

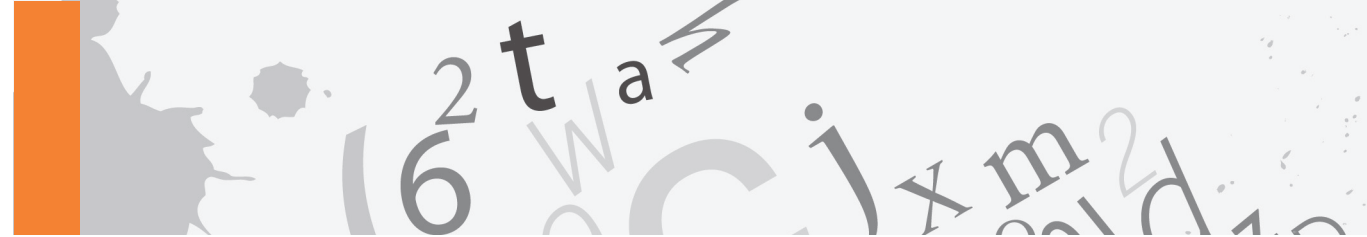
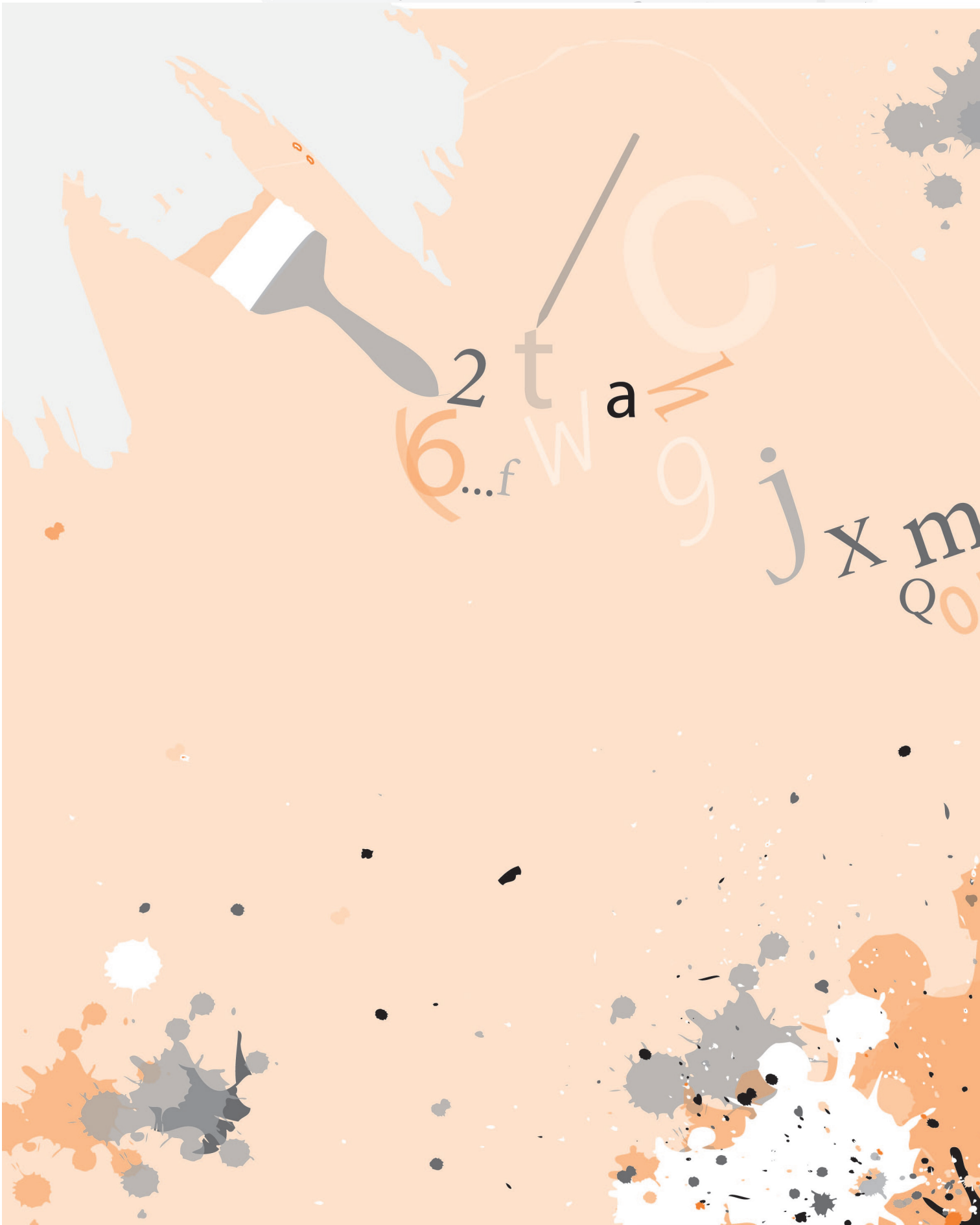
El taller como dispositivo en salud

Guía teórica-práctica
para talleristas

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL
Y ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

BUENOS AIRES SALUD

BA



Autoridades

D. Daniel Scioli

Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Lic. Gabriel Mariotto

Vicogobernador de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Alejandro Collia

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Carlos L. Sanguinetti

Subsecretario de Atención a las Adicciones

Lic. Perla Figueroa

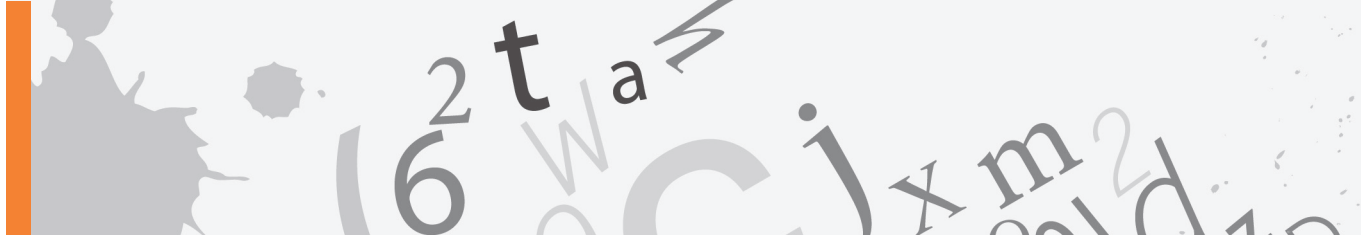
Directora Provincial de Prevención de las Adicciones

Dr. Eduardo Rodríguez Tellechea

Director Provincial de Atención a las Adicciones

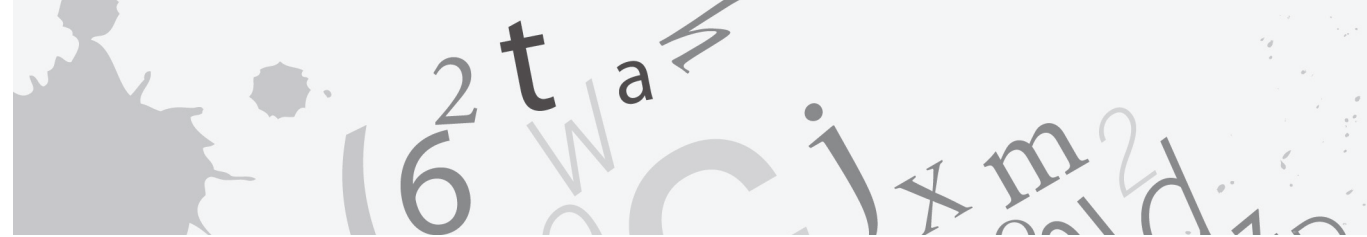
D. Juan Lauro

Director Provincial de Registro y Control
de la Comercialización de Bebidas Alcohólicas



Indice

PARTE 1: CONTEXTOS	5
I. INTRODUCCIÓN	
II. ESTADO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	
III. CULTURA Y SALUD	
IV. LOS TALLERES Y LA LEY DE SALUD MENTAL	
PARTE 2: CONTENIDOS	15
I. LAS JORNADAS	
II. ARTE Y SALUD	
III. UNA ORIENTACIÓN PARA EL TRABAJO EN EL TALLER	
IV. EL JUEGO ES COSA SERIA	
V. UNA DIDÁCTICA DESDE LO LÚDICO	
VI. EL ROL DEL TALLERISTA	
VII. FUNCIONES DEL TALLERISTA	
VIII. REGISTROS Y FORMALIZACIÓN	
PARTE 3: ANEXOS	31
I. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD	
II. REDES SOCIALES	
III. CORPOREIDAD. UN RECORRIDO POR SUS DIFERENTES ENFOQUES	
IV. EXPERIENCIAS	
1. EXPERIENCIA 1: AGENTES MULTIPLICADORES. CPA MAR DEL PLATA	
2. EXPERIENCIA 2: TALLER DE TEATRO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL JORGE DE ADROGUÉ	
3. EXPERIENCIA 3: EL REGISTRO DE CLASE “VÍCTOR: ¿CÓMO ENTRO EN TU REPETICIÓN?”	
REFERENCIAS	56



PARTE 1

CONTEXTOS

1. INTRODUCCIÓN

Las políticas sanitarias que implementamos desde la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se encuentran orientadas a la promoción de la salud.

Estas políticas públicas incluyen diferentes espacios interdisciplinarios que tienen por objetivo escuchar a la comunidad y a los pacientes en la singularidad de sus padecimientos, sin suponerlos a priori.

Esta escucha nos orienta como profesionales de la salud tanto para determinar los dispositivos adecuados para cada caso como para elaborar, junto a los afectados, un saber que les permita enunciar el padecimiento, apropiarse de él y construir una respuesta singular. Si estos pasos se recorren, la comunidad y los individuos se reconocerán como sujetos responsables de sus demandas presentes y futuras.

La Subsecretaría está conformada por una extensa Red pública y gratuita de diversos servicios de atención, junto con la conformación de lazos interministeriales e intersectoriales, para dar curso a las demandas en las áreas de competencia requeridas para cada caso. La Red cuenta con los siguientes dispositivos:

- Centros Provinciales de Atención (CPA): Espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación. Trabajan en articulación con diversos actores comunitarios. Brindan respuestas integrales a las demandas específicas de las personas en su entorno social.
- Casas de Día: Establecimientos de atención intermedia donde se realizan diversos talleres y tareas terapéuticas.
- Centros de Internación: Dispositivos de atención breve para personas con compulsión al consumo. Brindan acompañamiento y tareas para la socialización y la creación de nuevos lazos.

Cada dispositivo está conformado por equipos de salud interdisciplinarios de profesionales y técnicos.



Por otro lado la Red desarrolla estrategias de intervención acordes a la situación social en articulación con los agentes sociales referentes en la temática. Se implementan planes y programas que promueven la participación comunitaria, el trabajo interministerial e intersectorial y la accesibilidad a la atención.

En este sentido trabaja en concordancia con los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) ¹

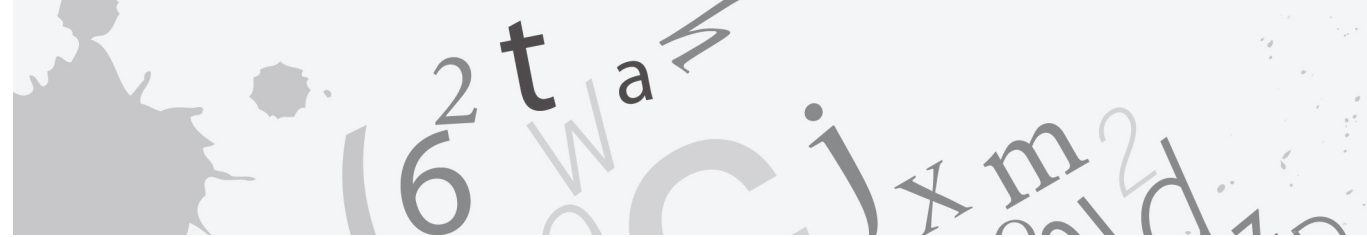
La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia de 1978 llamada "Declaración de Alma Ata" modificó la noción de salud sólo como ausencia de enfermedad y la caracterizó como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La consecución del nivel más alto de salud se convirtió en un objetivo social prioritario de alcance mundial: "Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria."

La Atención Primaria de la Salud fue la metodología desarrollada para alcanzar este objetivo. Su finalidad es el acceso universal a la salud de los individuos y familias en la comunidad a través de su participación activa. Este acceso universal a la atención sanitaria debe ser sustentable para cada país y comunidad según sus características de desarrollo, respetando la autodependencia y autodeterminación de los mismos. Algunos de los principios que sustentan esta metodología de atención son:

- Reflejar las condiciones económicas y socioculturales, y las características políticas del país y las comunidades implicadas.
- Basarse en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y tecnología socialmente aceptables, así como en la experiencia sobre servicios sanitarios y salud pública.
- Operar sobre los problemas sanitarios prioritarios de una comunidad proveyendo y promoviendo dispositivos de diferentes características de atención.
- Educar, promover, asistir y realizar acciones de control sobre los problemas sanitarios más prevalentes y las metodologías para abordarlos.
- Implicar a todos los sectores relacionados con los problemas sanitarios e incluir en el análisis y la planificación a los diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario.
- Promocionar el autodesarrollo de las comunidades y los individuos y la participación activa de estos actores en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de atención primaria.
- Priorizar la atención a los sectores más necesitados de la sociedad.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Mata. (En línea) http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm (10 de enero de 2013). En el capítulo I de la Parte 3 de la presente publicación se reseñan los principios básicos de la APS



Programa "Barrio a Barrio"

"La comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general". (Carta de Ottawa para la promoción de la Salud/1986.) ²

La Subsecretaría, a través de la Dirección Provincial de Prevención a las Adicciones implementa el Programa Provincial "Barrio a Barrio". Éste es una herramienta para el abordaje territorial, que se vale de la capacidad organizativa de la comunidad en su conjunto para articular y construir respuestas a problemáticas vinculadas a la promoción de la salud.

El Programa articula con organizaciones intermedias de la sociedad como parte activa de las políticas vigentes de salud. Genera redes intersectoriales e interministeriales a nivel provincial y regional; garantiza el acceso a los dispositivos de la red; identifica y potencia recursos comunitarios para la salud; genera la participación de la población en el diseño y ejecución de proyectos y fortalece espacios sociales para la generación de políticas públicas.

La implementación de **Barrio a Barrio** se articula en tres niveles:

- Provincial, con acuerdos interministeriales e intersectoriales.
- Regional, con acuerdos y planificación de proyectos regionales junto a diversos actores.
- Local, con el Centro Provincial de Atención a las Adicciones de la SADA como principal articulador en las actividades de promoción sanitaria.

Es en este marco general de trabajo donde surgen las Jornadas Provinciales de Capacitación e Intercambio para Talleristas de Centros Provinciales de Atención (CPA) 2012.

Esta publicación está destinada a los talleristas, profesionales y operadores de los equipos de salud de los CPA. Es elaborada por y para ellos, con el fin de fortalecer y favorecer el intercambio de herramientas de trabajo.

2. ESTADO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Estado tiene la función de promover la salud para todos, considerando la complejidad que el término salud acarrea.

Por un lado, el análisis y la significación que hagamos del concepto de salud influirá en el sentido que le demos a la palabra promoción y condicionará el tipo de objetivos, ac-

² Organización Panamericana de la salud. Carta de Ottawa. (En línea) <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (10 de enero de 2013)

ciones y metas que nos propongamos.

Por otro lado, en el ámbito de nuestra práctica, trabajamos con individuos o comunidades que se sienten afectados por su sufrimiento. Un sufrimiento que no cesa y que retorna muchas veces en ruptura o dificultad para establecer lazos sociales.

Podemos situar entonces dos universales: salud **para todos y malestar estructural propio del individuo**. Saber cuáles son los alcances y límites de estos dos universales nos orientará para comprender los vaivenes a los que la práctica misma nos confronta.

Estamos inmersos en una época y debemos reflexionar sobre las respuestas que esta época da al sujeto sufriente. Una de ellas es la modalidad del consumo que intenta anestesiar o tapar ese padecimiento, sin tramitarlo ni reconocerlo. De la misma manera, los avances de la ciencia no han podido dar una respuesta acabada que garantice la salud, el bienestar, la felicidad completa del individuo.

¿Cómo orientarnos en esta encrucijada? ¿Cómo promover salud sin caer en estándares? ¿Cómo sostener una oferta en salud pública sin invisibilizar al sujeto en la generalización de su padecimiento?

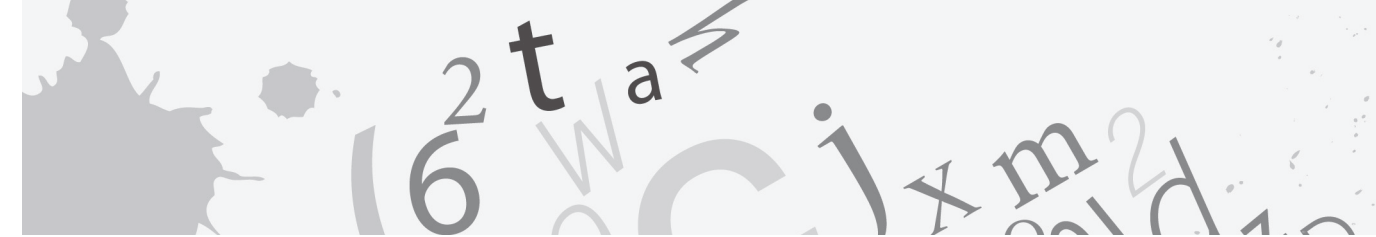
Sabemos que existe³ un malestar originario, inherente a todo individuo, donde el ideal de suponer sujetos sanos o enfermos se diluye. Para este malestar no hay ningún remedio, ninguna calidad de vida, más bien una calidad de malestar, una manera de hacer con este malestar.

Por eso entendemos que promover la salud, será orientarnos a propiciar recursos simbólicos para sortear este sufrimiento. Aunque todos los individuos lidiamos con este malestar, en algunos casos, una de las formas de manifestarse este sufrimiento es cuando el lazo social se ve interrumpido o impedido. Es ahí donde se agudiza dicho padecimiento.

¿Cómo lo escuchamos en un paciente, en un participante del taller, en la comunidad? Ya advertidos de la inexistencia del remedio o del objeto adecuado para su malestar, nos ubicaremos como facilitadores y acompañantes en la construcción singular de una respuesta individual o comunitaria.

La construcción de esta respuesta, por ser acotada, por tener un límite, nos invita a reinventar continuamente nuevas maneras, nuevas propuestas. Esta construcción permite al individuo enunciarse en esa historia y en ese movimiento responsabilizarse de sus actos.

³ Freud, Sigmund. El malestar en la cultura y otros ensayos. Alianza Editorial. 2006. Bs. As.



Cuadro 1: El taller cultural como dispositivo de promoción de salud

Pero ¿qué queremos decir con interrupción del lazo social? Cuando el individuo entra en la cultura, lo hace a través del otro. Para que el lazo social se produzca el sujeto tiene que poder intercambiar con los otros de la cultura formas de vínculos. La palabra, por ejemplo, es una herramienta propiciadora del lazo. Cuando esto se ve impedido, podemos entender que hay ruptura del lazo. Si el sujeto no logra restablecer ese vínculo, puede requerir de un tercero que lo modere o lo vehiculice. Este tercero puede ser, dependiendo de la situación, un familiar, la comunidad, una institución o el Estado ofreciéndole al individuo una respuesta que le permita enlazarse al otro nuevamente.

Hoy la **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657⁴** intenta una nueva respuesta a las problemáticas de la época. Es ahí donde el Estado introduce otra forma propiciadora: **el lugar del arte, de lo cultural, de lo recreativo como herramienta posibilitadora del lazo social, con el fin de acompañar al sujeto en la construcción de sus recursos simbólicos para que el lazo se establezca.**

En consonancia con la Ley la Subsecretaría realizó encuentros periódicos durante

⁴ Argentina. Ley Nacional de Salud Mental 26.657, del 25 de noviembre de 2010. Boletín oficial de la República Argentina, 3 de diciembre 3 de 2010, año CXVIII número 32.041.

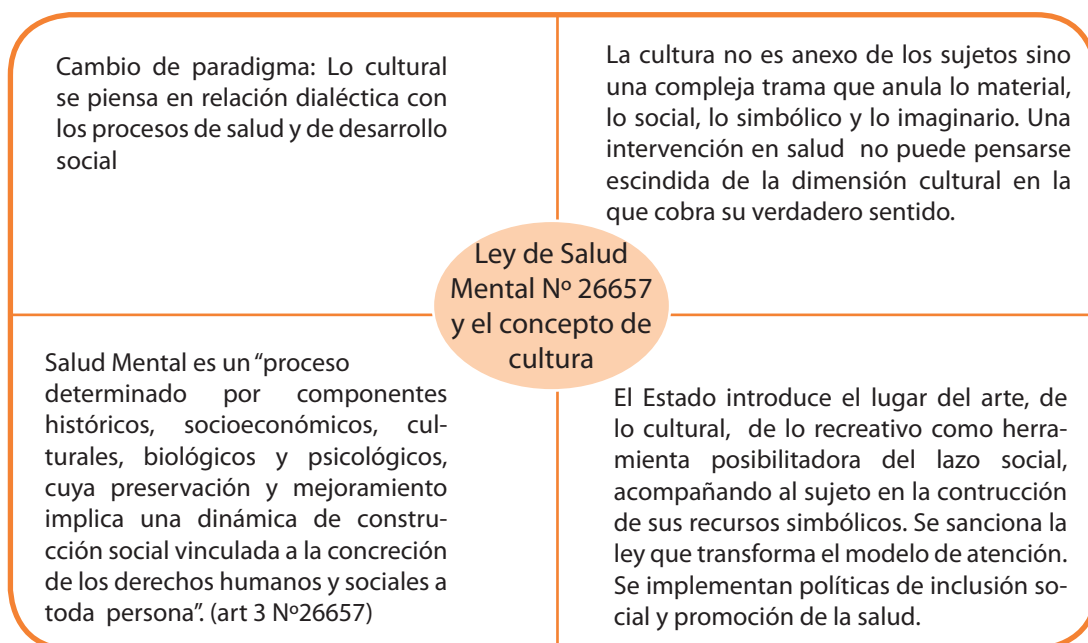


el año 2012 para los talleristas de la Red, con el objetivo de brindar herramientas para entender la articulación de lo artístico, cultural, recreativo y deportivo dentro de la salud pública.

3. CULTURA Y SALUD

Asistimos a un cambio de paradigma en el enfoque y conceptualización en salud en general y en salud mental en particular. En el nuevo paradigma lo cultural se incluye y está en relación dialéctica con los procesos de salud. Los equipos en salud mental son pensados como interdisciplinarios donde otras profesiones, disciplinas y perspectivas, además de las médicas, tienen un lugar y un campo de intervención. Los abordajes son entendidos como procesos particulares y singulares donde es preciso elaborar estrategias que incluyan lo cultural para sostener, ofertar y apostar a una inserción comunitaria en el marco del pleno ejercicio de los derechos civiles.

Por esta razón es que desde la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, proponemos la realización de actividades vinculadas a la cultura a través de prácticas artísticas, artesanales, comunicacionales y deportivas. Estas prácticas son valoradas como dispositivos fundamentales para la promoción de la Salud e inclusión social.



Cuadro 2: Ley de Salud Mental y cultura



Pero ¿qué entendemos por lo cultural? La cultura no se referencia con los niveles de instrucción ni con la posesión de bienes suntuarios, **no es patrimonio de algunos sino que todos somos sujetos de cultura** con estilos de supervivencia individual y comunitaria diversos. No es un anexo de los sujetos sino una compleja trama que anuda lo material, lo social, lo simbólico y lo imaginario.

Una intervención en salud no puede pensarse escindida de la dimensión cultural en la que cobra su verdadero sentido. Desde esta perspectiva lo cultural es un recurso fundamental para analizar el desarrollo de una sociedad. Un desarrollo entendido no sólo en índices económicos sino en participación política, en libertad de expresión, en acceso a servicios de salud y educación, en el ejercicio de los derechos civiles ⁵.

La cultura tiene un rol central en la formación de valores y su “desarrollo más productivo es el que valoriza la riqueza de las diferencias, propicia la comunicación y el intercambio –interno y con el mundo– y contribuye a corregir las desigualdades (...). El desarrollo social incluye esa dimensión propia de la cultura que es encontrarle sentido a lo que hacemos” ⁶.

El reconocimiento del valor de la cultura implica reconocer que su campo es complejo y heterogéneo. Distintas maneras de pensar y sentir el mundo conviven en tensión, contradicción o mixtura. Los objetos y representaciones sociales que les asociamos circulan y se resignifican en cada contexto de recepción.

El taller, en el marco de los dispositivos de salud mental pública, es una oportunidad más de trabajar sobre las representaciones sociales y los recursos simbólicos de cada uno favoreciendo la creación de lazos sociales, alejados de estigmas, estereotipos o paternalismos.

4. LOS TALLERES Y LA LEY DE SALUD MENTAL

La Subsecretaría cuenta con un número importante de talleristas que desarrollan tareas destinadas a la promoción de la salud mental en los distintos dispositivos de la Red. Estos planifican y coordinan actividades recreativas, artísticas, artesanales, comunicacionales y deportivas.

Se trata de una oferta desde la salud mental pública que amerita un trabajo de conceptualización y relevamiento para potenciar, orientar y visibilizar sus efectos y sus alcances.

⁵ SEN, Amartya, “La cultura como base del desarrollo contemporáneo”. En: Revista Cultura y desarrollo (UNESCO), número 2, año 2003.

⁶ GARCÍA CANCLINI, Néstor (2005) “Todos tienen cultura. ¿Quiénes pueden desarrollarla?”. Conferencia para el Seminario sobre Cultura y Desarrollo en el Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 24 de febrero de 2005.



Se utiliza el término **taller cultural** para agrupar las múltiples actividades que se desarrollan basadas en que todas ellas comparten en sus fundamentos los elementos esenciales de la estructura del juego y se inscriben en el campo de la cultura.

El taller cultural como dispositivo, en el marco de un abordaje interdisciplinario en salud mental, es un concepto reciente y de escasa implementación sistemática en nuestra Provincia. Si bien hay experiencias variadas y muy rescatables queda camino por recorrer respecto a la inclusión de lo cultural en las políticas públicas de salud mental y respecto del rol del tallerista coordinador en los equipos de salud.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 recoge como antecedentes experiencias de abordajes que incluyen, de manera más o menos explícita, el recurso a las actividades culturales y habilita un espacio de intervención para los saberes particulares de los talleristas. A partir de la sanción de la Ley estas prácticas encuentran un marco de legitimación.

Las competencias disciplinares artísticas, artesanales, deportivas, lúdicas y comunicacionales son en general compatibles con la definición de salud mental como “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.⁷

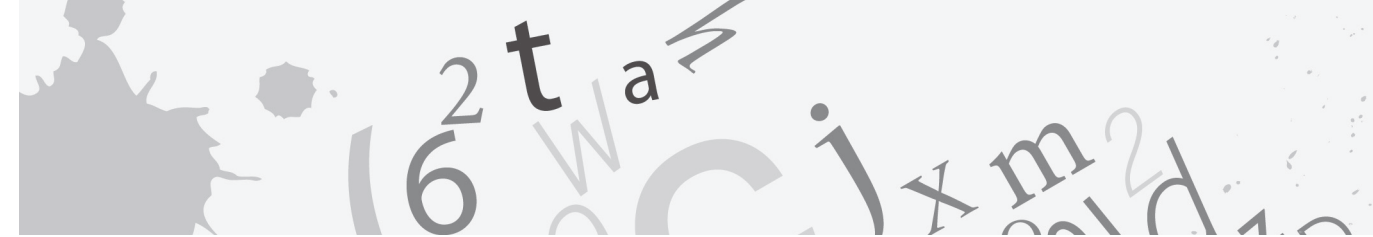
En el capítulo de la ley, dedicado a la modalidad de abordaje, se indica la constitución interdisciplinaria de los equipos que deberán estar formados por profesionales, técnicos y otros trabajadores debidamente capacitados.

La ley establece además que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la **Atención Primaria de la Salud** y que este proceso debe orientar al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Los dispositivos de salud mental deben materializar abordajes interdisciplinarios que aúnen aspectos socioeconómicos, clínicos, culturales y subjetivos de las personas en tratamiento. Esta dimensión de las estructuras de organización deben ser evaluadas en la práctica cotidiana del caso por caso, con lo que no encaja, con lo que irrumpe del otro por fuera del contrato social, con el síntoma que insiste, con el lazo que se rompe, con lo extraño que se impone y con lo que la sociedad no está preparada para alojar. El desafío se presenta al nivel de las estrategias de intervención en el nuevo panorama de inserción social, la comunidad.

El tallerista coordinador por sus competencias en relación a una disciplina artística, artesanal, comunicacional, deportiva o lúdica, sumadas a la capacitación que la Ley mencio-

⁷ Argentina. Ley Nacional de Salud Mental 26.657, art.3, del 25 de noviembre de 2010. Boletín oficial de la República Argentina, 3 de diciembre 3 de 2010, año CXVIII número 32.041.



na, encuentra su lugar en el equipo de salud siendo que es en la cultura donde el lazo social se establece, se complica, se interrumpe o se inventa.

PARTE 2 CONTENIDOS

1. LAS JORNADAS

Las Jornadas Provinciales de Capacitación e Intercambio para talleristas de la Red de atención a las adicciones, se desarrollaron entre marzo y noviembre en el marco del Programa Provincial “Barrio a Barrio”, tomando como eje central el Arte y la Salud.

Participaron talleristas y otros profesionales de los equipos de salud representando las XII Regiones Sanitarias de la Provincia. Se realizaron siete (7) encuentros y una jornada de cierre y exposición de trabajos de los talleres de los CPA.⁸

Las Jornadas ofrecieron un marco conceptual y un espacio de intercambio donde anudar las funciones que se venían realizando en los CPA y equipos de salud al tipo de abordaje que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

El objetivo específico fue brindar a los destinatarios una orientación y herramientas para abordar una práctica determinada. No se plantearon teorías, fórmulas o reglas a seguir. Sino que se favoreció el diálogo e intercambio de experiencias desde donde pensar los términos cultura, arte y salud como articulaciones posibles en un dispositivo de taller.

Se trabajaron conceptos, procedimientos y fundamentos éticos de un dispositivo artístico/cultural en un ámbito de salud mental.

Las temáticas fueron:

- El factor cultural en relación a la salud, y la salud mental en particular;
- El juego como estructurador y estructurante del taller;
- El arte y la salud;
- El trabajo en red;

⁸ La modalidad de las Jornadas fue teórica y práctica. Se realizó un relevamiento de recursos y talleres existentes. La coordinación de los encuentros estuvo a cargo de las Áreas de Intervención Comunitaria, Educación, Capacitación, Investigación y Docencia, Arte y Salud, Prevención Secundaria (GABA) y el Observatorio de las Adicciones. Tres de los encuentros fueron dictados por la profesora de Juegos Dramáticos Laura Lago coordinadora del taller artístico El Cisne del Arte de la Casa de Pre Alta del Hospital Dr. A. Korn (casadeprealta.blogspot.com.ar/2012/08/el-taller-cultural-de-la-casa-de-pre.html). La Biblioteca “Dr. R. Gutiérrez” participó en el desarrollo de las Jornadas proveyendo material y seguimiento bibliográfico.



- e. Los talleres culturales (arte/recreación/artesanía/expresión) como dispositivos particulares dentro de dispositivos mayores, los equipos de salud;
- f. El lugar del tallerista coordinador en el ámbito de la salud pública y sus horizontes de intervención en relación a la promoción de la salud;
- g. Formalización y registro de las prácticas;
- h. El concepto de cuerpo.

Al cierre de las Jornadas se realizó una encuesta de valoración. Según los datos relevados las Jornadas generaron expectativas en relación a enriquecer los dispositivos de taller, conocer el trabajo de los otros, aprender y compartir, sumar herramientas, capacitarse.

Los temas que más interesaron fueron: la creatividad en el Sistema de Salud y el Arte. Los aprendizajes concretos más mencionados fueron en relación a técnicas grupales, el rescate y valorización del juego, la importancia de la evaluación en relación a los procesos de taller- y no sobre las personas-, el orden y la planificación para trabajar.

Muchos talleristas destacaron la importancia de las Jornadas como instancia de capacitación institucional destinada específicamente a su labor y resultó valioso el intercambio con pares y profesionales de las distintas Regiones sanitarias. Uno de los efectos de lo trabajado fue el reconocimiento del tallerista como un integrante más del equipo de salud y la importancia de incluirse en una planificación institucional.

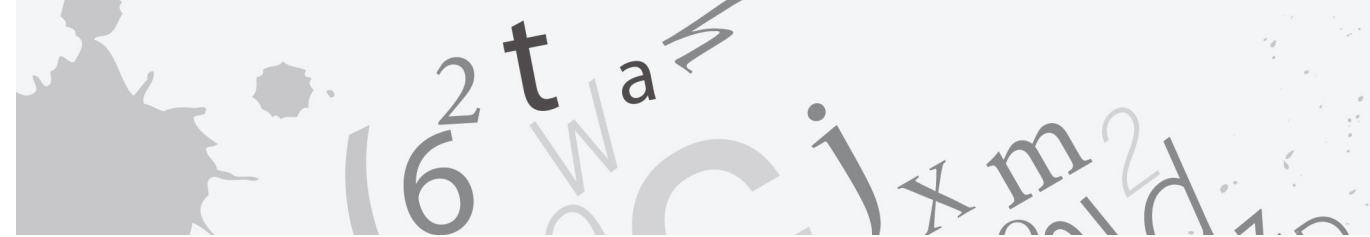
Las Jornadas permitieron a los equipos de los CPA compartir experiencias en el territorio, realizar propuestas, reflexionar sobre su rol en la promoción de la salud y sobre el quehacer de los talleres, así como encontrar una orientación para trabajar en la intersección de los campos de la cultura y la salud mental.

La presente publicación es el resultado de la organización de los contenidos abordados en las Jornadas y de los aportes surgidos del diálogo entre los capacitadores y los talleristas.

Es nuestra intención que la sistematización sea útil para el trabajo cotidiano de los talleristas y de otros profesionales interesados en el aporte del arte, el juego y la cultura a la salud de las personas.

2. ARTE Y SALUD

El arte ha probado su eficacia en el campo de la Salud Mental como recurso para la inclusión de personas tanto en dispositivos de atención ambulatoria, comunitaria o



de internación. El arte no es una necesidad primaria pero puede ser un recurso para la inclusión social ya que para que exista verdadera inclusión, más allá de la cobertura básica de las necesidades, tienen que generarse las condiciones para que cada sujeto pueda llevar adelante deseos personales que le permitan relacionarse, vincularse, enlazarse con el otro, sentirse parte, no resignarse, ser protagonista, proyectarse.

Por sus características intrínsecas, el arte promueve estas condiciones para el surgimiento de una subjetividad. No es una cuestión de talentos ni se reduce al campo de los artistas consagrados, es una dimensión de la condición humana presente en todas las culturas y sectores sociales.

“A pesar de no ser imprescindible ni desde el punto de vista de las necesidades vitales inmediatas, ni desde el punto de vista de las relaciones sociales obligatorias, el arte prueba en todo el transcurso de su historia su necesidad esencial. Hace tiempo que se ha indicado que la necesidad del arte es afín a la necesidad del conocimiento y que el arte es una forma del conocimiento de la vida, de la lucha del hombre por la verdad que le es necesaria” .⁹

El espacio orientado artísticamente se establece en la frontera entre lo privado y lo público. El arte promueve una apertura en el sentido, que determina las condiciones de inclusión/exclusión, a través de la producción de la obra, en la que se juega la expresión de una verdad subjetiva dirigida a la comunidad.

A través de la producción de un objeto artístico se promueve una instancia de transición. Esa producción habilita la entrada en juego de la creatividad como canal de expresión y, por lo tanto, de lazo social.

El objeto artístico representa lo singular de cada sujeto, la producción del objeto no es seriada. El sujeto refleja algo de su particularidad en la invención artística. Es en la creación donde se plasma algo de ese sujeto que lo hace particular, único, singular. En ese sentido, una vez instalada la apertura de ese espacio, se inaugura el tiempo lógico de la oposición entre la monotonía de la compulsión o de la repetición y la creatividad.

El uso problemático de sustancias psicoactivas, como problemática bio-psico-social, ocupa un lugar en el sistema de creencias sociales, asociado a un modelo unidimensional y fijo: el adicto es así. El arte como herramienta de promoción de salud brinda a los usuarios de servicios los recursos expresivos para superar ese modelo de sentido único y predeterminado.

⁹ Lotman, Yuri M. Estructura del texto artístico. Ed. Istmo, 1995. Pag. 10



3. UNA ORIENTACIÓN PARA EL TRABAJO EN EL TALLER

El arte, la artesanía, el deporte y la comunicación son prácticas que requieren de la marca de la subjetividad para realizarse. Estas prácticas son el núcleo específico de un taller cultural que no es reductible a otros campos del saber.



Cuadro 3: Características del taller cultural

En el espacio taller se propicia el uso y descubrimiento de recursos simbólicos en una escena compartida, que involucra la transmisión de conocimientos, materiales y herramientas. Objetos que se producen y resignifican en la circulación social con la presencia y usos particulares del cuerpo.

Un taller es una oferta hecha desde y en salud pero es una oferta entre otras, no un camino para todos, ni una instancia por la cual se deba pasar de manera obligada.

Teniendo en cuenta esta finalidad y estos elementos constitutivos el tallerista coordinador formula objetivos, fundamenta actividades y formaliza sus prácticas en relación a las disciplinas que aborda y al marco institucional al que pertenece. De este modo realiza un aporte particular a los abordajes interdisciplinarios y no se desdibuja en los sentidos y objetivos de otras disciplinas.

El conocimiento y las competencias del tallerista coordinador son imprescindibles, pero resulta fundamental que algo de su propio deseo se juegue en relación a la disciplina que aborda.

Es trabajo de cada tallerista coordinador pensar su práctica desde su propia subjetividad. Esta mirada le permite asumir su tarea de manera responsable, que incluye enriquecer su capacidad de juego y disfrute, estar en estado de formación constante, mantener la apuesta por las capacidades presentes y futuras de aquellos que vienen al dispositivo y trabajar en conjunto con otros profesionales.



Su **saber hacer** le dirá cuándo, dónde y cómo poner a disposición de cada uno y de un colectivo cuestiones materiales o conceptuales que permitan continuar el juego allí donde se detuvo o se complicó.¹⁰

La modalidad grupal de taller permite la exploración de procedimientos, conceptos y actitudes desde los saberes previos de cada uno haciendo circular el conocimiento y las resoluciones que los participantes aporten. Se trata de una apuesta entre otras para que un sujeto encuentre allí un lugar para desplegar un interés, un saber, un deseo, una manera de vincularse.

El taller cultural incluye instancias de apreciación estética o crítica y de muestra o de exposición pública. Éstas, sin embargo, no deben ser impuestas y requieren de un trabajo previo que las justifique para el propio grupo y para cada uno de los participantes. El taller puede ser también el lugar desde donde se promocióne o anime a un sujeto a encontrar en otros ámbitos de la comunidad espacios para seguir desarrollando un interés, una actividad o un aprendizaje.

En todos los casos el taller cultural es un marco donde enunciar a sus integrantes como hacedores de cultura, como sujetos capaces, con habilidades, saberes e intereses, abriendo el juego a nuevas identificaciones no estigmatizantes ni deficitarias.

Desde esta perspectiva el rol del tallerista coordinador no es el de adaptar, corregir o evaluar a los participantes según cánones de normalidad, éxito o belleza. Su trabajo será doble: articular los procedimientos, convenciones y saberes propios de cada disciplina con lo singular de cada caso, a la vez que resguardar un espacio para el otro (alumno, participante) que ese coordinador se encargará de no ocupar. De esta manera cada participante, movido por su interés, podrá hacer un uso particular del “para todos” de un taller cultural.

Se trata de apostar a una dinámica donde el tallerista coordinador hace de soporte técnico y conceptual, a la vez que genera un espacio vacío dentro del tiempo pautado y habitado por la tarea: un vacío donde el otro pueda ocurrir.

La Ley de Salud Mental dispone que los abordajes sean interdisciplinarios y que los tratamientos devengan de las decisiones consensuadas de un equipo. Pero puede pasar que no haya trabajo en equipo aún o que la integración al mismo no sea la deseada o expresada. Proponemos no tomar la indicación de la Ley como un ideal, en el sentido de otorgarle un valor de absoluto, o un imperativo. La planificación, el desarrollo y el registro de las prácticas de un taller pueden hacerse más allá de las dificultades institucionales. Por otro lado, pensando en las características del trabajo en red y ante la necesidad de referenciar la propia práctica siempre es posible encontrar en profesionales y equipos de otros espacios interlocuciones posibles.

¹⁰ Winnicott, Donald. “Realidad y Juego”. Editorial Gedisa. 1972



4. JUEGO Y SALUD

Las actividades plásticas, literarias, radiofónicas, musicales, deportivas, audiovisuales, entre otras que se llevan adelante en los talleres, cuentan con la ventaja, el plus, de ser actividades culturales específicamente lúdicas, estructuradas según los elementos constitutivos del juego. Y el juego es el antecedente y el sustento de la cultura.

Desde las sociedades más arcaicas la vida comunitaria se ha expresado a través de lo lúdico, y es gracias a la fuerza creadora y vitalizadora del juego que las manifestaciones más diversas de la cultura se han perfeccionado. El lenguaje, el mito, el culto, el derecho, el arte, el comercio, la ciencia, todas las manifestaciones de la vida cultural hunden sus raíces en el terreno de la actividad lúdica.¹¹

El juego tiene una importancia insoslayable en el desarrollo evolutivo de las personas, y la capacidad de jugar se manifiesta en todas las etapas de la vida. Es una actividad libre y voluntaria que se percibe como aparte de la vida corriente. Su realización no persigue otro fin que el placer que produce hacerla, instaurando un orden propio y colaborativo, que genera confianza. Facilita el crecimiento y la concentración comprometiendo al cuerpo en su integridad y complejidad psicomotora.

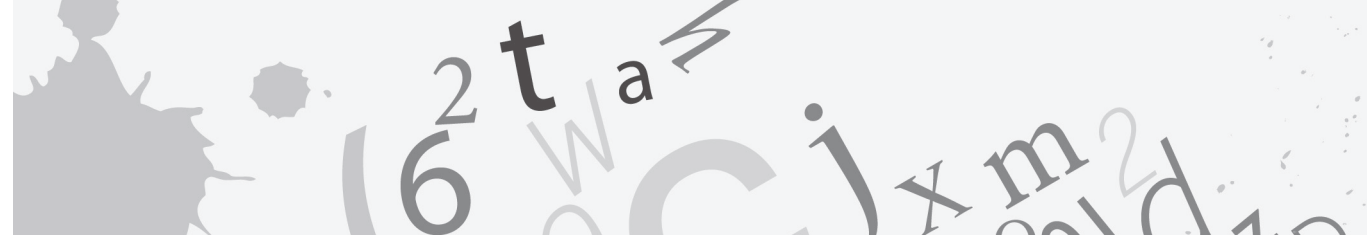
El juego instala una ética interior donde se estimula la inventiva en el marco de las reglas pautadas. Genera vínculos de pertenencia e identidad que tienden a perdurar más allá del tiempo destinado al juego. Instala una realidad compartida mediante una ficción en la que pueden volcarse sueños, fantasías, significaciones y sentimientos. "El juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida".¹²

Los talleres son espacios que permiten desplegar los elementos y dinámicas del juego en sus actividades concretas y en su orientación para cada caso y grupo. Se trata de pensar actividades lúdicas concretas pero también de analizar la cultura, los juegos sociales, las maneras particulares que asume lo lúdico para cada persona y contexto.

De otra manera se corre el riesgo de imponer mecánicamente actividades que en sí mismas son interesantes pero no son significativas para los sujetos. Se trata también de observar las dificultades, las detenciones, los conflictos que emergen en este nivel. Y por último elaborar estrategias para que el juego continúe, se diversifique y de pie a nuevos horizontes de desarrollo individual y colectivo.

¹¹ Huizinga, J. "Homo Ludens". Emecé Editores. Bs. As. 1957. primera edición: Leyden, 1938

¹² Winnicott, D.W. "Realidad y juego". Edit. GEDISA. Bs. As. 1985. Primera Edición: Londres 1971..



Tallerista: -Hicimos una capacitación con otro equipo técnico y les pedimos que se dividieran en grupo y dramatizaran una escena temida por el equipo.

-Me impresionó lo bien actuadas que fueron y cómo aprovecharon lo que tenían a mano para caracterizarse como pacientes, familiares y profesionales. Y cómo hablaban según cada rol. Luego de actuar trabajamos sobre lo que habían sentido y cómo habían resuelto las escenas, qué otra cosa se podría haber hecho.

- Cuando ya nos habíamos despedido, se acercó un operador para darme un beso. Yo le agradecí el compromiso de la actuación y él me contestó "No, gracias a ustedes por permitirnos jugar".

Capacitador: -El operador no rescató el contenido de las dramatizaciones ni la función de ese ejercicio, que lo tiene, sino el hecho mismo de jugar. La palabra permiso hace pensar en que para jugar alguien debe habilitar ese espacio, acompañar ese momento donde lo cotidiano se suspende. Incluso para abordar lo cotidiano y analizarlo, como en este caso puntual de las escenas temidas.

Conversaciones y/o comentarios de los talleristas durante los encuentros de capacitación o en múltiples espacios de intercambio.

5. UNA DIDÁCTICA DESDE LO LÚDICO

Johan Huizinga¹³, historiador de la cultura, investigó sobre el origen de lo cultural como rasgo propio de la especie humana, y para hablar de su tema descubrió que necesitaba saber del juego.

Su premisa es que la cultura nace y se desarrolla jugando. Este autor caracteriza el juego como una actividad libre y voluntaria, donde se asume conscientemente un como si. Una actividad que se percibe como aparte de la vida corriente y cuya realización no persigue otro fin que el placer que produce hacerla.

Una acción que instaura un orden propio sometido a reglas intrínsecas, en un determinado espacio y tiempo, que se percibe como creación rítmica y armónica, repetible y transmisible. Que involucra una tensión, una incertidumbre y la cuestión del azar, lo impredecible, lo espontáneo.

El juego instala una ética interior donde la inventiva del jugador es la que se estimula y pone a prueba, genera vínculos de pertenencia e identidad que tienden a perdurar más allá del tiempo destinado al juego.

El juego entusiasma y facilita muchas veces, que alguien que no está interesado a priori en una propuesta se implique, se "enganche", en una actividad con una dedicación y alegría. Esto es posible si se proponen las actividades desde una mirada lúdica, sin que esto signifique necesariamente que las actividades tengan que ser juegos ya establecidos, sino

¹³ Huizinga, Johan. Homo Ludens. Emecé Editores. Bs. As. 1957. Primera Edición: Leyden, 1938.



que la estructura misma de la actividad debe propiciar un clima y una dinámica lúdica.

La caracterización de Huizinga resulta una guía a la hora de planificar y guiar una actividad. La participación será siempre de manera voluntaria y las personas podrán dejar la actividad en cualquier momento. El trabajo del coordinador será crear el consenso sobre las reglas, o modalidades, de una tarea de manera que nadie se sienta obligado a continuar ni que se interrumpa la posibilidad de juego por la ausencia de un participante.

Las actividades deben elegirse según el contexto y según las características de los participantes pero sobre todo deben incluir algún grado de expectativa, de creatividad que propicie la inventiva y el placer de la diversión. Otra escena comienza a instaurarse, se produce un corte espacial y temporal, los participantes se organizan según nuevas reglas y acorde a sus propios impulsos. De esta manera incluso una invitación aceptada por compromiso, temor o especulación tiene chances de transformarse en un encuentro del participante con una tarea y con un grupo.

El juego es voluntario y mientras la opción a no entrar o dejarlo figure en el currículum real, se puede contar con un mínimo de asistencia y atención donde echar los dados cargados del plan de clase diario.

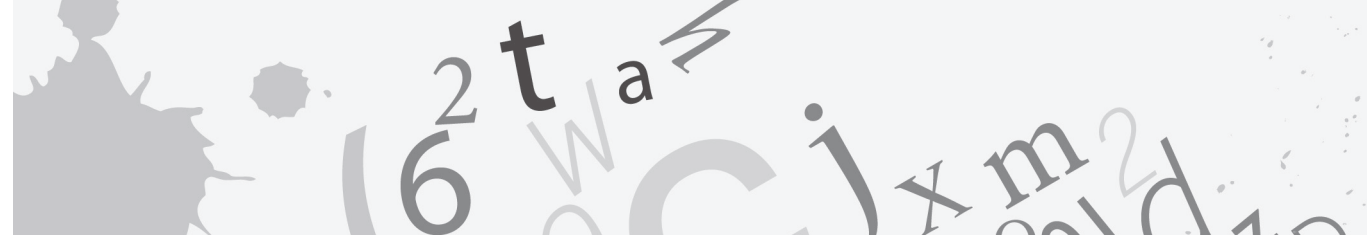
Desde el punto de vista de la didáctica del taller, el juego es la base estructural a partir de la cual las expresiones singulares asumen distintas formas, más o menos organizadas, hacia lo que tradicionalmente llamamos una *obra*, una pieza, una partida, un formato.

Lo que llamamos *obra* es un objeto complejo presentado a través de signos convencionales que varían por estilo o género, tiempo histórico, geografía, cultura, disciplina, tradición, etc. Estas convenciones son también contenidos a ser aprendidos, que se destacan por su función de comunicar, a un tercer participante de la experiencia (el espectador), las coordenadas elementales para comprender o mirar los hechos que se han seleccionado.

Este tipo particular o este uso particular de signos que enmarcan, recortan, exponen un conjunto de otros signos son necesarios tanto para diferenciar el objeto de la ficción como para abordarlo en su proceso constructivo.

Por ejemplo:

- en un ensayo la convención que permite distinguir actuar el *rol* y ser *uno mismo* debe compartirse por todos los integrantes para que la confusión no supere la tarea;
- una pincelada tiene que ser dada o dejada a propósito en el soporte para que sea parte de la obra y no una mancha accidental;
- el fotógrafo que enmarca un rostro lo convierte, aunque no quiera el modelo, en retrato;



- el que mira un paisaje y piensa “parece pintado” figura en su imaginación y su lengua algo que ha recortado del mundo natural a través de su percepción estética.

Lo que hace que algo exista como arte es que se lo pueda pensar y hablar como tal. Estos signos hacen los límites materiales del mundo de ficción que es así manejable (repetible y objetivable) por los creadores y por una comunidad de observadores.

Incluso el crítico o el experto podrán volar altísimo en su apreciación pero no podrán basarse en otras notas, otros colores, otras acciones que la que los autores fijaron en el texto de sus obras.

Este orden, que la obra se da a sí misma, permite que la selección del material expresivo y concreto que lo integra esté a disposición de la comunicación social. Estos acontecimientos particulares reunidos en un orden singular son los que constituyen la ficción misma y como tales remiten a un espacio y un tiempo diferentes del cotidiano.

Inaugurar espacios de trabajo -donde el objetivo sea crear las condiciones para un grupo y cada uno de los integrantes pruebe hacer una obra, recortándola del tiempo espacio cotidiano y presentándola como hecho concluido y repetible- es expectativa de logro elemental sobre la cual se podrán profundizar otros temas. Lograr ese nivel de dominio de un tipo de discurso que involucra el propio cuerpo en múltiples y tan diversas formas es un desafío y una posibilidad que el mundo del arte ofrece.

6. EL ROL DEL TALLERISTA

El tallerista posee saberes particulares e integra un equipo de salud donde se elaboran estrategias de intervención interdisciplinaria. Esta inserción particular del tallerista compromete sus competencias disciplinares específicas, pero también su posición ante los padecimientos y las presentaciones de los sujetos que vienen al taller y son sus destinatarios. En este aspecto cobra especial relevancia la orientación que guíe al tallerista, ya que su rol será el reflejo de las concepciones subyacentes que tenga sobre salud mental, sujeto, arte, enseñanza y aprendizaje.

Según la orientación que se propone en esta sistematización, el rol del tallerista debe:

- Facilitar a los participantes del taller el conocimiento práctico de los contenidos (conceptos, procedimientos y actitudes) propios de cada disciplina, es decir propiciar los recursos simbólicos de los participantes.



- Crear canales de intercambio con espacios culturales afines a las actividades e intereses de los participantes, es decir abrir el taller a la circulación social.
- Resguardar la modalidad lúdica y el clima placentero de trabajo.
- Dar lugar a la creatividad de los participantes, soportando que anuden en las producciones de objetos (por ej. un cuadro) y de procesos (por ej. un torneo) algo de su cosmovisión y o malestar subjetivo. Supone trabajar en el doble sentido de hacer de soporte material y conceptual de la actividad creativa y de alojar la diferencia del sujeto propiciando su localización en una producción artística, corporal, o comunicacional.

Desde esta perspectiva sostener un taller abarca muchas instancias: la planificación y la coordinación de las clases o encuentros; el análisis y elaboración de estrategias interdisciplinarias; el registro de las prácticas, las producciones y los recorridos de los participantes; la formación, supervisión y capacitación; la puesta en público de las producciones conceptuales y artísticas; la elaboración de proyectos; los festejos y celebraciones propios de las trayectorias grupales.

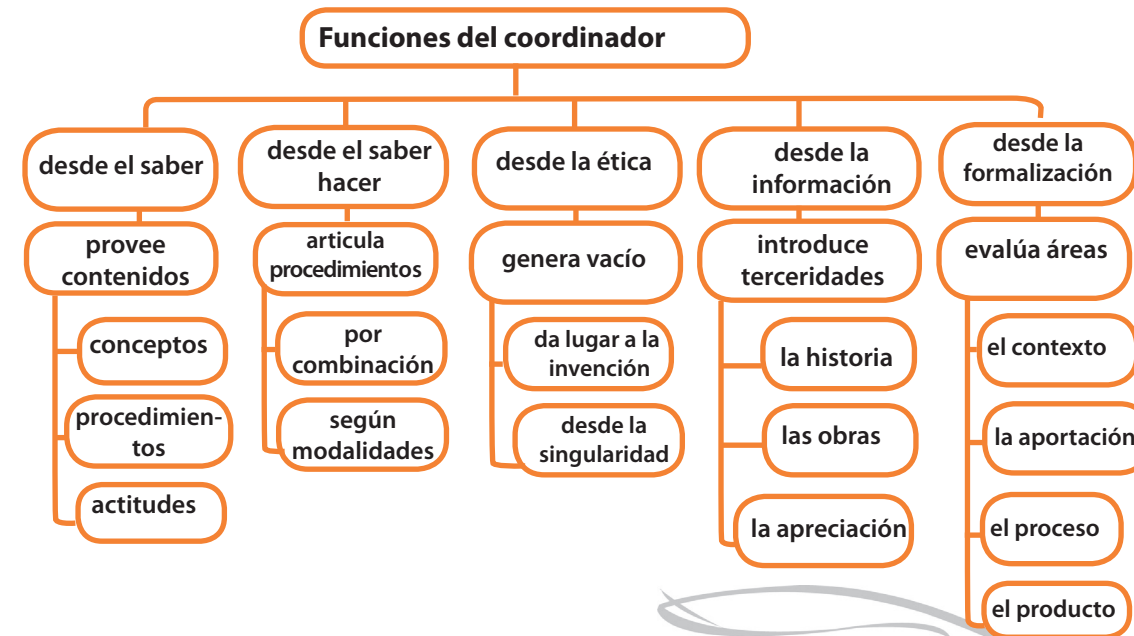
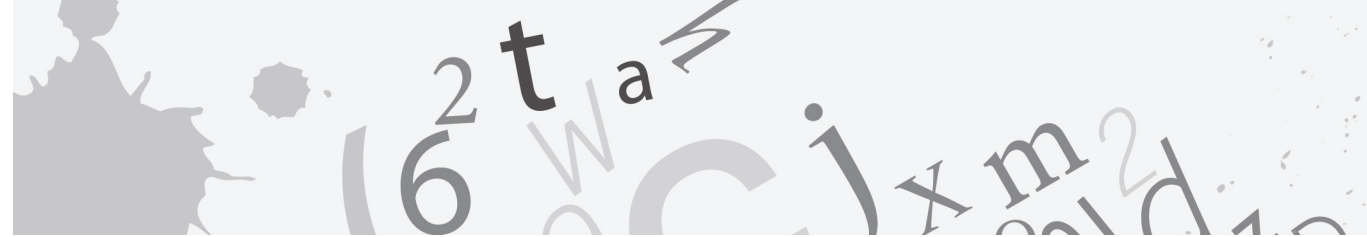


Cuadro 4: El rol del tallerista coordinador

El rol del tallerista en un equipo de salud está anclado en sus competencias disciplinares específicas pero adquiere toda su importancia en el marco del trabajo interdisciplinario de los equipos de salud.

7. FUNCIONES DEL TALLERISTA

El tallerista coordinador apuesta al surgimiento de una creatividad donde necesariamente algo de lo subjetivo debe darse. Para propiciar la creatividad el tallerista cumple algunas funciones particulares, distintas entre sí aunque articuladas en el devenir de la dinámica y contingencias de cada encuentro.



Cuadro 5: Funciones del tallerista coordinador

Proveer contenidos:

Esta función está en relación al saber específico disciplinar del tallerista, en el cual es competente y desde donde se autoriza a transmitir algunos contenidos. Se trata de aportar al grupo y a cada sujeto en particular conceptos, procedimientos y disposiciones o actitudes que hacen a un saber hacer artístico, artesanal, deportivo, lúdico o comunicacional. No significa que el tallerista lo sabe todo sino que de eso sabe y lo pone a disposición para el aprendizaje y apropiación singular de los participantes.

Articular procedimientos:

El taller se piensa en función de cada participante, observando su recorrido, poniendo a su disposición la infinidad de procedimientos y combinatorias que cada disciplina aporta. Se trata en este caso de acercar a cada sujeto en cada ocasión los procedimientos que hacen a la resolución técnica del arte, la artesanía, el deporte, el juego y la comunicación. El coordinador no solo debe saber de eso sino saber hacerlo. No es necesario que su saber hacer sea excelente ni virtuoso sino que oriente de manera práctica el uso de herramientas, el manejo de materiales, el uso del cuerpo, la secuencia de actividades, etc. Es decir todo lo que en el mundo del arte, la comunicación y el deporte se relaciona con la transformación de los materiales concretos que darán carnadura a las obras, ya sean discretas (un cuadro, un telar) o procesuales (una exposición plástica, un torneo).



Generar vacío:

Esta función es solidaria de la orientación que un coordinador tenga para llevar adelante su práctica. Como ya se mencionó anteriormente se trata de resguardar un espacio para el otro (alumno, integrante, participante del taller) que ese coordinador se encarga de no ocupar, propiciando que cada uno, movido por su interés, haga un uso particular del para todos de un taller de arte. En este sentido resulta determinante la posición ante el saber que el coordinador asume. Si se apuesta a la inventiva del otro para resolver consignas de índole lúdica, expresiva o artística a través de la experimentación con materiales, se alentará a los individuos a posicionarse como sujetos de una práctica y no como meros reproductores. De este modo las “fallas”, “deficiencias” de estilo o confección, las “demoras” o cualquier otro “defecto” respecto a un ideal o preconcepto se valorarán como marca subjetivas. Aquello que no encaje con lo previsto podrá habilitarse como experimento, exploración o resolución novedosa.

Introducir terceridades:

El coordinador tiene un saber, un saber hacer y habilidades para transmitir conocimientos que son producto del desarrollo histórico y cultural de una disciplina así como del encuentro singular con las técnicas, los conceptos y las modalidades de ese mundo en el cual el tallerista se inscribe. Él mismo ha aprendido de otros y con otros. Desde allí puede ofrecer información relevante al grupo y a cada sujeto sobre los aspectos históricos, las obras, los artistas, los deportistas, los autores y los movimientos del campo cultural que su disciplina abarque. Esta dimensión de la información le permite hacer jugar una terceridad en la escena del taller desde donde introducir correcciones y señalamientos en relación a aspectos del proceso creativo sin abrir juicios sobre las capacidades o elecciones de las personas. La puesta en juego del análisis crítico de los procesos creativos, incluye su valoración contextual e histórica que permite una ampliación de los horizontes de recepción y expectativas culturales de los participantes.

Evaluar áreas:

Como Eisner¹⁴ define, evaluar significa apreciar la importancia, valor o significación que tendría, tiene o tuvo un fenómeno en relación a unos objetivos propuestos. La evaluación no debe recaer sobre las personas sino sobre distintos órdenes que conforman una práctica:

- el contexto donde funcionará o funciona una intervención y que abarca las características de los participantes, del lugar físico, de los recursos materiales y de los recursos humanos;

¹⁴ CF EISNER, Elliot W., Educar la visión artística, Editorial Paidós, Barcelona, 1995.



- la aportación que el taller se propone, es decir qué actividades son posibles en ese contexto determinado y bajo qué modalidades o metodologías es posible abordarlas;
- la producción o los objetivos, analizando qué se proponía al inicio y que variaciones o novedades surgieron, qué logros se perciben desde el punto de vista del coordinador y desde cada participante;

Los efectos que se produjeron a partir de la intervención durante el proceso y no solo al final. Qué asimilaciones y apropiaciones de los contenidos se hicieron en las distintas etapas del taller y cuál es la autoevaluación y autopercepción de los participantes al respecto.

8. REGISTROS Y FORMALIZACIÓN

El trabajo del tallerista no se agota en su hora de clase. Se trata de tomar decisiones entre clases y ocuparse de una serie de actividades que escapan a las que se realizan en el momento del taller. Además, como cualquier docente o coordinador diversas situaciones, temáticas y problemáticas le imponen desarrollar un análisis y producir un conocimiento con los cuales volver al ruedo de la clase o encuentro.

Así podrá sostener y renovar los objetivos que se han planteado y reorganizar un espacio donde los mismos sujetos participantes van configurando tendencias, intereses, gustos, dificultades, habilidades, necesidades y propuestas. Se presenta así una instancia de trabajo y creatividad del tallerista coordinador entre encuentros. Llamamos a esta instancia la *formalización de la práctica*.

La formalización es en sí misma una práctica, de pensamiento y escritura, a partir de registros propios (apuntes, crónicas, relatorías, documentos), de conceptos, ideas, elaboraciones teóricas que otros han hecho en relación a las temáticas y campos que atraviesan la práctica y de aprendizaje teórico y prácticos diversos.

Formalizar es leer las regularidades y novedades surgidas en una práctica para analizar, historizar e imaginar responsablemente intervenciones posibles. Se trata de una investigación abierta, de resultados parciales pero no arbitrarios, donde hacer abstracciones conceptuales, interrogar el rol del tallerista en los contextos de intervención, fundamentar las decisiones tomadas y a tomar, adquirir nuevas competencias disciplinares.



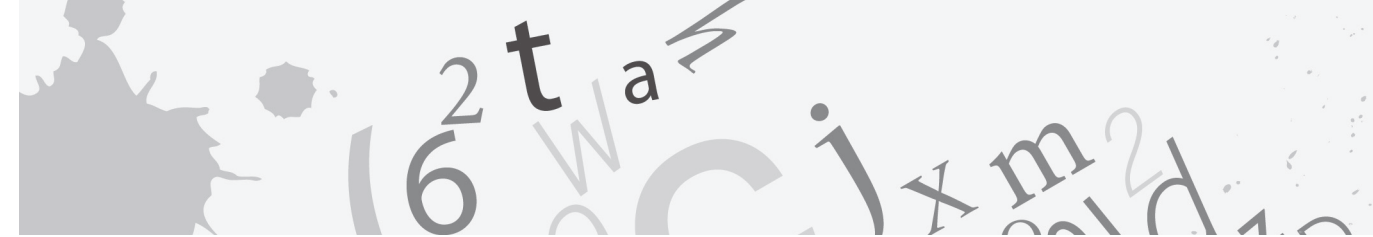
Cuadro 6: Proceso de formalización

Proceso hacia la formalización

Vivencia y registro inmediato

Un primer momento es el de la vivencia, cuando estamos haciendo la cosa, en el campo de la acción. Es la clase en sí misma, el paseo, la inauguración, el partido, el ensayo. Cuando estamos coordinando y en presencia de los alumnos o participantes, hay una sensación de inmediatez y de multiplicidad de estímulos y sucesos.

Los puntos de vista y líneas de acción son tantos como los participantes presentes, pero aunque lo imprevisible de la acción se impone, **decidimos**, no es un puro dejarse llevar. Dejamos de lado algunas cosas, introducimos otras, postergamos, reencausamos, etc. A veces lo que se impone es urgente y hay que responder.



Otras veces distinguimos algo en un acontecimiento y lo guardamos en la memoria para retomarlo luego. Puede ser que el encuentro no suceda, se desdibuje o se interrumpa y hacemos allí unas maniobras o no las hacemos. A veces no vemos o vemos sesgado. En definitiva teníamos un plan pero lo materializamos con cambios, modulaciones, agregados, dosificaciones, contramarchas. Decidimos muchas cosas en ese aquí ahora. Es una práctica pensante.

No todo es vivencia, hay una primera distancia lógica donde podemos reconocer cálculos, lecturas, intervenciones. En este momento hacemos el primer registro de los sucesos. Un registro “cuadro a cuadro” que nos permite coordinar la clase y es la materia prima para el registro material posterior.

Es un momento vivenciado y es imposible no estar implicados desde nuestra subjetividad pero también es momento de análisis y síntesis. Estamos trabajando, aunque se trate de un festejo o una conversación informal.

Diálogos:

Tallerista: *_Es reconfortante que se reconozca que nuestro trabajo no se reduce a las horas del taller.*

Capacitador: *_Seguramente ustedes mantengan conversaciones y otras situaciones que suceden en los bordes del horario pautado.*

Tallerista: *_Si, claro, porque en esos momentos también estamos trabajando aunque lo que se vea sea una conversación informal.*

Capacitador: *_Las crónicas y otros registros de clase nos sirven para reflexionar sobre lo que hacemos pero también para hacer visible y transmisible dentro de los equipos de salud todas las instancias que recorre el tallerista y sobre todo los usos que los participantes hacen de los espacios institucionales que se les ofrecen.*

Otro tallerista: *_Quizá en esos momentos es donde algo se comunica o se produce, en definitiva donde los sujetos también buscan un lazo, un espacio para expresarse. Las personas no nos comunicamos con todos por igual, tal vez con un tallerista alguien se siente mejor dispuesto a decir o a preguntar algo.*

Tallerista: *_Lo importante es reconocer uno mismo que esa conversación o situación en el borde del taller sigue siendo un momento del taller.*

Capacitador: *_Una conversación puede ser pensada como un objeto en sí mismo. Con esta idea el tallerista puede darle forma a esa expresión, un tiempo y un espacio. Incluso puede proponer una pausa para retomar el tema en el próximo encuentro o indicar que se trata de una inquietud para ser llevada a otro espacio.*

Tallerista: *_El tema, a veces, es cómo acotar.*

Capacitador: *_Hay cuestiones que suceden por fuera de la hora pautada para la tarea que se pueden relacionar con la característica del juego que produce lazos de pertenencia que tienden a perdurar en el tiempo. En todo caso la idea es ir por las regulaciones de lo lúdico que incluyen las formas del intercambio social y no por el disciplinamiento. Hay que tener en cuenta que en cualquier taller o colectivo creativo se produce cierto caos que en realidad es producto de los múltiples intereses y entusiasmos que surgen. Otro ordenamiento surge cuando se aloja el “desorden” y se va modelando con el otro según las regulaciones de las tareas y de lo social. Es preferible soportar algún “entusiasmo extra” o una “desubicación” y desde ese soporte construir nuevas maneras de estar.*



Experiencia

Un segundo tiempo es el tiempo del registro material, donde vía la descripción tomamos una distancia de la vivencia y la convertimos en experiencia. Este segundo tiempo es parte fundamental del trabajo y es muy rico para apreciar detalles de los sujetos o relaciones que en lo múltiple de la vivencia tal vez no distinguimos. Situar dónde hubo un acontecimiento para el participante (sea este del orden de lo que le anduvo como de lo que no le anduvo), analizar desde dónde intervenimos, qué estábamos pensando en el momento de una decisión, qué subyacía a una propuesta.

Es igualmente útil cuando el taller recibe visitas u otros coordinadores. No importa la calidad literaria o la extrema minuciosidad de los relatos, son apuntes con los datos más relevantes. El sólo hecho de escribir funciona como anclaje de la memoria, al releerlos reconstruimos una escena y volveremos a ver su compleja trama cuando lo necesitemos. Los registros llevan fecha, lugar y la lista de nombres de los participantes.

Podemos diferenciarlos en tres tipos:

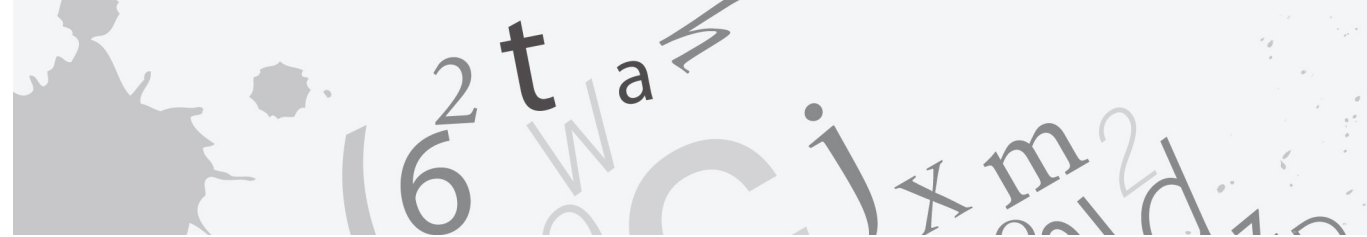
Cronológico: reconstruye los hechos tal como sucedieron en el orden del tiempo espacio actividad, incluyendo notas rápidas sobre impresiones, imprevistos, maneras de resolver. Es la crónica.

Recorridos subjetivos: visualiza el recorrido de cada participante en la clase o encuentro. Escribir algo de eso, algún comentario, algún gesto, cómo resolvió una consigna, cómo se relacionó con los demás, algo que nos pareció significativo. Este registro permite reconocer modalidades de estar y ser de los participantes más allá de nuestras primeras percepciones o preconcepciones, y ayuda a situar virajes o momentos particulares de interés o conflicto a lo largo del tiempo.

Registro documental: documenta y archiva las producciones o los procesos. En cada caso se verá si se puede incorporar la actividad de documentación durante el mismo encuentro y quién documenta.

El uso de tecnología para registrar imágenes y sonido amerita ser pensada e incorporada según los criterios específicos del taller. La tecnología y la reproducción de imagen y sonido no es una cuestión anecdótica o meramente auxiliar. Tiene implicancias en la dinámica grupal, la imagen corporal y social de cada participante y el grado de apropiación que puedan hacer del lenguaje técnico.

También se registra un texto digitalizándolo o copiándolo, escribiendo un relato oral producto de una consigna o de un juego espontáneo. Estos objetos registrados son marcas, huellas que al ser devueltas a los participantes pueden producir efectos de historización y de pertenencia o identidad.



Diálogos:

Tallerista: _ Estábamos realizando un taller de "Cuidado de la Salud" con chicos de 11 a 13 años. Abordamos la idea de salud con palabras que ellos asociaran a ese concepto y finalizó con la producción de un afiche grupal en relación lo que ellos consideraban la salud. Para documentar la actividad uno de nosotros tomaba fotografías y sucedió que uno de los chicos se rebeló contra ello y puso en evidencia que había alguien sacando fotos y condicionó su continuidad en el trabajo al borrado de la foto, lo cual hicimos. Pensamos que tal vez en un principio, para que nos quede registro de la actividad, tengamos que fotografiar solamente la producción de ellos y dejar que ellos mismos sean los que se metan en el cuadro a ser fotografiado.

Capacitador: _ El uso de la cámara fotográfica o filmadora puede ser complicado. Están en juego muchas cosas: la imagen corporal, los juicios de los demás, la desconfianza sobre quién verá las imágenes....A veces la aprehensión se disuelve sin mayores consecuencias pero puede provocar un malestar profundo. Puede resultar de un orden persecutorio, injurioso incluso. No hay que olvidar que una cámara es un artefacto de mirada, y de una mirada particular que físicamente está separada de los cuerpos presentes y esto, aunque pueda resultar extraño en principio, abre la posibilidad de que para alguien se le vuelva intrusivo, de mucho padecimiento.

Está perfecto cómo resolvieron la situación y cómo planearon incorporar la cámara la próxima vez. Eso soluciona la necesidad de registro y dará margen a los chicos para expresarse en relación de querer o no aparecer en la foto a modo del juego.

Tipos de registros

Crónica: relato de los hechos de la clase o encuentro en el orden del tiempo- espacio- actividad

Documentación: copia y archivo de las producciones.

Recorrido subjetivo: relato del recorrido de cada participante en una clase, encuentro o período atendiendo a las modalidades de estar y ser.

Cuadro 7: Tipo de registros de clase



Formalización

Cada tallerista coordinador encuentra su modo pero es posible que mientras hacemos los registros ya estemos analizando lo sucedido. Pero ¿qué analizar?

En principio el análisis contrasta lo sucedido en la clase real con:

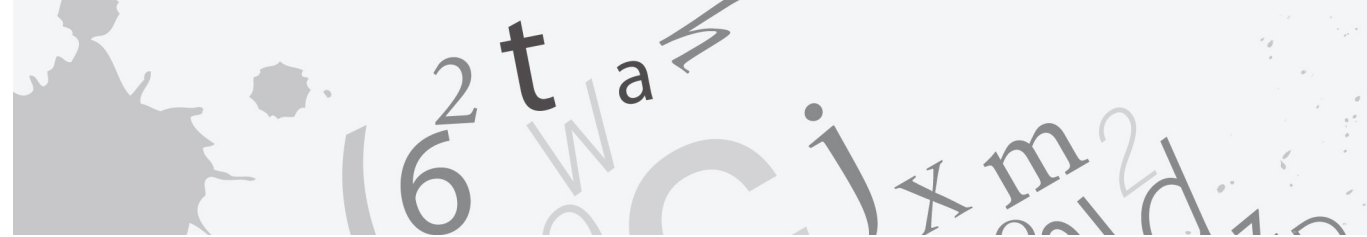
- el plan de clase o encuentro planeado
- el lenguaje, reglas, modos propios de la disciplina.

No pensamos relevante, y en cambio muy riesgoso, analizar las producciones en tanto contenidos argumentales o de significación. Esto seguramente es apropiado para el campo propiamente artístico, pero tratándose de un espacio de salud consideramos mucho más relevante alojar todos los contenidos e interpretaciones en relación a una producción. Así habilitamos que las sanciones sobre las mismas provengan del encuentro entre los participantes y no de prejuicios o cánones supuestos.

Se trata de experimentar con los lenguajes artísticos y no de acercarse o acertar a algún modelo de belleza o perfección. El ejercicio de la apreciación estética podrá poner en su lugar los comentarios que, tanto el autor como los otros contempladores, hagan sobre lo que perciben relacionando las distintas visiones con los elementos estructurales de los objetos y la historia de la disciplina.

En el momento del registro se puede ubicar básicamente qué cosas no funcionaron de la consigna y la dinámica, cómo salimos del paso, qué reelaboraciones hicieron los participantes sobre las actividades propuestas. Es decir lo puntual que haya pasado ese día desde el punto de vista de la transmisión de las consignas, el desarrollo de las actividades y la dinámica general. Es un momento propicio para surjan preguntas y distingamos algunos efectos sobre lo sucedido durante el encuentro, que suscitó en un participante o en la dinámica del taller.

Es probable que donde haya una pregunta, se haya recortado una problemática que podemos abordar orientados por ese interrogante. Estamos ya en un trabajo de formalización. Con los datos de los registros, los interrogantes y los efectos notados se puede ir en la búsqueda de textos y referentes. Empezamos a elaborar un marco teórico y a conceptualizar. Son estos efectos e interrogantes los que podemos aportar al equipo de salud donde pensaremos intervenciones en el marco de estrategias conjuntas.



PARTE 3

ANEXOS

I. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia de 1978 llamada Declaración de Alma Ata modificó la noción de salud solo como ausencia de enfermedad y la caracterizó como un estado completo de bienestar físico, mental y social. La consecución del nivel más alto de salud se convirtió en un objetivo social prioritario de alcance mundial: "Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria."¹⁵

Para alcanzar este objetivo se desarrolló la metodología de la Atención Primaria de la Salud (APS). La finalidad de la APS es el acceso universal a la salud de los individuos y familias en la comunidad a través de su participación activa. Este acceso universal a la atención sanitaria debe ser sustentable para cada país y comunidad según sus características de desarrollo, respetando la autodependencia y autodeterminación de los mismos. Algunos de los principios que sustentan esta metodología de atención son:

- Reflejar las condiciones económicas y socioculturales y las características políticas del país y las comunidades implicadas.
- Basarse en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y tecnología socialmente aceptables así como en la experiencia sobre servicios sanitarios y salud pública.
- Operar sobre los problemas sanitarios prioritarios de una comunidad proveyendo y promoviendo dispositivos de diferentes características de atención.
- Educar, promover, asistir y realizar acciones de control sobre los problemas sanitarios más prevalentes y las metodologías para abordarlos.
- Implicar a todos los sectores relacionados con los problemas sanitarios e incluir en el análisis y la planificación a los diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario.
- Promocionar el autodesarrollo de las comunidades y los individuos y la participación activa de estos actores en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de atención primaria.
- Priorizar la atención a los sectores más necesitados de la sociedad.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Mata. (En línea) http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm (10 de enero de 2013)



2. TRABAJAR EN RED

A la tarea desarrollada por los trabajadores de la Red de Atención de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones dentro de cada Servicio de Atención, se suma el trabajo con vecinos, referentes sociales, organizaciones de la comunidad, organismos públicos y privados abocados a diferentes temáticas, no sólo del sector de la salud.

Para pensar este complejo tejido que operativiza la atención sanitaria nos valemos del concepto de redes sociales según lo han estudiado Elina Dabas y Néstor Perrone en el artículo "Redes en Salud".¹⁶

Una red social está compuesta por una red vincular y una red nocional. Se trata del entramado de las relaciones personales que enlazan a los individuos, y del conjunto de representaciones o nociones que los sujetos transmiten, reelaboran y resignifican permanentemente en sus intercambios.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, la red nocional es un soporte que posibilita enmarcar el accionar a través de "esto quiere decir lo mismo para ambos". No se trata solamente del marco teórico que respalda el accionar de los profesionales, sino de los diversos marcos teóricos y referenciales que poseen todos los implicados en un intercambio de la red.

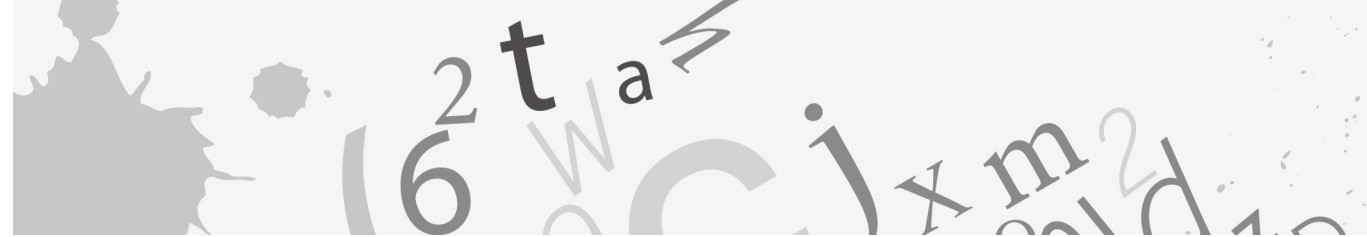
Es una construcción colectiva e individual en permanente modificación. Implica un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y de diferentes colectivos entre sí, que potencia los recursos existentes y propicia resoluciones novedosas a problemas o necesidades.

Para que se genere una red es imprescindible que se asuma una finalidad explícita y de interés para las personas e instituciones que la conforman. Estos fines no reemplazan ni contradicen, sino que complementan los fines de las organizaciones participantes, las funciones o estructuras formales existentes y pueden introducir cambios profundos en su concepción y funcionamiento.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutoria, ser más eficaces y eficientes en los productos de intercambio y en el trabajo colaborativo.

El ámbito de la salud está atravesado por diferentes redes: social personal, comunitaria, institucional, de servicios e intersectorial. **El tallerista** como integrante de un equipo

¹⁶ Elina Dabas, Elina y Perrone, Néstor. Redes en Salud. www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf. Noviembre de 1999.



de salud es un actor social que opera en la cultura local y trabaja en los espacios de frontera entre las diversas redes. Desde este lugar favorece los intercambios entre organizaciones e individuos y facilita un autodiagnóstico sociosanitario de la misma comunidad.

- **La red social personal** es la suma de las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red es solidaria de su reconocimiento como individuo. Es una instancia clave de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo. Los hábitos de cuidado de la salud así como la capacidad y adaptación a una crisis se transmiten y experimentan en esta red. Se ha demostrado que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, influye en el buen uso de los servicios de salud, colabora en la curación y aumenta la sobrevivencia.

- **La red comunitaria** está conformada por los actores sociales individuales o colectivos de una población determinada. Por actor social entendemos a aquel individuo o colectivo capaz de transformar su entorno al mismo tiempo que se transforma a sí mismo. La articulación entre los equipos técnicos y profesionales con estos actores sociales es fundamental para que las políticas públicas reflejen las prioridades sanitarias, consignen la participación activa de la población y se transformen en reales instrumentos de cambio, identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención sanitaria y, en definitiva, logren mejores niveles de implementación.

- **La perspectiva de las redes sociales** supone subvertir la cultura piramidal que subyace a muchas organizaciones e instituciones, para abordar la formulación de proyectos desde cada organización/institución en singular. Implica el análisis de las demandas de la población para ajustar y formular la oferta de atención más adecuada según contextos y momentos; incorporando activamente a todos los sectores que componen la institución: profesionales, técnicos y administrativos en la formulación de los proyectos. Propende a introducir una cultura de relaciones que anula la cultura del compartimento estanco de sectores y su consecuente burocratización, promoviendo de esta manera la construcción de un campo interdisciplinario, interactivo y de construcción diversificada de conocimientos.

Este modelo de trabajo redonda en beneficio de la atención de los usuarios del sistema público de salud al mismo tiempo que mejora las condiciones de trabajo y desarrollo de los equipos de salud.

El funcionamiento en red de los servicios, en general, supone no sólo una designación formal sino la construcción de itinerarios concretos para su utilización. La red articula necesariamente con el subsector de la seguridad social y el sector privado así como los niveles local, provincial, regional y nacional.



Por otro lado los usuarios realizan itinerarios y demandas condicionados por múltiples factores: geográficos, económicos, culturales, familiares, etc. que no siempre se adecuan a los esquemas previstos. Se trata de una tensión entre la decisión o posibilidad del usuario y las estructuras de funcionamiento administrativas.

El trabajo en red supone reconocer territorialmente los recursos públicos, de la seguridad social y privados, vincularlos funcionalmente las disponibilidades de los diferentes niveles y especialidades de atención y articularlos con las demandas y condiciones de la población real.

Pensar en redes de salud genera un campo de participación y de asunción de responsabilidades. En el proceso de constitución de la red se conforma un capital simbólico valioso a la hora de pensar desde otra perspectiva el desarrollo de la sociedad y la adquisición de un entrenamiento social para abordar situaciones críticas. Para esto **se requiere que los actores sociales estén comprometidos y conscientes de la importancia de su accionar en la red social.** Así mismo es necesario que las prácticas de red se concreten en procesos sistemáticos, continuos y en permanente evaluación.

3. PLANIFICACIÓN

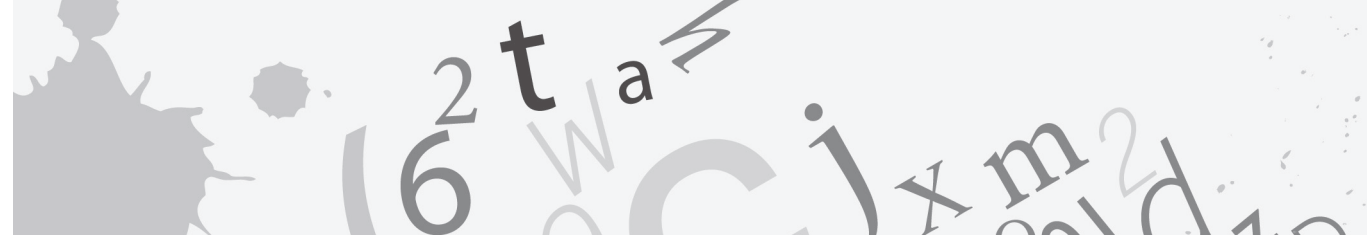
La planificación es una fase o función esencial de la gestión, porque supone el diseño de los pasos para ejecutar a partir de una mirada analítica sobre el diagnóstico situacional.

Diagnóstico

Para la implementación de todo proyecto se hace imprescindible la suma de distintas herramientas que conformen una metodología de trabajo. Como punto de partida nos proponemos la realización de un diagnóstico situacional local.

En la actualidad existe un sin fin de herramientas que permiten o conforman la posibilidad de realizar un diagnóstico:

- ✓ Mapeo.
- ✓ Matriz F.O.D.A.
- ✓ Entrevistas individuales.
- ✓ Entrevistas grupales.
- ✓ Talleres.
- ✓ Otros.



Como primera herramienta proponemos la construcción de un Mapeo del barrio, donde se va a desarrollar nuestra actividad. El mismo consiste en poder registrar todas aquellas instituciones formales y no formales que conforman el barrio. Es decir, poder obtener un registro de la infraestructura social básica, del área determinada de la población beneficiaria de nuestro proyecto.

A modo de guía sugerimos una serie de preguntas a tener en cuenta para cada una de las Instituciones detectadas:

- Nombre
- Razón social (objetivos que persigue la Institución)
- Referente (aquellas personas reconocidas como interlocutor válido, reconocido por la gente).
- Se podrá agregar, de forma resumida, toda la información acerca de estas Instituciones que resulte de importancia pudiendo conformar un muestreo del lugar y su funcionamiento.

Una vez conformado este mapeo es importante socializarlo, es decir darlo a conocer y difundir dentro del mismo barrio para que los actores locales conozcan y reconozcan con los recursos que cuentan.

El **Mapeo** contribuye a presentarse como el paso inicial a la construcción del diagnóstico propiamente dicho.

Diagnóstico situacional

Antes de la elaboración de un proyecto es necesario tomar contacto con la realidad, analizar la situación como punto de partida de nuestras acciones futuras siendo imprescindible conocer lo que pasa para actuar en relación.

Tenemos que dirigir la mirada en dos direcciones:

- Mirar las instituciones (formales y no formales) surgidas a partir del Mapeo, los recursos materiales existentes, los actores involucrados, etc.
- Mirar la problemática de las adicciones con relación a la población beneficiaria del programa, causas y consecuencias, cómo interfiere en el barrio, etc.

Diagnosticar significa llegar a vislumbrar las realidades negativas y las potencialidades que se presentan dentro del lugar a intervenir. Hay que conocer la realidad para poder transformarla. Se trata de empezar a buscar todas las alternativas posibles para hallar soluciones, llegando a diseñar las ideas ejes del proyecto.

A modo de abanico proponemos una serie de herramientas a utilizar para la realización del diagnóstico, destacando que cada una de ellas no son ni exclusivas, ni excluyentes; sino todo lo contrario. Funcionan de manera complementaria.



Matriz de análisis f.o.d.a

Como herramienta rápida y fácil de aplicar, que nos permite un acercamiento a la realidad local permitiéndonos comprender donde estamos situados es la aplicación de una matriz de análisis llamada **F.O.D.A.**

La **matriz F.O.D.A.** permite establecer una mecánica clasificatoria, pudiendo distinguir el adentro y el afuera del objeto a analizar. La matriz aparece como una herramienta facilitadora, brindando la posibilidad de leer la realidad de una manera rápida y concreta. Saber donde estamos ubicados, nos da la posibilidad de poder pensar hacia donde queremos ir, planificando y actuando en consecuencia. Diseñando las líneas de acción que nos facilite la llegada a nuestro objetivo propuesto.

Las siglas **F.O.D.A.** responden a las iniciales de cuatro palabras:

Fortalezas, **O**portunidades, **D**ebilidades y **A**menazas

Las **fortalezas** y **debilidades** nos permiten realizar una evaluación sobre el objeto en sí. Centrar la mirada en aquellas cosas que se presentan como potencialidades a sostener, y cuáles son los puntos débiles que debemos ajustar.

En tanto que las **oportunidades** y **amenazas** provienen del análisis del contexto en el cual está inserto el objeto a tratar. Es decir, cuáles son las ventajas y desventajas del entorno. Esto nos permite pensar cuáles son las estrategias adecuadas, para actuar sobre la realidad que se nos presenta.

Cabe destacar que tanto las fortalezas y debilidades son el marco desde donde podemos movernos, es decir trabajar sobre ellas. En cambio las oportunidades y amenazas, al estar relacionadas con el contexto, responden a la realidad subyacente poco probable de modificar, es decir que solo nos encuadra la realidad.

Entrevistas individuales

Otra de las herramientas propuestas son las entrevistas a los referentes claves, detectados en el mapeo, aquellos sujetos que pueden hablar por el conjunto de personas que conforman la Institución u organización. Es decir, que “representa la voz del grupo” del cual forma parte. **Las entrevistas individuales** se utilizan cuando la información necesaria requiere la opinión de pocas personas que pueden brindarlas y además tiene como particularidad que no hacen recomendable incluirlas dentro de talleres o entrevistas grupales. También se puede utilizar como complemento a encuestas globales o a datos obtenidos por información secundaria. Es conveniente realizar una guía de preguntas previamente, que den cierta estructura a la entrevista. Es imprescindible tener claro el para qué de cada una de las preguntas que se realizan, pudiendo justificar la presencia de ellas.

Entrevistas grupales

Las **entrevistas grupales** permiten obtener información a partir de los puntos de vista de diferentes actores, ante una misma situación. Los convocados dan sus opiniones



sobre los temas propuestos y orientados, por quién coordine el encuentro, moderando la intervención de cada uno de los presentes. Esta herramienta nos permite profundizar algún tema en particular, de manera específica, rápida y a bajo costo.

Historias de vida

Otra herramienta a utilizar con los referentes claves detectados son las **Historias de vida**, se pueden realizar dos o tres entrevistas a los líderes naturales, como representantes de la voz del grupo. A través de las entrevistas se reconstruye la vida, aspectos culturales, sociales, etc. Priorizando la profundidad del análisis permitiendo descubrir y comprender el funcionamiento de determinadas realidades socioculturales.

Encuestas

Una técnica posible de aplicar es la **Encuesta** consiste en la interrogación a los distintos lugareños a través de un cuestionario estructurado y cuidadosamente diseñado. Las respuestas obtenidas serán codificadas y luego analizadas para arribar a conclusiones. Cabe destacar que esta es una herramienta que facilita la recolección de datos cuantificables, pudiendo abarcar una población mucho más extensa.

Siguiendo con el abanico de herramientas que posibilitan la construcción del diagnóstico, aparece la modalidad de **taller**.

Los talleres se presentan como un espacio propuesto para la interacción de diferentes actores, persiguiendo como fin la reflexión, el debate, etc. Como medios facilitadores existen infinidad de técnicas de dinámica grupal que se adecuan, de acuerdo a la necesidad de trabajar algún aspecto en particular (confrontación de casos, resolución de conflictos, participación, búsqueda del consenso, análisis vincular etc).

A modo de corolario

La selección y confección del instrumento adecuado es fundamental para poder llegar al fin propuesto. Por esta razón es importante tener claridad sobre la delimitación del diagnóstico, a través de algunas preguntas que ayudarán a definir la metodología a implementar:

- Qué tipo de información se hace necesaria para la construcción del proyecto.
- Cuándo es necesario disponer de la información, saber con cuánto tiempo contamos para recolectar la información.
- Qué recursos tenemos disponibles, tanto materiales, económicos, como humanos.

Planificación

Una vez realizado el diagnóstico nos encontramos con una gran cantidad de datos obtenidos, es el momento de preguntarnos que hacemos con esa información:

- Analizamos los datos.



- Los ordenamos, jerarquizándolos.
- Nos preguntamos por las causas y las consecuencias.

Es a partir del análisis de datos donde separamos aquellos problemas de estructura y de coyuntura que aparecieron. Descartando las problemáticas que no están dentro de nuestras posibilidades modificar. Solo nos abocamos a trabajar con los problemas coyunturales relacionados con la problemática de las adicciones y todas las dificultades que aparecen como obstáculos problematizando la calidad de vida de la población, transformándola en una población en riesgo.

Luego de realizar esta distinción, jerarquizamos los puntos a trabajar estableciendo prioridades, dado que es imposible abarcar todas las dificultades detectados de manera simultánea.

Cuando tenemos definido el problema a trabajar, nos abocamos al diseño de las estrategias a implementar, construyendo un proyecto.

Proyecto

Cabe destacar que cada proyecto será particular y responderá a las necesidades sentidas por la comunidad trabajada y detectada en el diagnóstico. Tomando como eje de trabajo los objetivos específicos de CPA como línea de trabajo, y tratando de involucrar las acciones propuestas para los mismos.

Teniendo presente la viabilidad y la factibilidad de acuerdo con los objetivos y los recursos disponibles para la implementación del proyecto preventivo.

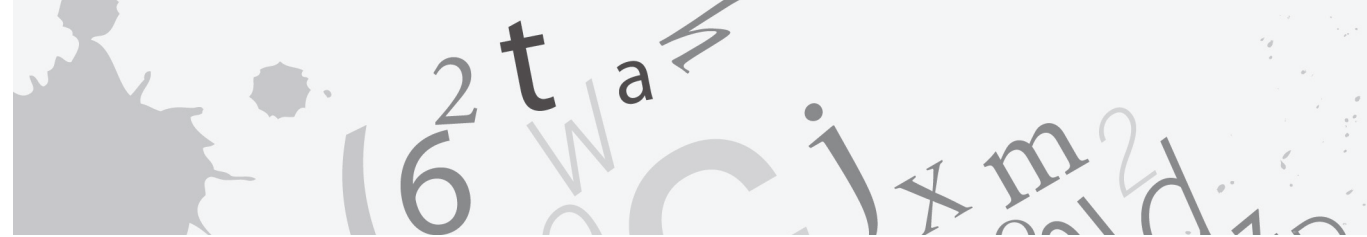
Existen una infinidad de maneras de construir un proyecto, nosotros utilizaremos un modelo básico, con el fin de unificar criterios y compartir metodología.

Guía para la elaboración del proyecto:

Nombre del proyecto: indica de manera sintética, mediante un título, lo que se quiere hacer. El título incluye que se quiere hacer, para quién y en dónde. En pocas palabras se expone lo que nos proponemos realizar.

Descripción del proyecto (Propuesta): la denominación identifica al proyecto, pero esto puede resultar insuficiente que no de cuenta de la idea completa del proyecto. Por esto se debe realizar una breve descripción del proyecto, definiendo y caracterizando la idea central de lo que se pretende realizar. Poniendo de manifiesto la información relevante. Donde una lectura rápida permita conocer de que se trata el proyecto.

Fundamentación (por qué se hace, razón de ser y origen del proyecto): son los argumentos que justifican la realización del proyecto. Se tendrán en cuenta los elementos detecta-



dos en el diagnóstico, mostrando las distintas alternativas propuestas para la resolución de situaciones no deseadas. Clarificando en que nos va a beneficiar el proyecto. Dos puntos a tener en cuenta son:

- Se debe explicar la prioridad y urgencia del problema para el cual se busca una solución.
- Se debe justificar por qué este proyecto que se formula, es la respuesta de soluciones más adecuada o viable para resolver este problema.

Estos aspectos son complementarios, se trata de justificar el proyecto desde el diagnóstico realizado.

Objetivos (qué se quiere hacer y qué se espera obtener): se aboca a la tarea concreta de definir lo que queremos hacer. Indica el destino del proyecto o lo que se pretende alcanzar con su realización. Se expresan los logros definidos que se pretende alcanzar. La formulación correcta de los objetivos es la garantía de elaborar un buen proyecto, ya que en torno a los objetivos se da coherencia al conjunto de actividades que componen el proyecto. Los objetivos se redactan con verbos en infinitivo, lograr, hacer etc.

Objetivo general: es el propósito central del proyecto, explica cuál será el resultado último de la propuesta. Quedará explicitado lo que nos proponemos y a dónde queremos llegar.

Objetivos específicos: se derivan del objetivo general, actuando como complementarios, definiendo las acciones que se van a realizar para alcanzar el objetivo general.

Metas (cuánto se quiere hacer): son los objetivos cuantificados, es decir que para que los objetivos adquieran un carácter operativo, hay que traducirlos en logros específicos expresados en número. A cada uno de los objetivos específicos le corresponde una meta. Esto nos ayuda a medir los resultados, permitiéndonos evaluar la ejecución del proyecto.

Cronograma de actividades: permite ordenar las acciones, delimitándolas en el tiempo.

Beneficiarios: se pueden describir dos categorías de beneficiarios **directos** (aquellos donde la política va dirigida) o **indirectos** (aquellos que de alguna manera se verán beneficiados por las acciones programadas). Es importante poder identificarlos.

Recursos: son aquellos recursos con los que contamos o deberíamos contar para que el proyecto se gestione. Se pueden describir en tres niveles humanos, financieros y materiales.

Gestión: puesta en marcha del proyecto.

Evaluación: es conveniente realizar una evaluación en proceso, que de cuenta cómo se va avanzando con lo planificado, permitiendo poder ir modificando durante el hacer mismo.



Aprendiendo de la experiencia y pudiendo de manera sistemática readecuar el nivel de intervención, en caso de que fuera necesario, enriqueciendo de este modo la práctica preventiva.

4. CORPOREIDAD. UN RECORRIDO POR SUS DIFERENTES ENFOQUES

Este recorrido acerca del concepto de corporeidad se origina en las preguntas que se nos presentaron al pensar qué teoría/s sobre el término “cuerpo” subyacen en nuestras prácticas y acciones. Poner en cuestión la noción de corporeidad nos abre la posibilidad de establecer preguntas y relaciones tales como: cuerpo-persona- cuerpo-individuo- cuerpo-salud, entre otras líneas de lectura. Resulta interesante también utilizar este concepto como bisagra para pensar el entrecruzamiento de las distintas disciplinas que convoca el tema de las adicciones: Sociología, Antropología, Educación Física, Psicología, Psicoanálisis, Filosofía, Arte, entre otras.

Nuestro propósito en principio consiste en des-naturalizar “el cuerpo” (tal es la razón por la que hablamos de “concepto de cuerpo”) y pensarlo siempre en relación con otros conceptos.

Comenzamos por ubicar esta noción en distintos contextos históricos y culturales en sentido amplio. Por ejemplo la concepción y el tratamiento del cuerpo en la cultura oriental son muy distintos a la del mundo occidental. A grandes rasgos podríamos decir que en nuestro mundo -el occidental- el cuerpo ha sido construido por la ciencia moderna, fundamentalmente por las ciencias biológicas. No es tan así en otras culturas donde el cuerpo toma un lugar secundario con respecto a lo espiritual, pensemos por ejemplo en las creencias en torno a la reencarnación.

Entre la Antigüedad y la Modernidad, siguiendo a Michel Foucault¹⁷, encontramos ciertas similitudes en la mirada que se tenía sobre el cuerpo: el valor de lo estético, las dietas, los regímenes. La Medicina, íntimamente relacionada con la Filosofía, definía una manera de vivir. El saber médico ordena y vigila constantemente al cuerpo en su buen vivir. Pero este autor señala una diferencia que a nuestro entender no es menor: la permeabilidad del mismo. En la Antigua Grecia, los cuerpos eran permeables a la influencia de los dioses, quienes podían transferir distintos sentimientos tales como amor, ira, etc.

Por otro lado en los discursos y definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a las adicciones a sustancias -que plantea en términos de toxicomanías-, podemos rastrear qué concepción del cuerpo subyace. Encontramos en la definición de droga el siguiente enunciado:

¹⁷ Michel Foucault; Historia de la sexualidad. Tomo: 3: La inquietud de sí. Ed: Siglo veintiuno editores (2003).



“Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además, susceptible de crear dependencia”.¹⁸

Tenemos aquí dos palabras que nos guían para conjeturar cuál es la concepción de cuerpo para la OMS: “organismo”- “individuo”. Relacionaremos esto con los aportes de autores que se han dedicado a estudiar las concepciones de corporeidad.

David Le Bretón, en su libro: *La Sociología del Cuerpo* realiza una síntesis muy clara acerca de cómo ha sido pensado este concepto en distintas épocas. Comienza por abordar el giro que, a su entender, produjeron los años 60 sobre la noción de corporeidad en el mundo moderno occidental, marcando una suerte de antes y después:

“A fines de los años sesenta la crisis de la legitimidad de las modalidades físicas de la relación del hombre con los otros y con el mundo tomó una amplitud considerable con el feminismo, “la revolución sexual”, la expresión corporal, el “body art”, la crítica deportiva, el surgimiento de nuevas terapias que proclamaban en alta voz la voluntad de dedicarse solamente al cuerpo. Un nuevo imaginario del cuerpo, lujurioso, penetró la sociedad, ninguna parcela de la práctica social salió indemne de las reivindicaciones que tomaron impulso a partir de una crítica de la condición corporal de los actores.”¹⁹

En ese contexto, el consumo de drogas aparece como expresión de rebeldía, de protesta, de oposición a la sociedad: Sexo-droga y rock n`roll. Dentro de este marco surgieron discursos, literaturas, prácticas en las que el cuerpo se convirtió en una suerte de caballito de batalla, nos dice el autor, contra un sistema considerado represivo.

“En cuanto se separa de los otros y del mundo le presta una atención redoblada al cuerpo. Dado que el cuerpo es el lugar del corte, de la diferencia individual, se supone que tiene el privilegio de la reconciliación posible. Se busca el secreto perdido del cuerpo. Este es al menos, uno de los imaginarios sociales más fértiles de la modernidad.”²⁰

Le Bretón plantea que esta liberación del cuerpo acentúa aún más la individualidad que comenzó con la modernidad, en tanto es la marca, la frontera dice él, del individuo y al mismo tiempo, una especie de alter ego, de otro del hombre. También será el cuerpo lo que facilitará o no la inclusión con los otros, se convierte en la carta de presentación del ser.

Breve recorrido histórico sobre el concepto de corporeidad

En su libro, este autor recorta distintos momentos históricos en función de las diferentes miradas acerca del concepto cuerpo, remarcando que son visiones que perduran en la actualidad. Su punto de partida es el surgimiento de las ciencias sociales en el siglo XIX:

a) Sociología Implícita del cuerpo: no desconoce el espesor carnal del hombre, pero no se detiene especialmente en él. Esta misma etapa presenta dos miradas que se contraponen:

- Propone que lo social incide sobre el cuerpo
- Propone al hombre como producto de su cuerpo

¹⁸ Oms definición droga

¹⁹ Le Breton, D (2002). *La Sociología del Cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión. pg: 9

²⁰ *Ibíd.*, pg 11



1- Visión en donde lo Social incide sobre el cuerpo:

Postula que la condición social de la persona determina su condición física:

"Muchas investigaciones sociales muestran la miseria física y moral de las clases trabajadoras, la insalubridad y la exigüidad de sus viviendas, su vulnerabilidad frente a las enfermedades, el asiduo recurso al alcohol."²¹

Muchos de estos estudios nutren aspiraciones revolucionarias o reformistas. Una referencia importante de esa época señalada por el autor es *El capital* de Marx (1867) que aporta un análisis social de la condición corporal del hombre a partir de las profundas diferencias en las condiciones de trabajo. A partir de este enfoque, comienza a gestarse una nueva mirada sobre el cuerpo al no considerarlo única y exclusivamente desde factores biológicos, sino como una forma moldeada por la interacción social. Es decir, hay una comprobación implícita del carácter social de la corporeidad que desemboca en un llamado a la realización de reformas o, de manera más radical, al compromiso revolucionario:

"La corporeidad no constituye el objeto de un estudio aparte, sino que está subsumida por los indicadores vinculados a problemas de salud pública o a las relaciones específicas con el trabajo."²²

2- Visión que propone al hombre como producto de su cuerpo:

Visión enfrentada a la anterior en su manera de concebir lo corporal y es en este sentido que viene a legitimar las diferencias y desigualdades sociales:

"... las características biológicas del hombre hacen a su posición en el conjunto y que ésta es la que le corresponde como un hecho de justicia. En lugar de hacer de la corporeidad un efecto de la condición social del hombre, este pensamiento hace de la condición social el producto directo de su cuerpo. Se trata de someter las diferencias sociales y culturales a la primacía de lo biológico."²³

El cuerpo biológico -organismo se podría decir- es lo que va a dar cuenta, lo que viene a explicar las diferentes conductas y modos de estar en el mundo. No hay nada que pueda hacerse, va más allá de la voluntad del hombre y de su entorno.

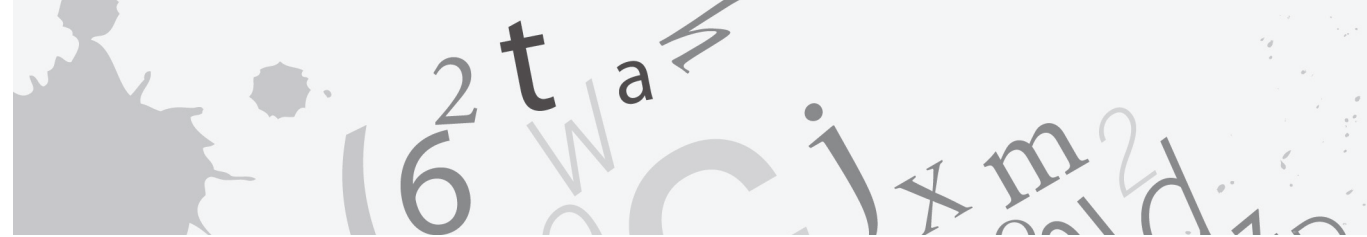
En este contexto y bajo este pensamiento nacen ciencias como la Criminología, en la que se estudia minuciosamente al cuerpo en la búsqueda de signos y patrones que hablen de la criminalidad, de la delincuencia, de la degeneración de las personas. También da sustento científico, siempre desde un enfoque biologicista, a la supuesta inferioridad de algunas razas trazando una causalidad lineal entre: CUERPO BIOLÓGICO-RAZA-CATEGORÍA MORAL. Se naturalizan las desigualdades sociales, los diferentes tipos de trabajos en donde algunos nacemos para el trabajo manual y otros para el intelectual. Se legitiman las diferencias en el tipo de enfermedades que contraen las personas y en el nivel de "resistencia" hacia algunas de ellas.

En el seno de estas disciplinas surgen otras que en algún sentido vienen a cuestionar ciertos fundamentos de las primeras, como por ejemplo el Psicoanálisis. En este con-

²¹ Ibid., pg 11

²² Ibid., pg 11

²³ Ibid., pg 17



texto, el psicoanálisis rompió en parte el pensamiento organicista sobre el cuerpo:

"(Freud)... mostró el juego sutil del inconsciente en la carne del hombre. Convirtió al cuerpo en un lenguaje que habla de manera poco clara sobre las relaciones individuales y sociales, sobre las protestas y los deseos."²⁴

Entran en juego las relaciones sociales y sobre todo la historia personal del hombre.

b) Sociología detallista

Proporciona sólidos elementos de análisis sobre el cuerpo pero no logra unirlos de manera sistemática. El autor ubica a principios del siglo XX, a partir de los aportes sociológicos y etnográficos de distintos investigadores, el comienzo de una sociología detallista. Cita a Georg Simmel (filósofo y sociólogo alemán, 1858-1918) a quien sitúa como el precursor de este enfoque:

"Me propongo analizar los diferentes hechos que provienen de la constitución sensorial del hombre, los modos de percepción mutua y las influencias recíprocas que derivan de esta constitución en su significación para la vida colectiva de los hombres y sus relaciones mutuas, unos para otros, unos contra los otros. Si intervenimos en relaciones recíprocas, esto sucede ante todo porque reaccionamos entre nosotros a través de los sentidos."²⁵

Lo que postula esta corriente, es que reaccionamos entre nosotros a través de los sentidos. Estudia los gestos, los intercambios de la mirada, es decir, que se lee a partir del detalle. Ejemplificación: "Un hombre tiene un tick en el ojo que hace que lo cierre espasmódicamente. Otro hombre guiña un ojo en señal de complicidad, otro exagera el gesto del anterior en señal de burla. Las tres veces leemos conductas corporales cuasi idénticas, las interpretamos con relación a un contexto social preestablecido."

Algunos ejemplos de distintas investigaciones de la época propuestas por el autor:

- En 1909 Robert Hertz abordó la cuestión de la preeminencia de la mano derecha en las sociedades humanas. Cuestiona el punto de vista anatómico, expresando que "las razones fisiológicas son netamente secundarias si se observa el obstáculo cultural formado por las representaciones siempre negativas asociadas a la izquierda y siempre positivas a la derecha". "Lo fisiológico está subordinado a la simbología social" matiza considerablemente el enfoque biológico.

- David Efron publicó *Gesture, race and cultura* (1941). Para oponerse a las teorías nazis que encerraban a los comportamientos humanos en la fatalidad de la pertenencia a una raza. ¿Existen gestos universales, comunes a todo el género humano? Creó un dispositivo experimental para comparar dos poblaciones: los judíos tradicionales y los italianos tradicionales y luego a las segundas generaciones americanizadas. La conclusión a la que conduce su investigación es que los gestos son un hecho de cultura y no de raza.

Alain Coulon, Sociólogo francés y Licenciado en Ciencias de la Educación, se refirió a la recolección de datos de la siguiente manera: "datos, gestos, hechos, podrán ser pensados o vistos como resultado de un proceso social y colectivo de conformación y construcción de percepciones comunitarias de mundo."²⁶

²⁴ Ibid., pg 18

²⁵ Georg Simmel, "Essai sur la sociologie des Sens", Sociologie et épistémologie, Paris, PUF, 1981, p.225

²⁶ Coulon, A. (1987). *La Etnometodología*. Presses universitaires de France, « Que sais-je ?, Paris



c) Sociología del cuerpo

Se dedica de manera específica al cuerpo, establece las lógicas sociales y culturales que se difunden en él. Siguiendo a Le Bretón, es justamente en los años 60 que se establecen las condiciones de posibilidad para que surja una nueva manera de pensar la corporeidad desde disciplinas como la Sociología. Describe a la Sociología del Cuerpo como una rama dentro de la Sociología que investiga y estudia específica y sistemáticamente el concepto de corporeidad, siendo el cuerpo su objeto específico de estudio a diferencia de enfoques que surgieron con anterioridad y que se aproximaban a este concepto entre otros. Como ejemplo, en nuestro país se han realizado últimamente congresos acerca de una Antropología del cuerpo. Este autor nos plantea que la representación que tengamos de esta noción se encuentra en cierta forma determinada por la concepción que tengamos del concepto "persona". Recalca y da cuenta a través de muchos ejemplos y referencias teóricas, el riesgo que implica suponer y dar estatuto de universalidad a estas categorías. Dice que el cuerpo no es un dato evidente, no es "algo" aprehensible de por sí y que la noción que tengamos del mismo no puede aislarse de las subjetividades de diferentes épocas y culturas:

"La visión moderna del cuerpo en las sociedades occidentales, de algún modo simbolizada oficialmente en el saber biomédico, a través de la anatomía y de la fisiología, está basada en una visión particular de la persona. La concepción moderna del cuerpo,... nació entre fines del siglo XVI y comienzos del siglo XVII. Para esto fue precisa la ruptura con los valores medievales,... También, el encuentro con la filosofía mecanicista... que consideraba que el cuerpo era otra forma de la mecánica. También la naciente sensibilidad individualista considera al cuerpo aisladamente del mundo que lo acoge y le da sentido y del hombre al que le presta su forma."²⁷

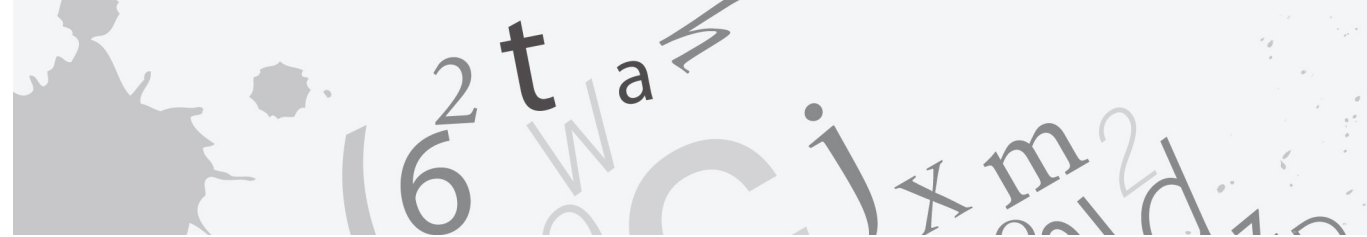
Propone que el hombre moderno occidental fue separado del cosmos, haciendo referencia a que muchas sociedades no conciben o no han concebido al cuerpo como factor de individuación, por el contrario el cuerpo está unido al mundo y a los otros: "El cuerpo se asimila a un campo de fuerza en resonancia con los procesos vitales que lo rodean... es una parcela inseparable del universo que le proporciona su energía".²⁸

Ejemplificación: entre los indígenas tzeltales encontramos la distinción de dos clases de cuerpos en los humanos. Por una parte, un "cuerpo-carne", unión de carne y fluidos que forman un conjunto segregable en partes, un objeto sensible pero sin capacidad de relación social con los demás seres, y que representa una cualidad substancialmente homogénea entre humanos y animales. Y por otra, un "cuerpo-presencia": un sujeto activo de percepción, sentimiento y cognición, comprometido en una relación intersubjetiva con cuerpos de la misma especie.

El cuerpo-carne comprende el conjunto del cuerpo humano, excepto los huesos, el cabello,

²⁷ Le Breton, op.cit., pg 28

²⁸ Ibid., pg.27



el resto del vello corporal y las uñas. La razón de ello es que por estas partes no circula la sangre, y la sangre parece ser, en efecto, el elemento básico que define el cuerpo-carne. "La sangre da vida a la carne, si se corta la carne brota sangre"; el cuerpo-carne es "por donde circula la sangre, donde se recibe el aire, donde respira [la carne]".

El segundo cuerpo, *winkilel*, comprende el conjunto del cuerpo humano, incluido el cabello, las uñas y los huesos. Las fuentes consultadas destacan que este cuerpo está formado por "todo", incluido el interior del cuerpo. Pero de sus descripciones se deduce claramente que este cuerpo se caracteriza por ser algo visible. No tanto lo visible del cuerpo, cuanto un cuerpo que existe para ser visto, percibido, y también a través del cual tiene lugar la percepción; esto es, un cuerpo involucrado en relaciones intersubjetivas con otros cuerpos semejantes. Es en este sentido que traduzco *winkilel* como "cuerpo-presencia". El cuerpo-presencia es la figura, la forma corporal, el semblante, la forma de hablar, la manera de caminar, de vestir la ropa. Si veo a alguien en la distancia puedo decir que parece el *winkilel* de Pedro, aunque luego resulte ser otra persona.

Con todo, si prestamos atención exclusivamente al tipo de "cuerpo" que tienen las almas podemos reducir drásticamente esta complejidad hasta distinguir básicamente dos clases: a) un alma que posee la figura del cuerpo humano; y b) un alma asociada a un animal, a un fenómeno atmosférico o a cualquier otro tipo de ser y que responde a una forma no humana. Lo que estoy sugiriendo en definitiva es que la distinción entre las dos almas se corresponde con la distinción entre los dos cuerpos: un cuerpo exclusivamente humano definido por la forma, y un cuerpo substancialmente semejante al de los animales. Las almas mantendrían entre sí, pues, la oposición entre los cuerpos, pero como el reverso inmaterial de estos.²⁹

Cuerpo- Salud

Distintas concepciones acerca de la corporeidad se anudan a los diferentes saberes y prácticas que éstos conllevan. David Le Breton encierra en dos grandes dimensiones las concepciones que aparecen en torno a la relación cuerpo-hombre, pero no sin advertir que el investigador debe quedar al margen y no pretender legitimar ninguna de las dos posturas.

Dar cuerpo al hombre: esto es lo que hace el análisis anatomofisiológico y el saber biomédico, en sentido amplio, cuando separan al hombre de su cuerpo y consideran a este último como algo en sí.

A la inversa, dar carne al hombre: estos saberes no distinguen entre el hombre y su cuerpo y las medicinas populares constituyen un ejemplo. Se cura por identificación o analogía. Un elemento vegetal o mineral, ya sea por su forma o color debería sanar por analogía. El que cura con las manos transmite una energía que regenera la zona enferma. Todavía hoy hay muchas concepciones sociales que incluyen al hombre en el cosmos.

²⁹ Pedro Pitarch. Los dos cuerpos mayas. Esbozo de una antropología elemental indígena. Universidad Complutense de Madrid. Revista online: www.revistas.unam.mx



Ejemplificación:

1)

Los efectos terapéuticos de las prácticas curativas que llevan a cabo los médicos indígenas, se deben entender y analizar en el contexto en el cual se llevan a cabo, y sobre las personas a quienes se aplica, ya que no tendrá el mismo efecto terapéutico determinada práctica curativa indígena si se hace con personas por fuera de la cosmovisión y cosmogonía propias de esa cultura

Lévi-Strauss (máximo referente de la antropología estructuralista francesa, 1987), plantea abiertamente esta cuestión cuando hace el análisis del proceso de cura formulado por un médico indígena a una mujer perteneciente a la comunidad étnica de los Cuna en Panamá, quien tenía serias dificultades en el proceso del parto. El médico indígena opera en este caso a través de la palabra, busca causar modificaciones fisiológicas que le faciliten a la madre dar a luz: para ello, él recrea un combate con las fuerzas sobrenaturales propias de la cosmogonía Cuna que han causado los problemas a su paciente y la libera simbólicamente de esas fuerzas que aprisionan su cuerpo. La paciente comprende lo que sucede, y a consecuencia de ello, el parto se desarrolla normalmente.³⁰

2)

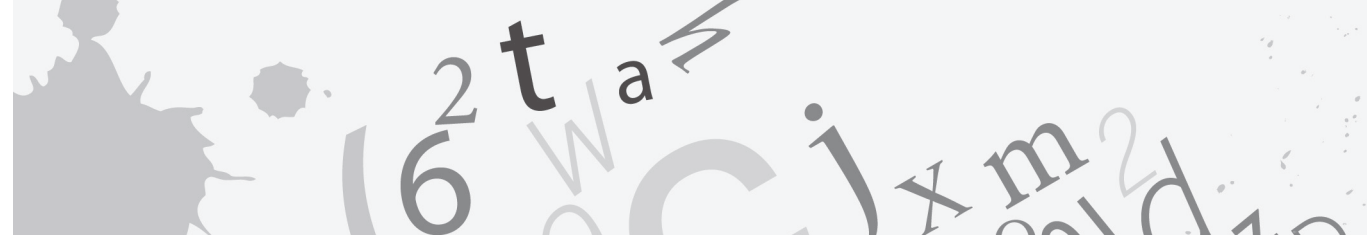
En su trabajo de campo con la tribu Baruya (situada en las montañas de Papua Nueva Guinea), Godelier da cuenta de una sociedad altamente segmentada entre hombres y mujeres. Por esta razón, un hombre que presenció un rito femenino de iniciación sexual (rito que se producía cada vez que una niña tiene su menstruación menarca), no fue admitido más entre sus pares, puesto que él los podía contagiar de femineidad. Su cuerpo, se había contaminado y perdido sus propiedades masculinas en el encuentro. Por esta razón le propusieron hacer un rito, igual al que se somete una mujer cuando vuelve al hogar después de dar a luz con las otras mujeres; en este rito, se mata a una gallina y se la rostiza. Se frota el cuerpo muerto y carbonizado contra el cuerpo desnudo del sujeto. Esto asemeja a una muerte simbólica.

Esta dinámica es muy propia de los llamados "ritos de pasaje", estos son ritos que ocurren en sociedades occidentales y no occidentales. A través de éstos los sujetos atraviesan un cambio en el cual se le da muerte al cuerpo/sujeto que eran, para ser un sujeto liminar (sujeto sin características espaciales/temporales/corpóreas, que renacerá como sujeto/cuerpo luego de un nacimiento simbólico. Por ejemplo, dentro de nuestra sociedad la masonería utiliza un rito de pasaje para iniciar a sus adeptos, el sujeto con los ojos vendados y el cuerpo semidesnudo escribe su testamento e ingiere vino de una calavera, esto simboliza la muerte del ser profano para dar paso al nacimiento de un nuevo ser.³¹

Le Breton indica que estos enfoques -que en principio presenta de manera dicotómica-, tienden a entrecruzarse en nuestra cotidianeidad debido a la progresiva mixtura cultural.

³⁰ Lévi Strauss, C. (1995). Antropología estructural. Editorial Paidós Ibérica, Barcelona

³¹ Godelier, M. (2008) "Romper el espejo de sí". En: Ghasarian, Ch. et. al. De la etnografía a la antropología reflexiva. Ediciones del Sol, Buenos Aires.



5. EXPERIENCIAS

EXPERIENCIA 1: AGENTES MULTIPLICADORES. CPA MAR DEL PLATA.

Empezamos por un poema que nos guía para nuestro trabajo

*"Defendamos la alegría....
Defendamos la alegría como una trinchera
Defenderla de la rutina, y del escándalo
De las ausencias transitorias y definitivas
Defender la alegría como un principio de las dulces infamias y graves diagnósticos
Defender la alegría como un destino como una certeza."
Mario Benedetti*

Tenemos la alegría de trabajar con alumnos desde y para la salud.

Los hacemos desde ahí y como la alegría se trasmite de alguna manera contagiamos a los alumnos y también al personal.

Vamos a hacer un racconto de nuestros talleres y algunas anécdotas ilustrativas.

Capacitación de jóvenes en prevención:

- Definición del taller
- Desarrollo en 4 encuentros
- Cierre y acompañamiento

El taller de "multiplicadores" en prevención tiene como objetivo capacitar a jóvenes referentes. Su modalidad didáctica es el juego. Propone una serie de temáticas establecidas y es también abierto a las demandas de cada grupo, con la propuesta de actividades lúdicas adaptadas y reflexión.

Aquí algunas anécdotas sobre las respuestas que generan los encuentros:

Comunicación

Cuando terminamos un taller de comunicación se nos acerca una alumna de 15 años que nos dice cómo podíamos ayudarla porque ese día había decidido escaparse de la casa y lo trabajado en el taller la hizo pedir ayuda.

Actitud crítica, toma de decisiones creatividad

En el taller donde los chicos debían realizar un poster de prevención, un grupo dibuja la lengua de los Rolling Stones. Yo me preguntaba cómo iban a convertir el dibujo que de hecho me parecía un poco apolítico en algo preventivo, hasta que escriben SACALE LA LENGUA A LA DROGA.



Autoestima

Los maestros nos cuentan que en muchos casos el convertirse en agentes multiplicadores hizo que hubiera cambios muy positivos en la autoestima de algunos alumnos y que el de otros, mejoró significativamente.

Permiso

Otra anécdota surge de una capacitación para el equipo técnico del ENVION donde utilizamos una dramatización sobre una escena temida. Al terminar le agradezco a uno de los participantes la verosimilitud y compromiso con la actuación, y él me contesta gracias a ustedes por dejarnos hacerlo.

Cierre y acompañamiento:

Al finalizar los encuentros programados se entrega un cuadernillo con el desarrollo de todas las temáticas y su implementación. Despejamos dudas de los referentes. Damos tiempo a la réplica de los contenidos. Al finalizar la tarea de los “multiplicadores” volvemos a compartir las experiencias.

LOS TALLERES DE LA CAPACITACIÓN NOS SIRVIERON FUNDAMENTALMENTE PARA DARNOS CUENTA QUE IBAMOS POR BUEN CAMINO, Y NOS DIO MÁS HERRAMIENTAS TANTO TEÓRICAS COMO PRÁCTICAS VIVENCIALES PARA SUMAR A LO NUESTRO.

Un especial agradecimiento a todos aquellos que nos permiten compartir experiencias y aprender día a día...

Prof. Javier Difeo y Lic. Patricia Peroni

EXPERIENCIA 2:

TALLER DE TEATRO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL JORGE DE ADROGUÉ

*“El arte en general,
cuando se nutre de los ámbitos desconocidos,
empieza a perder, por suerte, las certezas”
Edith Scher, Investigadora Teatral.*

Me llamo Alfredo. Soy actor, director y profesor de teatro. Trabajo en el ámbito público y privado como docente y comencé a trabajar en la Comunidad Terapéutica del Hospital Jorge de Adrogué en septiembre de 2010.



Cuando hablamos del teatro afuera del teatro, comunitario, barrial, o fuera de los ámbitos de producción conocidos como teatros, estamos hablando de una disciplina hecha por la comunidad y para la comunidad. Pero ¿qué sería lo que llamamos comunidad? Una totalidad diversa, un grupo unido por un modelo de pensamiento social que trasciende el deseo por actuar, o jugar o estar disponible para el juego y se pone al servicio de las inquietudes colectivas, intentando deshacer los modos más obedientes de esta práctica viejísima, trascendiendo sus límites, incluyendo nuevas perspectivas y cambiando el foco de sus destinatarios.

Esta es mi primera experiencia en una Comunidad en la cual los pacientes residen. La primera impresión fue confusa, dado que en las actividades coexistían tres tensiones: la relación de los pacientes con su historia, la relación de los pacientes con su tratamiento, y las relaciones de los pacientes entre ellos. Si bien esto es propio de cada grupo, en este caso, había una idea de acumulación, que semana tras semana era muy dinámica. Entonces pensé que era fundamental correrme de la obligatoriedad del taller para generar una participación más activa, y pensarlo como un ámbito de encuentro, en el cual, ellos y yo, podíamos trabajar sobre alguna cosa que nos comunicara. En mi caso fue la de mi relación con el teatro, que es una relación de mucha alegría y trabajo, y en el caso de ellos, quise que fuera la relación con el juego (que en la mayoría de los casos, estaba olvidada o nunca tratada).

Lo revuelto del asunto era identificar qué premisas de trabajo pudieran ser transversales a un modelo creativo, sin descuidar el proceso terapéutico de cada uno de los pacientes.

Para esto, fue necesario apoyarme sobre algunos ejes:

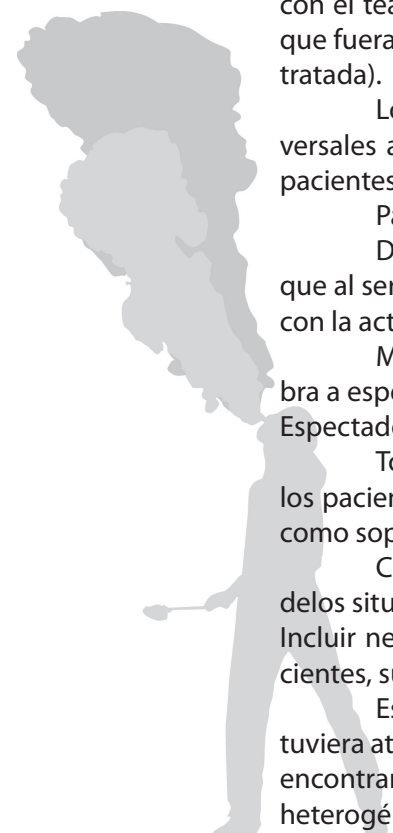
Diseñar un ámbito de trabajo entre psicólogos, operadores, dirección, etc. (sabiendo que al ser un centro de internación, más allá de los factores que relacionen a los pacientes con la actividad, era fundamental conocer qué pasaba en términos de convivencia).

Manejar con criterio los objetivos de trabajo (dejando de lado lo que se acostumbra a esperar de un taller de teatro, la idea de obra o aquello que es visible para un Otro, o Espectador).

Tomar como punto de partida un imaginario ficcional o disociado de la relación de los pacientes con el consumo (no agravar el imaginario, sino disociarlo y utilizar lo lúdico como soporte de su agravante).

Construir modelos de juego apoyados en la palabra (superponiéndolos a los modelos situacionales o de construcción de personaje). Incluir necesariamente materiales ajenos al teatro (a partir de las inquietudes de los pacientes, sumar películas, literatura, diarios, música, historietas, etc.)

Establecer una relación con el trabajo que pudiera ir más allá de los resultados, y estuviera atenta a cada uno de los pacientes en sus distintos momentos del tratamiento, y así encontrar procesos individuales en los grupos (que por su rotación, tienden a ser bastante heterogéneos).





Posicionarse en que cada uno de los participantes del taller pueda trascender las resistencias a la construcción social sobre lo que es hacer teatro, y esté disponible, sobre todo, para divertirse, jugar y abandonar durante los encuentros, la presión de dar visibilidad a aquello que trabaja en sus grupos terapéuticos.

Este, si bien es el último de los ejes en la enumeración, fue el más importante para comenzar a trabajar. Sobre todo porque es aquel que demanda un trabajo de a pares con el Equipo, sabiendo que los pacientes tienen un ámbito en el cual no se buscará nada como punto de partida, y todo aquello que viniera por esta actividad lúdica, será un valor agregado al trabajo colectivo.

De este modo, y dando pasos muy chicos, quiero resaltar dos actividades que disfrutamos mucho:

Una, fue para el día del niño de 2012, el relato a cámara de cuentos infantiles que inventamos a partir de un juego de adivinar palabras. Nos permitimos mezclar animales, espacios públicos y ovnis, construimos una historia colectiva, la grabamos con una cámara de fotos entre todos los que habíamos participado, y la proyectamos entre pacientes, sus familiares, el Equipo terapéutico, los talleristas y todo el grupo de la Comunidad Terapéutica en nuestro festejo por ese día. Esta actividad nos llevó unos cuantos encuentros, donde la cámara permitió que pudiéramos ir grabándolo de partes muy chiquitas, teniendo en cuenta las ganas, la privacidad, el alta de algunos pacientes en el medio del trabajo, la vergüenza, el ánimo otros días y la expectativa. Por otra parte, nos permitió evitar la exposición en vivo que, a priori, era algo a lo que muchos pacientes se resistían. De este modo, se divirtieron creando una realidad desconocida hasta entonces solo por animarse a jugar.

La otra, tuvo que ver con la creación de un taller doble junto a Rita Vagliatti, tallerista con la que pudimos juntos unir el teatro y la radio en la segunda parte de 2012. Lo que hicimos fue ir dándoles algunas herramientas de comunicación radial que permitieran un contacto posible con las noticias diarias. Para esto, tuvimos que leer los diarios, pensar el lugar de los medios de comunicación respecto de la información, generar opinión, confrontar, dialogar sobre las tendencias, las formas, etc. Como trabajo final, armamos un noticiero en vivo que comunicó un evento en el área de Rehabilitación del Hospital Jorge. Esto fue una buena iniciativa además para integrarnos a la otra parte del Hospital con quien interactuamos a lo largo del año, y en la cual, pudieron conocer algunas cuestiones de interés social bajo la voz de los pacientes, con un formato creativo de trabajo. Esta experiencia además posibilitó la presentación en vivo, y la interacción entre talleristas y disciplinas. En los dos casos el punto de partida no fue el resultado sino el proceso, lo cual, es fundamental para este tipo de actividad: Quitar la presión de aquello que se podría construir como una fantasía exigente, y sí, dialogar con aquello que podemos hacer el día del taller, los que seamos, en el lugar físico que sea, y en las condiciones que sea.

Prof. Alfredo Staffolani



EXPERIENCIA 3: EL REGISTRO DE CLASE “VÍCTOR: ¿CÓMO ENTRA EN TU REPETICIÓN?”

El siguiente texto es resultado de una serie de registros realizados a lo largo un año de trabajo en un taller cultural de un Hospital Neuropsiquiátrico público.

Descripción:

Víctor es un joven de 25 años con diagnóstico de esquizofrenia. Lleva internado 10 años. Es de un pueblo del interior de la Provincia de Buenos Aires. Tiene un hermano gemelo. La única visita que recibe es la de su madre una vez al año. El tratamiento de Víctor es farmacológico, no sostiene otro espacio terapéutico. Toma mate de manera solitaria, no siempre con agua caliente. Tiene una relación con Marcelo, otro internado, con quien se sienta en el comedor y matea. Anda medianamente limpio pero puede presentarse en paños menores o muy desprolijo. Deambula a pasos largos, inclinado hacia adelante, hablando solo. Habla de sí mismo en tercera persona. No mantiene contacto visual durante la conversación. Juega al fútbol en el parque del Hospital sin conflicto con los compañeros aunque estos lo expulsan del juego si se arma un equipo más experto.

En general la institución y los profesionales no esperamos nada de Víctor, es muy difícil imaginar un cambio. No se lo convoca para actividades de taller pero está presente en las salidas que organiza el Servicio de Terapia Ocupacional donde se llama a todos los pacientes, por ejemplo el festejo de la primavera. Los comentarios sobre Víctor se refieren a su rápido deterioro o cronificación, al abandono por parte de la familia y al uso sexual que otros internos harían de él.

Recorrido:

Víctor entra y se retira del salón en cualquier momento sin registrar aparentemente las actividades que se están realizando, es como un fluir de un lado a otro. Este comportamiento genera alguna queja o conflicto con los otros aunque sin mayores consecuencias. En definitiva pasa inadvertido en los márgenes de la molestia y la aceptación. Es cierto que entra y sale de cualquier actividad, pero también es cierto que las actividades no se “adaptan” a Víctor y que enseguida se le dice que se retire porque que la clase ya empezó, porque no sigue el ritmo de lo que se está haciendo o porque se pone a hacer cualquier otra cosa. En los comentarios se habla de Víctor como alguien que está “colgado”, siempre “en su propio mundo”. Suele mencionarse su diagnóstico como determinante del rápido deterioro que tuvo desde su entrada al Hospital (“era un lindo chico, inteligente, muy joven, un desperdicio”). Se prevé que siga empeorando como evolución de su patología.



Primera decisión:

Elijo recortar un hecho: Víctor entra con frecuencia al salón de clases cuando estamos en actividad. Es un hecho que se produce dos o tres veces por semana. Me pregunto si hay algo para hacer ahí.

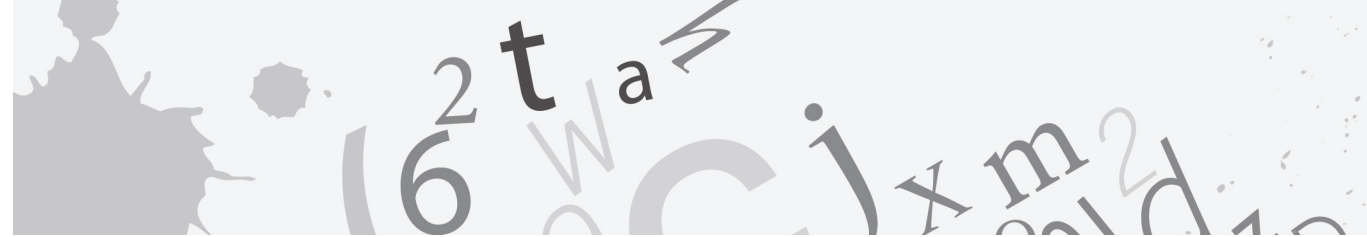
Intervenciones:

1) En principio no hubo una intervención directa sino que la atención estuvo focalizada en observar la forma de estar de Víctor en el espacio-tiempo de la clase.

2) Decidí darle la bienvenida verbal y la despedida verbal cuando él entraba al salón y cuando se retiraba, así fuera que la clase hubiera comenzado y aunque entrara y saliera casi inmediatamente. Víctor no respondía a estos saludos y si venía hablando este decir no se detenía ni modificaba. De vez en cuando, como un pedazo de algo, alguna frase de lo que venía diciendo parecía dirigida a mí, se detenía un instante y se marchaba.

3) Sumé a la bienvenida una pregunta sobre alguna actividad hospitalaria común, como almuerzo, baño, merienda, desayuno. Víctor respondía sobre las rutinas del hospital entonces le preguntaba si le había gustado la comida, qué comida le gustaba más, qué tiempo hacía, el programa que estaban dando en la tele del comedor, etc. Muchas veces no contestaba o pedía agua caliente para el mate, muchas veces respondía: *no sabe Víctor*. Durante estos intentos de conversación lo invitaba a dibujar o pintar mostrándole un soporte, ofreciéndole un lápiz o pincel cargado. A veces le mostraba alguna imagen, le despejaba un sector de la mesa para su actividad. Víctor cada tanto aceptaba dibujar y así se armó una primera rutina. Tomaba lo que estuviera más a mano, muchas veces sin sentarse y dibujaba una imagen recurrente: una casa, un árbol, unas plantas con flor, un alambrado, un sol. Una imagen bastante estereotipada. Cuando le preguntaba qué es, respondía: *la casa... el árbol... el sol... el campo...* (Señalando el fragmento de alambrado). O dónde quedaba: es la casa de Víctor, en el campo. Era un dibujo que repetía hacía años y no salía de eso. Eventualmente ante mi insistencia lo coloreaba remarcando las líneas y rellenado de amarillo el sol, marrón el tronco, la copa verde. Cuando terminaba de dibujar se retiraba.

4) Víctor entraba al salón durante otras clases. En las clases de teatro lo incluíamos en la ronda de caldeamiento si era el inicio o le pedíamos que se sentara a observar lo que los demás ya estaban haciendo. El caldeamiento consistía en ponernos en ronda y de a uno mover una parte del cuerpo, los demás imitábamos el movimiento, así hasta que se completaba la ronda. Víctor movía varias partes y a la vez, pero más o menos podíamos incorporarlo. Él guardaba su lugar en la ronda. También entraba al taller de radio cuando grabábamos material para el programa que se hacía en vivo en una FM de la ciudad. Siempre duraba menos en la clase de plástica donde su presencia se acotaba a hacer su dibujo y ahí se iba. Seguía saludándolo al entrar e irse y permitía que Víctor estuviera en clase aún "sin hacer nada" fundamentando ante los demás este "permiso" si era cuestionado. Víctor andaba por ahí entre todos sin producir mayores tensiones.



Segunda decisión:

Evalué que no podía esperar a que su participación en clase se transformara en un progresivo asumir las tareas que proponía. ¿Qué actividad específica para esta situación proponer?

Intervenciones:

1) Encontré una actividad lúdica que me permitió seguir con las clases mientras me conectaba con Víctor con una acción de intercambio. Esta actividad fue patear una pelota. Víctor participaba de los partidos de fútbol que los pacientes hacían en el parque del Hospital, aunque por lo que había observado se limitaba a gambetear un poco hasta que le quitaban la pelota y ahí se quedaba dando vueltas sin aparente jugada en mente, o pateaba al arco y festejaba "solo". Enseguida aceptó el juego. No dejé que nadie más entrara en este picadito. Mientras coordinaba la reunión de radio o la clase de teatro.

2) En cambio en las clases de plástica no jugábamos a la pelota ya que tenía que ir y venir por las mesas llevando materiales, observando, mostrando algo. Estábamos trabajando con un modelo (una botella, un vaso, un paño), una especie de bodegón. El objetivo era explorar el encuadre y perspectiva desde el modo que las resolvían los alumnos. Mirábamos fotos de cuadros. Algunos en esa práctica de observar, analizar y transcribir plásticamente se armaban de vocabulario y podían tomar decisiones plásticas. Empezamos a llevar los trabajos al comedor para pegarlos en la pared a modo de exposición. Víctor seguía viniendo, hacía su dibujo y se iba, yo no lo invitaba a pegar su trabajo en el comedor, no lo consideraba "conectado".

3) Una intervención del lado de Víctor: un día él tomó uno de sus dibujos, nos siguió al comedor, y esperó a que lo pegáramos a la pared, luego se retiró.

Tercera decisión:

A partir de la intervención de Víctor pude pensar en él como alguien que venía a la clase. Y decidí tratarlo como uno que viene a trabajar con alguna consigna.

Intervenciones:

1) Durante una de las clases y luego de explicarle nuevamente el trabajo que estábamos haciendo Víctor comenzó a dibujar. Observé que miraba el modelo, siguió dibujando. En un momento salió disparado con la hoja hacia el comedor. Le pedí que me mostrara. Me sorprendí. Lo felicité. Le pedí permiso para mostrárselo a los otros alumnos. Le devolví el dibujo y salió para el comedor, lo pegamos. Lo miró y se fue. No había repetido el dibujo recurrente, su nuevo dibujo representaba el modelo. Había dibujado una zona difícil de trasladar a las dos dimensiones, el tallo de una flor dentro del frasco. El dibujo de Víctor tenía el plus de la línea modulada. No era la línea firme y pareja del dibujo recurrente sino una línea sensible que le aportaba a la imagen una vibración visual. La línea diferenciaba entre lo inorgánico del vidrio y lo orgánico del tallo, cambiaba su calidad cuando cambiaba de objeto.



Cuarta decisión:

Decidí probar a sostener el juego con la pelota más allá del fin de la clase hasta que otra cosa suspendiera el juego. Otra cosa institucional o el mismo Víctor. Una manera de esperar a que él se introdujera como sujeto que da término a algo. Pasamos varias clases así y los cortes eran porque empezaba la hora del mate, o se necesitaba el salón, o cualquier otra cuestión externa.

Intervención de Víctor:

1) Un día cuando ya no quedaba nadie y hacía un rato que pateábamos en silencio Víctor preguntó: ¿y Marcelo? ¿Dónde está Marcelo? Marcelo había fallecido hacia meses. Me sorprendió. El picado seguía. Pregunté: ¿Marcelo? Sí, me dijo: ¿dónde está? Caí en la cuenta que no sabía. La pregunta estaba dirigida, quería saber algo. Hice una pausa y le di la noticia. Víctor escuchó, dijo: era mi amigo, tomábamos mate, ¿se murió? Le hice un mini relato con los pocos datos que tenía. Habíamos dejado de patear la pelota y estábamos en la conversación, un objeto diferente a todos los anteriores.

Efectos observados:

En este caso los efectos fueron observados en el ámbito del taller y no tuvimos conocimiento que fueran retomados en otros espacios institucionales o que alguien hubiera notado algún cambio o novedad respecto a Víctor. Desde el punto de vista de los objetivos del taller los efectos fueron:

- La inclusión en un espacio de trabajo, estableciendo un corte respecto al fluir indiscriminado, en relación a una consigna práctica (representación del modelo bodegón).
- La inscripción de Víctor en una circulación institucional-social (pegado del dibujo en la exposición del comedor).
- El uso del lazo establecido con la coordinadora para preguntar por su amigo (mediante el juego de la pelota).

Prof. Laura Lago



AGRADECIMIENTOS

Esta publicación fue enriquecida gracias a los aportes realizados por los asistentes que contribuyeron con sus experiencias a profundizar los contenidos.

Agradecemos a los expositores de las distintas áreas pertenecientes a las Direcciones de Atención y Prevención que compartieron sus conocimientos en los encuentros.

Es nuestra intención que la sistematización sea útil para el trabajo cotidiano de los talleristas y otros profesionales interesados en la contribución del arte, el juego y la cultura a la salud de las personas.



REFERENCIAS

- ARGENTINA. Ley Nacional de Salud Mental 26.657, del 25 de noviembre de 2010. Boletín oficial de la República Argentina, 3 de diciembre 3 de 2010, año CXVIII número 32.041.
- COULON, Alain, La Etnometodología. Presses universitaires de France, « Que sais-je?, Paris, 1987.
- DABAS, Elina y PERRONE, Néstor. "Redes en Salud", (En línea) <http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>. (10 de enero de 2013)
- EISNER, Elliot W., Educar la visión artística, Editorial Paidós, Barcelona, 1995.
- FOUCAULT, Michel, Historia de la sexualidad. Tomo: 3: La inquietud de sí, Siglo XXI, España, 2003.
- FREUD, Sigmund, El malestar en la cultura, Alianza Editorial, España, 1973.
- GARCÍA CANCLINI, Néstor. "Todos tienen cultura. ¿Quiénes pueden desarrollarla?". Conferencia para el Seminario sobre Cultura y Desarrollo en el Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 24 de febrero de 2005.
- GODELIER, Maurice, "Romper el espejo de sí". En: Ghasarian, Ch. et. al. De la etnografía a la antropología reflexiva. Ediciones del Sol, Buenos Aires, 2008.
- GUITELMAN, Sara et al. El Perro lanudo, radiografía de un fenómeno, La Plata, Edición de los autores, 2011, pg. 13.
- HUIZINGA, Johan, Homo Ludens, Emecé Editores, Bs. As., 1957.
- LAGO, Laura, "¿Qué lugar tiene el tallerista en el ámbito de la salud mental?" En: XII Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos, 2012 (La Plata).
- LE BRETON, David, La Sociología del Cuerpo. Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.
- LÉVI STRAUSS, Claude, Antropología estructural. Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1995.
- LOTMAN, Yuri M, Estructura del texto artístico, Madrid, Istmo, 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): <http://www.paho.org>
- PITARCH, Pedro, "Los dos cuerpos mayas. Esbozo de una antropología elemental indígena" (En línea) En: Estudios de cultura maya, Vol. XXXVII, 2011. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ecm/article/view/26956> (10 de enero de 2013).
- SEN, Amartya, "La cultura como base del desarrollo contemporáneo". En: Revista Cultura y desarrollo (UNESCO), número 2, año 2003.
- SIMMEL, Georg, "Essai sur la sociologie des Sens". En: Sociologie et épistémologie PUF, Paris, 1981.
- SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN A LAS ADICCIONES (SADA): <http://www.sada.gba.gov.ar>
- WINNICOTT, Donald, Realidad y Juego, Editorial Gedisa. 1985.



Compilación general
Prof. Laura Lago

Diseño de Tapa
María Esther Maiztegui

Edición de contenido, diseño y diagramación
Dirección de Comunicación de la SADA



todos los días / las 24 horas

0800 222 5462

orientación a las adicciones

BA