



Millcayac - Revista Digital de Ciencias Sociales

ISSN: 2362-616X

revistamillcayac@gmail.com

Universidad Nacional de Cuyo

Argentina

Bovino, Betina Mariel

El arte como un espacio posible de intervención profesional  
del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental

Millcayac - Revista Digital de Ciencias Sociales,  
vol. VIII, núm. 14, 2021, Marzo-Agosto, pp. 219-232

Universidad Nacional de Cuyo

Mendoza, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525869021010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# Betina Mariel Bovino

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.

Universidad Nacional de Rosario. Argentina

*betibovino@hotmail.com*

## EL ARTE COMO UN ESPACIO POSIBLE DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

**Resumen:** Cuando nos referimos al “campo” del arte o de la salud mental, nos referimos a la noción conceptual de campo como el espacio de encuentro entre los dos núcleos de conocimiento, un lugar donde las cosas se funden y se mezclan y, en general, donde ocurre el cambio. El trabajo artístico en el campo de salud mental no resulta algo novedoso. En este artículo buscamos explorar el encuentro entre el arte y las estrategias de intervención del Trabajo Social en el universo específico de la salud mental, área de la salud donde ese tipo de abordajes se torna cada vez más común. Optamos por realizar un análisis que conjuga la experiencia del trabajo empírico con el análisis teórico conceptual. Este trabajo surge a partir de la investigación de campo realizada por la autora durante el proceso de elaboración de su Tesis Doctoral en Trabajo Social.

**Palabras clave:** salud mental, trabajo social, estrategias de intervención, arte

### **Art as a possible space for professional intervention of Social Work in the field of Mental Health**

**Abstract:** When we refer to the “field” of art or mental health, we refer to the conceptual notion of field as the meeting space between the two cores of knowledge, a place where things merge and mix and, in general, where the change occurs. Artwork in the field of mental health is not new. In this article we seek to explore the encounter between art and Social Work intervention strategies in the specific universe of mental health, a health area where this type of approach is becoming more and more common. We choose to carry out an analysis that combines the experience of empirical work with conceptual theoretical analysis. This work arises from the field research carried out by the author during the process of preparing her Doctoral Thesis in Social Work.

**Keywords:** mental health, social work, intervention strategies, art



## Introducción

“El arte es una respuesta a la vida. Ser artista es emprender una manera riesgosa de vivir, es adoptar una de las mayores formas de libertad” (Antonio Berni)

Como profesionales del trabajo social de un equipo de salud, nos ocurre frecuentemente que las personas con padecimiento mental con quienes trabajamos realizan algunas prácticas, conductas o comportamientos que desde los planteos profesionales del mismo equipo, serían impensables o poco probables. Es común que apreciaciones diagnósticas de internación de por vida; agotamiento de la capacidad de autonomía y de vivir sólo; pérdida de actividades de la vida cotidiana; imposibilidad de la vida en común; entre otras, sean desmentidas por la realidad de los usuarios una vez que se les permite y acompaña el proceso de autonomía, cuando nos permitimos ver “cómo se producen los efectos de verdad en el interior de los discursos que no son en sí mismos ni verdaderos ni falsos” (Foucault, Michel, 1980, p. 136).

Pensar el devenir profesional como trabajadoras y trabajadores de la salud interpela constantemente el sentido de nuestras prácticas; interroga las posiciones de poder y el significado social asignado a diferentes cosas, discursos, personas. También permite visibilizar los atravesamientos subjetivos, institucionales, sociales, económicos, políticos que se ponen en juego en la construcción de cada estrategia de intervención profesional, que posibiliten la inserción y el pleno goce de los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico.

## Consideraciones sobre el campo de la Salud Mental: Trabajo social y desmanicomialización

La Salud Mental es una perspectiva que gana protagonismo en la segunda mitad del siglo pasado e impacta en un campo preexistente hegemonizado por el discurso de la psiquiatría positivista. Disciplina sostenida en el enfoque biologicista que le asignó a la locura el lugar de la a-normalidad, el de la falla. Una a-normalidad a la que hay que corregir, clasificar, diagnosticar, medicalizar, adecuar, encerrar.

El saber médico psiquiátrico considera al trastorno mental como una enfermedad prescindiendo del sujeto e



ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que éste sería solo signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales y, se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento y de técnicas de custodia y tutela inherentes a las instituciones de encierro.

La coexistencia de teorías y prácticas antagónicas hace difícil afirmar que “la psiquiatría se muestre hegemónica en este campo de manera absoluta, menos que lo haga de manera coherente y homogénea” (Galende, Emiliano, 2008, p.132). Esto refleja el grado de conflictividad a la hora de pensar, nominar y hacer la salud mental en un sentido unívoco.

Los procesos de reforma que se registraron en las primeras décadas del siglo XX adquieren relevancia al introducirse el tema de la subjetividad. Las nuevas perspectivas aportaron a una comprensión de la trama tejida por la articulación entre procesos subjetivos, la cultura y el funcionamiento de la sociedad instalando la idea de individuo como unidad biopsicosocial y cultural.

Galende (2008) nos recuerda que la crisis del pasaje de la psiquiatría asilar a los principios de la salud mental fue esencialmente una crisis de la ética que gobernaba las relaciones humanas en los manicomios.

Como respuesta a esa crisis la corriente de la “Antipsiquiatría” en Inglaterra y la “Psiquiatría Democrática” en Italia se erigieron como dos importantes movimientos contra hegemónicos que marcaron un antes y un después en la historia de la psiquiatría contemporánea, planteando la idea de que el manicomio es un auténtico producto de trastornos irreversibles.

Particularmente la reforma italiana centró el problema en la abolición de la institucionalización psiquiátrica para lo cual se proponía destruir los cimientos mismos de su institución. Estas propuestas se extendieron a escala planetaria, más tarde recibió la crítica de haber priorizado los objetivos de la externación del paciente y el cierre de los manicomios quedando relegada la discusión sobre una nueva manera de comprender y de hacer con el sufrimiento mental.

En Italia, Basaglia y Rotelli y en Brasil Amarante concuerdan en pensar que *desinstitucionalizar* o *desmanicomializar* no se agota en la idea de externar pacientes internados en los hospitales psiquiátricos a otros dispositivos de atención sino que, lo que hay que desandar es la propia lógica manicomial. Se trata de re-habilitar la subjetividad

del que sufre psíquicamente recomponiendo la sociabilidad dentro de lo posible.

Las propuestas de *desinstitucionalización* o de *desmanicomialización* recorrieron el mundo y los países se hicieron eco de estas tendencias adoptándolas de acuerdo a sus propias realidades socioculturales, identificadas como “dispositivos sustitutivos de la lógica manicomial” o dispositivos alternativos.

Un estudio realizado por Noemí Graciela Murekian (2002) en relación a la salud mental, en el proceso de desmanicomialización y como eje de interpretación para la aplicación de políticas públicas, realizado en la ciudad de Viedma (Argentina), da cuenta de que la memoria colectiva sujeta a las representaciones hegemónicas de corte manicomial-asilar comenzó a dar paso a nuevos modos de representación, ampliando y diversificando los recursos simbólicos frente al contacto cotidiano y público con la locura, aún con todas las resistencias consecuentes.

Desde la medicina, el surgimiento de la Psiquiatría como guardadora del “loco” asumiendo el rol disciplinador ha permeado las representaciones sociales acerca de la locura que ha construido la sociedad, por ejemplo P. Pinel (1801) y E. Kraepelin (2008). En relación con lo social en las causas y efectos de la locura-sociedad, ha escrito particularmente en nuestro país Emiliano Galende (2008).

En Trabajo Social, y en los orígenes de la profesión Mary Richmond, Estados Unidos (1917), introduce una intencionalidad interventiva que supone una relación dinámica entre conocer-intervenir-transformar integrando lo individual y lo colectivo, tomando en cuenta las relaciones sociales y el ambiente en el que está inmerso el sujeto.

En Argentina y desde la intervención profesional Natalio Kisnerman (1986) y Alfredo Carballada (2008) realizan importante análisis de las políticas sociales estatales e instituciones en salud mental, centrado en las reformas y contrarreformas de las políticas de salud mental. También José María Alberdi (2012) analiza exhaustivamente el tema en nuestro país. No dejan de estar presentes en esta línea Rozas Pagaza (2001), con su profundo análisis de la cuestión social y otros colegas como Liliana Barg (2006) en relación al abordaje interdisciplinario de la salud mental con un enfoque centrado en la familia. Lucía del Carmen Amico (2005) aborda la intervención del Trabajo Social en dispositivos alternativos



de acción y allí articula locura con la noción de imaginario social, el sentido vigente de la institucionalización y la noción entre necesidades y derechos en las nuevas formas del padecimiento subjetivo.

En cuanto al análisis específico de las relaciones entre el hospital psiquiátrico con la familia de los pacientes se encuentra el trabajo de Birman y Serra en Brasil (1988). Por otro lado, Amarante; Freitas (2013) proponen en el marco del movimiento brasileño de desinstitucionalización psiquiátrica visualizar un “campo artístico-cultural” separado del “campo de la atención psicosocial”, con la intención de correr el eje del discurso psíquico/psiquiátrico hacia una racionalidad estética que permita formas de subjetivación alternativas.

El Trabajo Social surge y se desarrolla simultáneamente a la presencia del manicomio en América Latina. Desde su surgimiento la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental se tornó una especialización particular de la profesión (Amico, Lucia del Carmen, 2005, p.69). Este posicionamiento demandó para el desarrollo profesional el uso de saberes y métodos asociados a la psicología, la sociología y la psiquiatría. La intervención se desplazaba hacia el problema individual, ajeno a las condiciones estructurales del propio capitalismo y por lo tanto ubicando esta intervención en el terreno de lo patológico como disfuncionalidades a ser corregidas. Teniendo en cuenta los aspectos sociales dentro de las instituciones psiquiátricas, podría decirse que el Trabajo Social desde su fundación intervino en general desde una perspectiva centrada en el disciplinamiento y la normalización del “otro desviado” para integrarlo al sistema. “El Servicio Social surge en el escenario histórico con una identidad atribuida que expresaba una síntesis de las prácticas sociales pre capitalistas, represoras y controladoras en pos de la definitiva consolidación del sistema capitalista” (Martinelli, María Lucia, 1995, p.67).

En la actualidad el Trabajo Social se enfrenta a nuevos desafíos que implican continuidades y rupturas con respecto a la práctica profesional tradicional y exigen además de grandes destrezas técnicas, el desarrollo de sólidas bases teóricas que permitan convertir el oficio del profesional en una actuación dotada de sentido y orientada según el mismo.

Retomando las ideas de Vélez Restrepo (2005), surge la necesidad de una mirada epistemológica, metodológica,

ética y política que posibilitan leer, comprender y analizar los sujetos, los contextos y la situación social donde el/ la Trabajador/a Social actúa. Ello implica abordar la intervención en términos estratégicos, entendiendo, según González Saibene (2007) que el trabajo social es una profesión centrada en la intervención en lo social con el objetivo de modificar situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano.

Pensar la intervención en términos estratégicos, implica no subsumirla a una racionalidad unívoca y excluyente, sino justificarla y sostenerla en una perspectiva teórico-metodológica fundada, considerando los intercambios y reciprocidades en la vida cotidiana, desde lo subjetivo, lo histórico, lo cultural, lo identitario, lo singular, lo comunitario y también lo simbólico.

Y es esa construcción colectiva la que nos devuelve un modo de estar diferente. Se trata, de inventar escenarios que den espacio y tiempo para que la diversidad de potencialidades pueda expresarse y combinarse en nuevos posibles; para que el no-lugar, aquel donde no se encuentran simbolizadas ni la identidad, ni la interacción, ni la historia (Auge, Marc, 2000, p.87) se conviertan en resistencia; para componer con los fragmentos del manicomio otro orden de relación: deconstruir para inventar otras formas.

En la Argentina, el regreso a la democracia en 1983, permitió la emergencia de múltiples prácticas y discursos que favorecieron el establecimiento de espacios de transformación, junto a la elaboración de políticas desmanicomializadoras.

En Buenos Aires, en el Hospital Borda, se convocó a distintos profesionales -entre ellos a los Doctores José Grandinetti, Ricardo Grimson y Alberto Méndez-, para trabajar en este sentido. Aunque la experiencia no se concretó, quedaron instaladas ciertas propuestas que cuestionaron el modelo de internación y de tratamientos vigentes, entre ellas, la del Frente de Artistas del Borda. Este grupo se establece a fines del año 1984, con el desarrollo de talleres de los que participan internos.

La experiencia en Río Negro, donde el hospital psiquiátrico de Allen se transforma en Hospital General, con un Servicio de Salud Mental, que logra cierta legitimación a través de la Ley 2.440, promulgada en 1991.

En Santa Fe se desarrolla un proceso similar y también en Córdoba, aunque con logros diferentes.

Santa Fe se destaca por ser pionera de una Ley



Provincial de Salud Mental N° 10772 sancionada en 1991, pero reglamentada recién en septiembre el 2007 integrándose a las políticas sanitarias. Este instrumento jurídico, político y administrativo va a acompañar principalmente a fines de los '90 la conducción de un proceso de reforma referenciado en la experiencia brasilera, nombrada por investigadores y trabajadores de la salud mental de ese país como “la trayectoria de la desinstitucionalización” (Amarante, Paulo, 1995; Vasconcelos, José, 2002). Experiencias que se estructuran sobre nuevos conceptos tales como: clínica ampliada (Souza Campos, Gastão Wagner, 2000); abordajes psicosociales (Pitta, Ana, 1994) o clínica de la subjetividad.

Las prácticas alternativas y reformas anti-psiquiátricas y propuestas anti-manicomiales llevadas a cabo bajo la ley provincial rompe con cierto efecto “fundacionalista” que se le asigna a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

Las y los trabajadoras y trabajadores del Hospital de Salud Mental Agudo Ávila (Rosario, Santa Fe) y de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros (Oliveros, Santa Fe) que participaron activamente en el proceso hacia la reglamentación de la ley local expresaban lo siguiente en un documento elevado a la Dirección de Salud Mental (2006).

Una de las cuestiones que consideramos ineludibles es ¿qué hacer con los manicomios?... sería humanizarlo, democratizarlo, invertir en su modernización, reconvertirlo para que realice su finalidad asistencial. Esta salida no sería incompatible con el respeto a la ciudadanía de los pacientes...” o... “la inadecuación intrínseca del “hospital psiquiátrico” para un efectivo rescate de la ciudadanía y restitución subjetiva del “loco”... “Si bien el trabajo de sustitución del manicomio debe ser producido también desde su interior –es decir, que sean de extrema importancia las medidas de humanización, la mejoría de la autonomía y las protecciones para las personas locas-, ello sólo tiene sentido en tanto y en cuanto se construya hacia afuera del Hospital psiquiátrico”... “No será posible horadar lo manicomial que habita más allá de los muros del manicomio, si ese mas allá sigue contando con él. Se trataría más bien de construir un adentro en el afuera mismo...”

La experiencia de la internación durante períodos prolongados en grandes hospitales psiquiátricos, además de generar una serie de efectos negativos como la sobremedicación, la iatrogenia, el aislamiento, la ruptura

de lazos sociales y la pérdida de la dimensión singular que adquiere el sufrimiento psíquico para quien lo padece, tiene como resultado una importante pérdida de la sensibilidad, del pensamiento crítico y de la capacidad creativa, generando aquello que Goffman (1974) denomina “mutilación del yo” -la continua mutilación de la singularidad del sujeto- que tiene su origen en la homogeneización subyacente a los mecanismos disciplinares, ya sea por la sumisión de quien se encuentra internado a diversos procedimientos que deterioran su identificación con antiguos roles sociales o por su transformación en mero objeto.

### **Intervenciones sin fronteras: las estrategias del Trabajo Social en torno al arte**

El arte, capaz de evolucionar, se basa también en su época espiritual, pero no sólo es eco y espejo de ella, sino que contiene una energía profética vivificadora que actúa amplia y profundamente  
(Vasili Kandinsky, 1989)

Las y los trabajadoras y trabajadores sociales en el campo de la Salud Mental estamos cotidianamente vinculados con las personas con padecimiento subjetivo precisamente en ese ámbito de la experiencia donde se dialoga y se discute sobre lo que hacen, lo que tienen, en definitiva sobre su propia existencia. Esto nos pone dentro de la discusión sobre las capacidades que poseen las personas con padecimiento mental, o deberíamos decir, las capacidades que tienen, aún con padecimiento mental. Y este lugar no es cualquier lugar, ya que es el lugar donde la persona trata de afrontar la realidad de significar al mundo, su presente y sus obras. Donde más allá de tomarla a esta realidad desde una forma limitada o incompleta, es la forma que esta persona utiliza para comunicarse con el mundo y para comunicar -al mundo-, lo que esa persona es, proyecta y hace. Y es allí donde Salud Mental-Arte- Intervención Profesional se “encuentran”. ¿Por qué nos interesa el arte? “Para cruzar nuestras fronteras, sobrepasar nuestras limitaciones, colmar nuestro vacío, colmarnos a nosotros mismos. No es una condición, es un proceso en el que lo oscuro dentro de nosotros se vuelve de pronto transparente”. (Grotowski, Jerzy, 1992, p.16)

El arte abre, siguiendo a Deleuze (2002), esas zonas de



<sup>1</sup> El arte es una apertura, es una cuestión de videncia, eso que deviene tan intolerable que desborda y estalla toda percepción conocida para liberar un universo intangible de sinsentido. El arte es vidente porque invoca las sensaciones que persisten y encarnan el acontecimiento para abrir en lo finito toda la potencia del infinito. Es lo propio del arte, una apertura que desprende y hace vibrar las sensaciones, las acopla y las abre, en un movimiento de composición y conservación de su infinitud; y el artista es creador de composiciones abiertas que inventan nuevos afectos, los muestra en su obra y los hace devenir en el mundo como línea trazada en el universo. Y su obra no como una operación desinteresada, ni con una finalidad sublime, sino tan sólo desde la profunda afirmación de las fuerzas creativas de la vida, de una vida activa que estimula la potencia fabuladora de lo nuevo. Esto hace que el arte sea una de las formas de constituir nuevos modos de vida, donde el pensamiento toma fuerza inactual e introduce una apertura sensible jamás percibida, donde pensar deviene una experiencia vital y sentir una variación del pensamiento. Por tanto, el arte como modo creativo de pensamiento es el poder que afirma la vida. Y el arte abre esas zonas de indiscernibilidad que permiten un devenir-otro, constituyendo una intensidad en variación más que una consolidación de identidades adheridas a la memoria, la conciencia, el juicio o todo lo que instaure una organización de poder. Se trata más bien de una vida no orgánica compuesta de trayectos, devenires y fluctuaciones. El arte no tiene más interés que liberar espacios de vida para componer una topología dinámica de las multiplicidades.

indiscernibilidad<sup>1</sup> ya que en sus distintas manifestaciones funciona como elemento de subjetivación en las personas con padecimientos mentales. Es transmisor de mensajes hacia el afuera y hacia el interior del sujeto; interpela y promueve la participación. Hacer devenir la vida en arte, porque es este un verdadero vehículo de integración y reinserción social. Arte y creatividad son instrumentos validos en el abordaje de las problemáticas en Salud Mental, porque “el ser humano puede verse en el acto de ver, de obrar, de sentir, de pensar. Puede sentirse sintiendo, verse viendo y puede pensarse pensando” (Boal, Augusto, 2004, p.25).

Deleuze hace del arte no tanto una discusión sobre un objeto particular vinculado tradicionalmente al orden estético, a lo bello, a lo sublime, etc., sino un problema del pensamiento mismo. Específicamente, hace del arte un problema del pensamiento en directa relación con la vida, donde interesan más los efectos materiales que introducen nuevos horizontes vitales que las figuras posibles de una obra novedosa (Mengue, Philippe, 2008).

El arte en los manicomios es casi tan viejo como los propios manicomios, pero siempre se lo uso como excusa terapéutica. Generalmente el manicomio produce un efecto en las personas con muchos años de internación, por el cual va dinamitando las capacidades que tiene un ser humano de pensar, de sentir, y de hacer. Va como destruyendo, estallando las pasiones, los deseos, los vínculos personales dentro y fuera del hospital, va convirtiendo progresivamente al sujeto en un objeto. El arte lo que hace es recuperar todo eso, recupera un deseo, una pasión, una actitud, despierta aptitudes, comienza a producir vínculos grupales, la persona comienza a pensar, a sentir, y a ocuparse de sí, de su cuerpo, comienzo a proyectar al ver que puede cantar, pintar, actuar, escribir y después llega el momento en el que hay que salir. De esa posición paciente, pasiva, se pasa a una posición más activa. Dentro de un proyecto ideológico de una construcción del pensar permanente entre todos, es decir que se posiciona al arte no solamente desde un lugar de entretenimiento sino también desde otra arista.

Para efectos de esta producción y a partir de lo expuesto se ha optado por producir una definición de arte a partir de distintos elementos. Así el arte es un proceso humano que implica el desarrollo de la inter-subjetividad, entendiendo ésta como la relación sujeto-sujeto, pero además con las

condiciones materiales objetivas en las cuales se desarrolla (contexto socio-económico, históricas). Dentro de esta relación dialéctica de condiciones materiales e inmateriales es que, en determinada posición social (ser y estar en el mundo), el/la sujeto creador/a evoca reflexivamente un(os) fragmento-s de la realidad y, con el proceso artístico creativo, se objetiva un mensaje posible de comunicar a “otro” cierto aspecto de la realidad, a través de símbolos producidos por el/la sujeto artista, quien objetiva reflexiones, sentidos, pensamientos, ideología, utopía, sentimientos, emociones, etc., en el producto artístico.

Al definir estrategias de intervención para el tratamiento, externación y seguimiento nos proponemos también desarrollar capacidades, de tal manera que los sujetos con padecimiento subjetivo puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas, redescubriendo sus capacidades y recursos personales a partir del arte, lo que interroga, sin dudas, nuestras propias prácticas cotidianas.

Las estrategias de intervención de las y los trabajadoras y trabajadores sociales implican dispositivos en y desde la comunidad, en el medio natural del sujeto; y es por medio del arte que se genera una implicación política en lo institucional, lo social y lo cultural; el arte les da voz como sujetos de derechos. Hay problemas concretos como la vivienda, el trabajo, las relaciones sociales, y es allí donde las estrategias de intervención profesional posibilitan el acompañamiento de las personas para poder volver a empoderarse, identificarse como una persona capaz, activa, parte de un colectivo.

Lo que podríamos denominar “reinvención del arte” es condición necesaria para que ella pueda intervenir en la transformación del hombre y del mundo, superando las categorías del arte, tomándolas como categorías de vida, sea por la estética de lo cotidiano, sea por la recreación del arte como vida que en salud mental es condición indispensable para la superación de un modelo médico-hegemónico, hospitalocéntrico, excluyente.

Pichón Riviere (2014) decía que el artista tiene dos caminos: o afirma una estructura institucional, social o grupal...o es un transformador, un contestador, un revolucionario...impulsado a crear con el fin de transformar el mundo real, reparando el objeto destruido por la enfermedad.

Siguiendo esta idea, Guattari (2006) considera que la



actividad artística no es sólo el acto concreto de creación, sino también todo lo que se da en torno a eso, incluyendo lo inasible, aquello que no se puede poner en palabras, algo que irrumpe, que no es planificado ni esperado. Esta producción artística permite no sólo experiencias estéticas materiales e inmateriales: obras, sino que también efectos sobre el cuerpo, nuevas subjetividades. Y para las y los trabajadoras y trabajadores que intervenimos en el campo de la salud mental, preguntarse acerca de esas nuevas subjetividades, acerca del “otro” implica indefectiblemente la pregunta por el nosotros con el que trabajamos.

Si ese otro, no interpela, no desordena, es imposible que pueda construirse una relación dialógica; siguiendo a Cazzaniga (2006), si no se vive la presencia del otro como pregunta no se podrán ensayar múltiples y colectivas respuestas, se vaciará de sentido y contenido la tan mentada dimensión ético-política de la profesión y también de las alternativas que componen la caja de herramientas del trabajador social.

Nuestras estrategias de intervención en tiempos de complejidad creciente se modifican vertiginosamente, lo que no se modifica es la ética con la práctica ni la posición política asumida con una lógica de trabajo que discute el lugar del semejante y el valor de la vida. En otras palabras, producir salud.

Es el arte, el Trabajo Social, las políticas públicas de salud mental, más la posibilidad de moverse de modo apasionado lo que “hará camino al andar”.

## Referencias bibliográficas

- ALBERDI, José (2006). El estado pavoroso de la locura en Argentina. Entre la codificación de los comportamientos bizarros y el elogio a la locura. En *Revista Cátedra Paralela*, Universidad Nacional de Rosario, N° 3, pp. 37-47.
- AMARANTE, Paulo (1995). *Loucos pela vida: a trajetória de la reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama.
- AMARANTE, Paulo y FREITAS, Fernando (2013). *El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento*. Brasil: Salud colectiva.
- AMICO, Lucia Del Carmen (2005). *La institucionalización de la locura*. Buenos Aires: Espacio.

- AUGE, Marc (2000). *Los “no lugares” espacios del anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad*. España: Gedisa.
- BARG, Liliana (2006). Construyendo la política institucional de un Centro de Salud Mental Infanto Juvenil. En BARG, L., *Lo interdisciplinario en salud mental: niños, adolescentes, sus familias y la comunidad* (pp. 15-28). España: Espacio Editorial.
- BIRMAN, Joel y SERRA, Antonio (1988). *Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica* Silvana Carneiro Maciel. Universidad Federal da Paraíba.
- BOAL, Augusto (2004). *El arco iris del deseo. Del teatro experimental a la terapia*. España: Alba.
- CARBALLEDA, Alfredo (2007). *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- CARBALLEDA, Alfredo (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social y en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.
- CAZZANIGA, Susana (2006). *Intervención profesional: legitimidades en debate*. Buenos Aires: Espacio.
- COFFEY, Amanda y ATKINSON, Paul (1956). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- DELEUZE, Gilles (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós.
- DELEUZE, Gilles (1993). *La Literatura y la vida*. Córdoba: Alcion.
- DELEUZE, Gilles, y BACON, Francis (2002). *Lógica de la sensación*. Madrid: Editora Nacional.
- DELEUZE, Gilles (1996). *Crítica y clínica*. Barcelona: Anagrama
- FOUCAULT, Michel (1961). *Maladie Mentale Et Personnalite*. Paris: PUF.
- FOUCAULT, Michel (1998). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: FCE.
- GALENDE, Emiliano (2008). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- GOFFMAN, Erving (1974). *Presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GONZALEZ SAIBENE, Alicia (2007). “Acerca de la intervención y otros textos”. Documento Jornadas Docentes sobre la intervención, Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Rosario.
- GROTOWSKI, Jerzy, (1992). *Hacia un teatro pobre*. Buenos Aires:



Siglo Veintiuno.

GUATTARI, Felix y ROLNIK, Suely (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños.

KANDINSKY, Wassily (1989). *De lo espiritual en el arte*. México: Premio.

KISNERMAN, Natalio (1984). *Comunidad*. Buenos Aires: Humanitas.

KRAEPELIN, Emil (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.

MALINOWSKI, Bronislaw (1972). *Los argonautas del pacífico occidental*. Barcelona: Planeta Agostini.

MARTINELLI, María Lucia (1995). *O uno e o múltiplo nas relacoes entre es áreas do saber*. Sao Paulo: Cortez.

MENGUE, Philippe (2008). *Deleuze o el sistema de lo múltiple*. Buenos Aires: Las cuarenta.

MUREKIAN, Noemí (2002). Salud mental, fuentes de información y representaciones sociales: el peso de los factores estructurales en el anclaje diferencial del impacto cognoscitivo y simbólico de las políticas de desmanicomialización. Recuperado de <http://catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/Record/201603170441373632>

PITTA, Ana (1994). (compiladora) *La rehabilitación psicosocial*. Brasil: Huíte.

RICHMOND, Mary (1985). *Caso Social Individual*. Buenos Aires: Humanitas.

ROLNIK, Suely, (1998). Por um estado de arte: a atualidade de Lygia Clark. En *XXIV Bienal de São Paulo Antropofagia e as histórias de canibalismos* (pp. 456-467). São Paulo: Fundação Bienal.

ROTELLI, Franco (2014) *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia.

ROZAS PAGAZA, Margarita (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social*. Buenos Aires: Espacio.

SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner (2000) *La gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

TONON, Graciela (2005). *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

VELEZ RESTREPO, Olga (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires: Espacio.

ZITO LEMA, Vicente (2014). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Cinco.

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2019

Fecha de aceptación: 26 de junio de 2020



Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

