoy de la infancia que conocimos*. *El Psicoanalítico*.
<http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num3/autores-bleichmar-infancia-adolescencia.php>
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22–52.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5653/pr.5653.pdf
- Clepios. (2019). Entrevista a Marcelo Percia. *Clepios: Grupalidades*, 25(2), 68–71.
<https://es.scribd.com/document/540885302/Clepios79>
- De Brasi, J. C. (1990). *Subjetividad, grupalidad, identificaciones. Apuntes metagrupales*.
Búsqueda Grupo Cero.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En M. Foucault, *Conversaciones* (pp. 155–163).
Pre-Textos.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia* (J. Vázquez Pérez, Trad.). Pre-Textos.
- Deleuze, G. (2006). *Dos regímenes de locos: Textos y entrevistas 1975–1995* (J. Vidal, Trad.).
Pre-Textos.
- Deleuze, G. (2006). *En medio de Spinoza* (A. Tarnowski, Comp. y Trad.).
[http://esquizoanalisis.com.ar/wp-content/uploads/2021/05/En Medio de Spinoza Gilles
_Deleuze.pdf](http://esquizoanalisis.com.ar/wp-content/uploads/2021/05/En_Medio_de_Spinoza_Gilles_Deleuze.pdf)

- Didi-Huberman, G. (2012). *Supervivencia de las luciérnagas*. Manantial.
- Etcheverry Catalogne, G. (2022). *Cartografía del problema de la producción de lo común en la grupalidad* [Tesis de doctorado, Universidad de la República, Facultad de Psicología]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/35887>
- Fernández, A. M. (1989). *El campo grupal: Notas para una genealogía*. Nueva Visión.
- Fernández, A. M. (1999). ¿Legitimar lo grupal? (Hegemonía y contrato público). En A. M. Fernández (Comp.), *Instituciones estalladas* (pp. 15–34). Eudeba.
- García, D. (1997). *El grupo: Métodos y técnicas participativas*. Lugar.
- Goffman, E. (1984). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Goffman, E. (1986). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Guattari, F., y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo* (2.ª ed.). Traficantes de Sueños.
- Habonim Dror Uruguay. (s.f.). *General*. Habonim Dror Uruguay. <https://habonim-dror-uy.mailchimpsites.com/general>
- Han, B.C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Heuman, M., Márquez, J. y Buroni, C. (2024). *Proyecto de taller Conexión musical y corporal* [Manuscrito inédito]. Hospital Maciel.
- Heuman, M., y Márquez, J. (2024). *2do trabajo de avance: Experiencia de taller Cine Foro* [Manuscrito inédito]. Universidad de la República, Facultad de Psicología.

Hospital Maciel. (s.f.). *Historia*. Hospital Maciel. <https://hospitalmaciel.com.uy/historia-maciel/>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. (2024). *Monitoreo de las salas de salud mental en hospitales generales de ASSE: Análisis desde la perspectiva de la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Informe N.º 143)*.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-n-143-mnp-sm2024-monitoreo-salas-salud-mental-hospitales>

Lacaño, F., y García, V. (2022). *Proyecto de taller Recursos expresivos* [Manuscrito inédito]. Hospital Maciel.

Lliconsult. (2013). Hospital Maciel [Fotografía]. Lliconsult.

<https://www.lliconsult.com/proyectos/salud/item/hospital-maciel.html>

Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>

Ona, G. (2018). *Modelo biomédico en salud mental: Un paradigma a superar*.

https://www.researchgate.net/publication/322675831_Modelo_Biomedico_en_Salud_Mental_Un_Paradigma_a_Superar

Percia, M. (2010). *Inconformidad, arte, psicoanálisis y política*. La Cebra.

Pichon-Rivière, E. (1982). *El proceso grupal*. Nueva Visión.

Real Academia Española. (2024). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.).

<https://www.rae.es/drae>

Rolnik, S. (2006). *¿El arte cura?*. Inquietando.

[https://inquietando.wordpress.com/textos-2/mas-textos/%C2%BFel-arte-cura-de-suely-ro
lnik/](https://inquietando.wordpress.com/textos-2/mas-textos/%C2%BFel-arte-cura-de-suely-ro
lnik/)

Santamaría, C. (2002). *Historia de la psicología: El nacimiento de una ciencia*. Ariel Psicología.

Shakira. (1995). *Pies descalzos, sueños blancos* [Canción]. En *Pies descalzos*. Sony Music

Colombia. <https://www.youtube.com/watch?v=eCna-hsmGUY>

Ulloa, F. (1988). *La ternura como fundamento de los derechos humanos*. Scribd.

[https://www.scribd.com/document/395910774/Ulloa-La-Ternura-Como-Fundamento-de-L
os-Derechos-Humanos](https://www.scribd.com/document/395910774/Ulloa-La-Ternura-Como-Fundamento-de-L
os-Derechos-Humanos)

Uruguay (2017, setiembre 19). *Ley n° 19.529: Ley de salud mental*.

[https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-
2017#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por.en%20el%20
marco%20del%20Sistema](https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-
2017#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por.en%20el%20
marco%20del%20Sistema)

Vercauteren, D., Crabbé, O., y Müller, T. (2010). *Micropolíticas de los grupos: Para una ecología de las prácticas colectivas*. Traficantes de Sueños.

Vygotsky, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.