

CAPÍTULO 15

Sujetos des-sujetados intervención artística en contextos de vulnerabilidad

Gabriela Victoria

Este trabajo indaga acerca de ciertos emergentes de una práctica social ampliamente difundida en la actualidad en nuestro país: la presencia de artistas o agentes de salud que funcionan como facilitadores de arte y utilizan diferentes prácticas del arte como herramientas de intervención en instituciones de salud, como parte de actividades de promoción de la salud e, inclusive, en procesos de curación.

Se propone conceptualizar aquello que surge como propio a la génesis del campo del arte en contexto de atención de la salud, valorar la existencia de un borde o zona híbrida, sus procesos de funcionamiento, la reflexión estética sobre las producciones que surgen de tales prácticas, con la consecuente pregunta sobre si en ellas se manifiestan cuestiones comunes a los problemas de la estética contemporánea. Además, se examinan las consecuencias que las condiciones contextuales de producción imponen en la interfase arte-salud, las consecuencias en la institución y en los actores intervinientes y la categoría de dispositivo como lugar de desarrollo de estas prácticas del arte.

Desde el campo artístico, tanto en la práctica profesional como desde los espacios formativos, tiene amplia aceptación el concepto de Daniel Sánchez: “el arte es una capacidad operativa del pensamiento, sustentado en el lenguaje simbólico, con capacidad de resolver cualitativamente problemas en escenarios complejos, desde una perspectiva integradora al entorno cultural y medioambiental”. Desde el campo de la salud surgen nuevas demostraciones, avalando efectos que evidencian esta relación. Es decir, ambos núcleos de conocimiento recuperan estas prácticas como beneficiosas, tanto para las personas como en la formulación conceptual. Sin embargo, los estudios estéticos de las producciones que surgen de la intersección de

los campos del arte con la salud, las cuales son realizadas por aquellos que padecen enfermedades, resultan de uno u otro modo (sub) o (des)estimadas¹.

Existe un nutrido cuerpo de evidencia científica que avala el uso de herramientas artísticas en procesos de restablecimiento de la salud y el bienestar en personas que padecen distintas patologías y también en el contexto de atención de las mismas. Es decir que, utilizar arte en contextos institucionales de curación de la salud, también produce beneficios adicionales a los del ejercicio perceptivo, creando un mejor clima de trabajo, disminuyendo el estrés, brindando una sensación de armonía.

Son estos beneficios los que colaboran a fortalecer la relación entre ambos campos.

Existen miradas superpuestas en relación a las producciones artísticas de las personas beneficiarias del sistema de salud, por el hecho de circular en dos universos, allí donde se produce un entrecruzamiento entre arte y salud. Consecuentemente, el posicionamiento social que ocupen las producciones estará en relación con el posicionamiento que posean en la sociedad el arte y el nivel de desarrollo del sistema del cuidado de la salud. El costado positivo de este posicionamiento consiste en la inclusión del arte en este contexto, pero el negativo implica, por ejemplo, que el estigma que cargue una determinada enfermedad, se traslade a las producciones emergentes de las personas que las padecen.

La existencia de estas miradas obedece a los objetivos de uso que la práctica del arte conlleva como parte de un dispositivo terapéutico y, por lo tanto, condicionado en función de aquellos beneficios que otorgue a la salud y al bienestar de las personas, o bien su práctica se persiga desde el campo artístico con fines estéticos, considerando el lugar que le corresponde allí a una obra, si es que consideramos a estas producciones efectivamente obras.

Algunas preguntas que surgen en este escrito remiten a la reflexión-valoración estética sobre las producciones que hagan tanto quienes faciliten el espacio artístico, el público u otros enunciantes metadiscursivos sobre estas producciones: ¿Se verá esta valoración supeditada a la mirada médica? Es decir, el “caso” –en lenguaje médico, el conjunto de síntomas por el que los doctores refieren a las personas o al diagnóstico– ¿influencia el modo de mirar? ¿Existe *a priori* la búsqueda de un correlato entre obra y enfermedad? ¿Prevalece en la actualidad el uso del arte como herramienta diagnóstica?

En definitiva, esta doble mirada u operatoria *a priori* estigmatizante, ¿invisibiliza las producciones de los pacientes? Para responder algunas de estas preguntas analizamos aquello que surge como zona de interfase o intersticio propio de esta práctica, buscando aclarar un poco el tipo de uso que del arte se realiza en este contexto.

¹Se toma, para referir a “campo”, la definición de GWS (2005): “espacio de encuentro entre dos o más núcleos de conocimiento, un lugar donde las cosas se funden y se mezclan y, en general, donde ocurre el cambio”.

La construcción de una interfase, un borde o zona de hibridación: una relación arte-salud

Para poder pensar desde el presente este entrecruzamiento, es necesario rastrear los orígenes de la relación entre el arte y la salud. Las artes han sido parte del restablecimiento del equilibrio y la salud a lo largo de la historia de la humanidad (McNiff, en Malchiodi, 2005: 4). Aunque en el presente el uso de las herramientas y prácticas de arte en el campo de la salud poseen consenso social y reconocimiento y son especialmente utilizadas en la salud mental y la rehabilitación, el origen de esta relación debe encontrarse en la Antigüedad, ya que en la medicina se pensaba al arte como modo de curación, prevención o coadyuvante² en tratamientos. Al respecto, existen numerosas referencias en la medicina y la antropología sobre las más antiguas formas de aplicación de las modalidades expresivas. Por ejemplo, los egipcios alentaban a la gente que padecía enfermedades mentales a involucrarse en la práctica de una actividad artística (Fleshan y Frear, en Malchiodi, 2005: 4).

Los griegos usaban el teatro y la música por sus capacidades reparadoras (Gladding, en Malchiodi, 2005: 5). Pitágoras sostenía que el canto y el juego eran formas en las que el alma alcanzaba la catarsis. Hipócrates y Galeno promulgaban el diagnóstico y tratamiento del hombre “como un todo”, un acercamiento holístico del cual se infiere la relación cuerpo-mente.

La relación del arte particularmente con la atención de la salud mental, se localiza en las ideas que llevaron, desde la Antigüedad, a relacionar e idealizar la creación y la locura, y a situar a distintos filósofos y artistas que han tratado de dar cuenta del modo en que sucede la creación, justificado en la posesión de un “estado” especial o extraordinario bajo el cual el artista produce su obra. Demócrito afirmaba que “sólo en el delirio se puede componer la gran poesía”. (García Muñoz, 2010: 22)

En Inglaterra, durante el Renacimiento, el médico y escritor Robert Burton teorizaba acerca del rol que la imaginación ocupaba en el bienestar y la salud. Por su parte, el filósofo italiano Feltre proponía la danza y el juego como centrales en el desarrollo y crecimiento saludable de los niños (Coughlin, en Malchiodi, 2005: 5).

La idea de anexar el arte a los tratamientos médicos, surge entre fines del siglo XIX y principios del XX, con el advenimiento de la psiquiatría, relación que se fortalece en parte por el movimiento llamado Moral Theraphy, que abogaba por una mejor calidad de atención de los enfermos mentales e instaba a los pacientes a la práctica del arte (Fleshan y Fryear, en Malchiodi, 2005: 5).

Si bien estos programas existentes desde fines del siglo XIX eran transitorios, las ideas que los sustentaban resurgen hacia 1900; pero es a fines de la 1ª Guerra Mundial cuando se encuentran usos documentados de la música con fines terapéuticos en quienes no respondían a ningún otro tipo de tratamiento (Malchiodi, 2005, p.5). Entre quienes prescribían arte,

² Coadyuvante: que ayuda o contribuye a la consecución de una cosa.

encontramos médicos con inclinaciones artísticas, algunos de los cuales llevaban adelante una práctica del arte paralela a su profesión de médico. Hubo quienes posibilitaban la práctica del arte en sus pacientes, unos utilizaban la fotografía como registro de casos dentro de la psiquiatría, y otros investigaban a partir de actividades o de procesos creativos de sus pacientes.

Creación y salud mental: la mirada desde la salud

En relación a la primera circulación de las producciones de estos pacientes –desde el Renacimiento hasta el desarrollo de las vanguardias artísticas– estas prácticas fueron objeto de estudio de los alienistas, es decir, aquellos médicos bajo quienes se encontraban en tratamiento.

En general, en sus inicios, tanto en la psicología como en la psiquiatría, se utilizaban las producciones artísticas de los pacientes como herramienta diagnóstica. Se buscaba establecer analogías entre la producción de imágenes, sus procesos y los procesos mentales sufridos por las personas con determinada patología mental. Su motivación más relevante era la búsqueda de señales que les permitieran elaborar teorías acerca del funcionamiento del cerebro, como si esas imágenes fueran un síntoma de la distorsión, una muestra que habilitara a localizar la anomalía.

Consecuentemente, las producciones eran leídas desde el punto de vista de la sintomatología, buscando trazar parámetros acerca de las distintas enfermedades mentales sobre las cuales el estado de conocimiento era muy inferior al actual.

Una característica que prevalece en estos análisis es que predomina la visión del hombre enfermo –considerado como diagnóstico– sobre la del sujeto creativo, productor. Es decir, se habla de la persona que produce la obra por su diagnóstico y no se registra al sujeto.

El desarrollo de elaboraciones existentes en torno a expresiones artísticas dentro de la psiquiatría, por fuera de los márgenes del “Sistema de las Artes” (escuelas, galerías, museos, medios de difusión) comienza a principios del siglo XX.

Los Románticos consideraban las producciones de los enfermos como epítome del “genio creador”, visión que finalmente fue decayendo a fines del siglo XIX hasta transformarse en síntoma de “degeneración” más que lugar de “inspiración”. Este discurso pasa de la psiquiatría al psicoanálisis a modo de “regresión”, haciendo que persista el diagnóstico sobre las producciones de los pacientes (Foster, 2001).

Aún bajo la influencia del Romanticismo, las imágenes producidas por las personas con padecimientos mentales, eran consideradas como expresiones de “fluidez creativa” que portaban las mismas. Si bien esto supone un avance frente a ser consideradas como “manifestaciones demoníacas” –tal la concepción en la Edad Media– aún distaba de pensarse en ellas como pertenecientes al campo del arte y su circulación era limitada a circuitos de salud.

Bajo este tipo de mirada fueron conformándose, a comienzos del siglo XIX, las primeras colecciones de arte producido por los internos de las que se tenga conocimiento: la del Bethlehem Mental Asylum de Londres y la de Crichton Royal Hospital de Escocia. (Mello, 2004: 21-38).

Coincidentemente, aparecieron las obras de John Haslam: *Illustrations of Madness* (1810) y de Cesare Lombroso: *Genio e Follie* (1888). En ese momento se produjeron los primeros acercamientos entre arte y psiquiatría. Jean Martin Charcot (Paris 1825-1893), médico interesado en la pintura y la fotografía y Director del Departamento de Neurología del Hospital de Salpêtrière, creó un Departamento de Fotografía en el hospital, a partir del cual desarrolló su investigación fotográfica e interés por el estudio de la histeria. Charcot utilizó la fotografía para registrar distintos estados y hacer una suerte de reconstrucción gestual de casos, que presentaba a sus estudiantes en sus famosas clases. Su trabajo fue resignificado más tarde por algunos artistas contemporáneos como la chilena Voluspa Jarpa en su muestra “Efecto Charcot”, que circuló por América y Europa.

También, el psiquiatra británico Hugh Diamond (1809-1886) usó la fotografía para la investigación gestual de diversos tipos de enfermedades mentales (García Muñoz 2010).

Dos profesionales cambiaron el tipo de aproximación al estudio de estos trabajos, al anunciar el advenimiento del “artista esquizofrénico”: Margethales publica en 1921 *Ein Geisteskranker als Künstler: Adolf Wölfi*. En este trabajo el autor examina aspectos de estilo del artista Adolf Wölfi, uno de los *Outsider* más relevantes. El otro es Prinzhorn, psicólogo e historiador del arte, con su libro, cuyo título ha sido traducido al español como *Expresiones de la Locura*³, en el cual reproduce parte de la colección de trabajos del Hospital de Heidelberg, donde se desempeñaba como médico. Prinzhorn había sido designado en 1919 veedor coordinador de la colección de alrededor de cinco mil obras, la mayoría realizada por enfermos esquizofrénicos sin aparente entendimiento intelectual del arte, que trabajaban por razones terapéuticas o compelidos por la pulsión a expresar aquello que les producían sus alucinaciones. Algunas obras presentan similitudes con las de las vanguardias.

Los resultados “son espontáneos” y “la selección es hecha en pos de ajustar los contenidos a la teoría de Prinzhorn” (Foster, en Malchiodi, 2005). Si bien Prinzhorn sostiene en su libro “(...) que la apreciación diagnóstica no es suficiente” y no considera al trabajo como síntoma, tampoco lo equipara a una producción estética (Foster, en Malchiodi, 2005). Parte de esta colección ha sido expuesta a través de los años en varios países europeos, entre ellos, en el Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona.

La excelente recepción por parte de las vanguardias, que tomaron estas obras como reveladoras de una visión creadora inocente y de la existencia de un *inner drive* creador en las personas enfermas, indican para Foster, una muestra de la alteridad necesaria para consolidar la visión modernista del “arte puro”. En definitiva, oscurecen más que visibilizan la importancia de la producción artística de personas enfermas (Foster, en Malchiodi, 2005).

³ Que apareció en 1922 en su traducción al inglés (1922) *Madness and Art. The Life and Works of Adolf Wölfi*.

Art Brut o un arte desde “un interior incontaminado”

Fue Dubuffet quien acuñó en 1945 el término *Art Brut* luego de viajar a Suiza con Le Corbusier y John Paulhan, donde conoció en la Colección Waldau los trabajos de Adolf Wölfli, hoy un *Outsider* clásico. Wölfli adquirió parte de su reconocimiento gracias a la exhibición de su trabajo que Dubuffet organizara más tarde en París. En 1948, Dubuffet junto a André Breton, Jean Paulhan, Charles Ratton, Henri Roche y Michel Tapié, fundan la Compañía del *Art Brut*, dedicada al estudio y coleccionismo de arte que demostraba una capacidad de invención y originalidad extrema “por fuera” de la cultura. Por entonces, Dubuffet define el *Art Brut* como:

“Las obras producidas por personas que no han sido dañadas por la cultura artística, en las cuales el mimetismo desempeña un papel escaso o nulo. Estos artistas derivan todo, temas, elección de los materiales, medios de transposición, ritmos, estilos de escritura, etc. de sus propias profundidades y no de las convenciones propias del arte clásico o de la moda. En estos artistas asistimos a una operación artística por completo pura, sin refinar, en bruto y totalmente reinventada en cada una de sus fases a través de los únicos medios que son los impulsos propios de los artistas. Es por tanto un arte que manifiesta una inventiva sin parangón”.

Estas producciones estaban por fuera de todo diálogo pertinente al debate artístico o intelectual. Por supuesto, es imposible “ser” por fuera de la cultura; sin embargo Dubuffet refiere a aquellos que estaban “por fuera” de su propio contexto cultural. De hecho, consideraba al *Art Brut* como “(...) creación en forma pura, un flujo energético psíquico que va del cerebro al papel”.

Por otro lado, cabe destacar que muchos de estos artistas no hicieron circular su obra en vida, o sea que quedaron excluidos tanto de la sociedad como del sistema de las artes. Las ideas sobre la locura que operaban a nivel social, colaboraron a que estos trabajos fueran asimilados por las vanguardias como “inspiradores”.

Además, el término *Art Brut* supone características especiales dentro de las múltiples etiquetas que se utilizan en la historia del arte. En general, cuando un crítico denomina un cuerpo o conjunto de obra de un modo que considera las distingue (les Fauves, Cubismo, Surrealismo, etc.) lo hace utilizando estas “etiquetas” también en otras obras por fuera de ese conjunto inicial, si considera responden a características que las emparentan.

Art Brut sin embargo, es un concepto que combina características de etiqueta y marca (en sentido comercial), ya que los únicos trabajos permitidos de ser exhibidos con ese nombre son aquellos que pertenecen a la Colección que se muestra de forma permanente en Lausanne. De hecho, el término supone restricciones legales: el historiador inglés, Roger Cardinal, hubo de encontrar en 1972 una segunda denominación en inglés para realizar una muestra en los Estados Unidos con trabajos similares: *Outsider Art*: (Por fuera del Arte o Arte de “Otros”).

En la actualidad, este vocablo porta nuevas significaciones, tales como “arte visionario”, “arte intuitivo”, “*raw art*”, “imágenes inconscientes”, “arte primitivo”, “arte ingenuo”, “arte psicopático”, “arte autodidacta”, “nueva invención”, “*contemporary folk art*”, “*black folk art*”, “arte irregular”, “arte singular”. En cuanto a su utilización, se ha difundido como válido para denominar las producciones de aquellos artistas “por fuera” de los circuitos del arte, institucionalizados en

hospitales y manicomios, pero también las de personas sin estudios artísticos e, incluso, sin escolaridad, cuya pulsión creadora ha dejado abultados cuerpos de obra, a pesar de no haber transitado instancias formativas en arte.

Se desconocen términos para nominar un estilo, escuela o colectivo que refieran a condiciones sociales de sus productores, en vez de las características de sus obras, como lo sugiere el *Outsider Art*.

El advenimiento de la 2ª Guerra Mundial y el desarrollo de las diferentes ramas de la psicología, profundizaron las distintas miradas en torno a los modos y objetivos de producción artística en el marco de esta relación.

A nivel regional, en Latinoamérica, uno de los espacios referentes de investigación de arte en contexto hospitalario es el *Museu de Imagens do Inconsciente* de Brasil, inaugurado por el propio Carl Jung y donde Nise da Silveira trabaja confrontando con terapéuticas agresivas de la psiquiatría, a partir de una práctica profesional que resulta inspiradora y pionera en investigaciones de este tipo.

En Argentina, artistas, psicólogos y psiquiatras que adhieren a teorías por la desinstitucionalización, son antecedentes de grupos que en la actualidad propugnan por la “desmanicomialización” (Cohen y Natiella, 2013), la mayoría de los cuales propician el uso del arte como coadyuvante terapéutico en los tratamientos psicológicos. Algunos referentes iniciales de este movimiento sostienen que “la mayor parte de las personas tienen capacidades para ayudarse a sí mismas y a otros si se las favorece, sostiene y acompaña con información capacitación y seguimiento y si se generan contextos de libertad y solidaridad” (Cohen y Natiella, 2013). Ejemplo de este tipo de emprendimiento de artes en cruce, lo constituye el Frente de Artistas del Borda, que funciona desde 1984 con el objetivo de “producir arte como herramienta de denuncia y transformación social desde artistas internados y externados en el Hospital Borda” (Sava, A.).

El trabajo de este colectivo artístico constituido por profesionales de la salud y el arte, contempla a éste como vehículo de resistencia política, además de considerarlo una herramienta para la rehabilitación en salud mental. En diferentes agrupaciones y frentes, artistas y agentes de la salud pugnan por encontrar maneras humanizantes para la medicina en general y la psiquiatría en particular. Su accionar puede enlazarse también a intervenciones y acciones artísticas en el plano social, que comenzaron en nuestro país con Tucumán Arde.

Desde el retorno democrático, estos tipos de acciones de carácter político como “el Siluetazo”, son frecuentemente asociadas a movimientos por los derechos humanos. Desde el punto de vista de la lucha por derechos políticos de un colectivo o una minoría, constituyen un trabajo similar. La acción o intervención artística acompaña a la construcción de lazos sociales y refieren también a la lucha por los derechos humanos de las personas institucionalizadas. Están destinadas a visibilizar la grave situación de aquellos cuyas voces son subsumidas en una realidad que los niega, sin tener posibilidad de tomar decisiones para modificarla. La Red de Arte y Salud Mental, es un ejemplo de este tipo de construcciones colectivas. Organizaciones que buscan el empoderamiento de los sujetos que padecen mentalmente y persiguen la cons-

trucción del lazo social, el reconocimiento en la sociedad de la problemática asociada a la salud mental, la independencia de las personas internadas o externadas, su autonomía, la construcción subjetiva.

Esta cronología, aun siendo breve, permite rastrear la existencia de la interfase entre el arte y la salud, que precede incluso a la existencia de la psicología. Se inscriben en ella aquellos profesionales que llevan adelante su práctica en hospitales públicos y privados y también un sinnúmero de Ong's que en nuestro país, a partir de los años 90, asocian el uso del arte en salud mental a modalidades no intrusivas de tratamiento médico o psicológico.

Usualmente, en el desarrollo práctico de las tareas, un tallerista de artes con formación artística, trabaja asociado a un psicólogo, o bien recibe instrucciones -según sea la conformación del dispositivo- de un profesional de la salud, en pos de objetivos asociados.

La consolidación de la Interfase “dispositivo arte-salud”: el endurecimiento de la mirada

A mediados del siglo XX, se crean en Europa y Estados Unidos centros de salud que contemplan el uso del arte asociado a distintas terapias en contexto de atención de la salud. Aparecen colecciones de arte como las del *Cedar-Sinai Hospital* y el *Stanford University Medical Center*. En esa misma época, el *Works Project Administration (WPA)*⁴ patrocina la construcción de murales a lo largo y a lo ancho de los hospitales de Estados Unidos, dirigidos a un público mayor y más diverso que el hospitalario, ya que se incluyen todos los edificios federales.

También surgen colecciones privadas de arte en hospitales estadounidenses, que si bien no persiguen específicas intenciones terapéuticas ni fines relacionados a la salud, demostraron que observar e involucrarse en el hacer de las artes visuales, reduce el estrés y la ansiedad y ayuda a combatir el dolor. En la actualidad, ha quedado demostrado que participar en la producción de arte en programas facilitados por artistas, o bien en sesiones de arte-terapia, mejora los resultados clínicos para un amplio espectro de condiciones médicas. Estos estudios incluyen en su muestra, la concurrencia a conciertos o a interpretaciones musicales en sala, tanto como el estar expuestos a la música por altoparlantes en el hospital (Fenner, Rumbold, Rumbold y Harpur, 2012).

En cuanto al desarrollo profesional y las competencias, el crecimiento y posterior difusión del Arte-Terapia en Europa y Estados Unidos, aportaron cierto grado de confusión a este borde, zona gris, área no delimitada, de la que se viene hablando en este trabajo. Si bien por un lado la estetización de la vida cotidiana y el desborde del arte de sus canales tradicionales, contextualizan la profundidad y amplitud de estos usos del arte, el grado de especialización

⁴ Para ampliar la definición y objetivos que se perseguían durante esta política, consultar <http://www.carpetashistoria.fhce.unlp.edu.ar-2/arte/see-america-laimagen-de-los-estados-unidos-impulsada-por-el-new-deal/>

alcanzado en las disciplinas del campo de la salud y las artes (particularmente la Estética), colabora en una suerte de “endurecimiento” de los posicionamientos profesionales, en los bordes de ambos campos (Frigato, Resende Carvalho, 2011).

En la práctica profesional se produce una suerte de oposición binaria que involucra tanto a artistas como a practicantes de profesiones a cargo de la atención clínica. La pregunta (y preocupación) desde ambos núcleos de conocimiento, que se realizan los profesionales, se refiere a la pertinencia de la práctica profesional: ¿Esto es arte? O bien, ¿esto es terapia?

Lo cierto es que cada uno de estos espacios de trabajo particular (existen distintos tipos de aplicaciones y dispositivos) supone una práctica profesional que define un campo y los profesionales del mismo se aferran a ese borde, porque es el que determina la identidad y pertenencia a uno u otro campo de la tarea que llevan adelante a diario.

Sin embargo, ahondar en la existencia de ese borde y lo que allí se produce es necesario, más allá del campo al que pertenezcan las producciones. Ya que permanecer en la negación de su entidad, en lugar de colaborar al otorgar identidad y autonomía a productores y producciones, en realidad provocaría legalizar su invisibilidad.

Las condiciones de existencia de una obra de arte son, la mayoría de las veces, claras para el arte contemporáneo. Ahora bien, ¿es procedente la circulación de las imágenes cuando pertenecen a la historia clínica del paciente? ¿No debiera preservarse el derecho a la confidencialidad, cuando esas imágenes emergen de tratamientos médicos tanto como se hace con otro tipo de información sobre el estado de salud de la persona? ¿Cuándo adquiere estatuto de obra una producción emergente del contexto de la salud? ¿Resulta relevante alcanzar este estatuto para promover su circulación?

Transformaciones y ausencias desde el campo artístico: los usos y aportes del arte en salud

Como se ha visto, las producciones artísticas formaron parte activa de las transformaciones sociales que se reflejaron en el ámbito del ejercicio de la medicina o de la salud, a lo largo de la historia. Su quehacer particular, producto de procesos culturales situados en un contexto específico, fue modificándose conforme a los cambios operados en la sociedad. Al perder validez las grandes ideas pretendidamente universalistas de la Modernidad, nuevos modos de pensar lo social se corporizan y constituyen formas más plurales de entender la realidad y la subjetividad, reconstruyendo aún los propios alcances de estas nociones.

A fines del siglo XX y durante el XXI, los artistas utilizaron prácticas y llevaron adelante obras a partir de diversos materiales y herramientas provenientes de distintas disciplinas. Incluso integraron al campo artístico, categorías conceptuales provenientes de otros campos de conocimiento. Estas operaciones consolidaron el desborde definitivo del arte hacia otros

espacios y, lógicamente, la salud, donde pre-existe una relación que conlleva una larga historia, no fue la excepción.

El ingreso paulatino y sistemático de artistas en ámbitos de la salud, utilizando prácticas validadas a partir del arte contemporáneo, ofrece a los beneficiarios⁵ maneras de apropiación de la realidad, a partir de códigos compartidos socialmente, y la participación en el diálogo cultural, en la construcción de la memoria colectiva, es decir, en su inscripción como parte de sujetos de la historia. En la actualidad, tanto el arte y sus producciones, como la salud, son pensados en clave cultural.

Por supuesto, en el contexto de esta práctica, se beneficia de forma inclusiva a las personas participantes. Y por ello, también, se constituye como acto político, al convocar a la participación de la conversación cultural, a partir de la construcción de imágenes sonoras, visuales, kinésicas, entre otras, que circulan previamente en la cultura popular. En el sentido de la inclusión, se habla en este trabajo de “sujetar” a aquellos en situación de vulnerabilidad.

La identidad como construcción creativa

¿Qué es la identidad sino un devenir creativo? Una entidad cambiante y dinámica, una construcción que no es lineal ni sincrónica, que organiza y elabora nuestro horizonte, nuestro mundo de significaciones. En la relación obra/objeto y sujeto creador, el facilitador establece una mediación más, que se suma a la que se nos aparece con la propia materialidad. El facilitador/tallerista, propicia la relación, poniendo a disposición materialidad y tiempo al servicio de la creación de esa relación, la relación entre la persona y aquello que está a crearse.

A partir de crear con herramientas del arte, se construyen universos de sentido, se conceptualiza, se desarrolla un tipo de conocimiento específico y, además, esto se realiza en un diálogo colectivo, a través de la participación en la comunidad a la cual se pertenece. El trabajo del artista en el campo de la salud aporta el orden otorgado por el lenguaje y la construcción de sentido. La comprensión y puesta en juego de las significaciones construidas, constituyen una parte importante de la vida social, y permiten a las personas atravesar y apropiarse de las complejidades y retos que la vida presenta.

De algún modo, la densidad del debate que se establece –dicho a modo general y entendiendo por debate la participación cultural en un sentido amplio– permite a las personas sentirse más vivas y plenas, obtener el beneficio del sosiego, de poder llegar a responder preguntas que se formulan todos los seres humanos acerca de la existencia, de los procesos de sanación y de la particular percepción del tiempo y el espacio en su contexto.

⁵ Muchas veces, a lo largo de la escritura de este trabajo, pensé qué término es más adecuado para referir a los destinatarios de las prácticas. “Beneficiarios”, receptores del beneficio de la práctica del arte en ese contexto, resulta la más apropiada en este momento.

En cuanto a la *expresión*, el facilitador de arte o de prácticas artísticas en salud, no trabaja solamente con el objetivo de obtener la liberación emocional y expresiva de la persona que participa de las actividades. Tampoco relaciona la producción a la enfermedad o a los conflictos que la persona atraviesa en ese momento. Aun suponiendo por un instante que existe algo de lo particular de esa dolencia que se cuela en este movimiento hacia la creación, sería sólo un puntapié inicial, un disparador de formas, ya que la incorporación del arte y sus lenguajes –con sus respectivas legalidades e imposición de un cierto orden– se establece un ordenamiento que no permite quedarse allí, sino a partir de allí para operar en el campo simbólico (visual, musical, corporal).

El facilitador encuentra la manera de guiar al beneficiario a un tipo de saber propio de su campo y a recorrer su “transtemporalidad”. Es decir, abordar el entrelazamiento, o choque entre los diferentes modos de temporalidad que articula un objeto de creación (Fiorini, 1989) y que se elabora a partir de los procesos que involucran la introducción de la terceridad en aquello que Fiorini (1989) denomina “pulsión creadora”⁶.

Este aprendizaje, dadas las condiciones de vulnerabilidad en que se produce, sucede sólo cuando estamos estableciendo un vínculo de confianza concurrente al trabajo de facilitar las herramientas propias del taller. Construir un vínculo de confianza es necesario, y se basa en establecer una también necesaria *presencia*⁷.

Situados en el borde: el dispositivo arte-salud como entidad de la clínica del arte

El arte es capaz de configurar sentido a partir de la contradicción. Al respecto dice Ticio Escobar (en Castro, 2014):

“Las imágenes del arte tienen la posibilidad, si no de conciliar, sí de cruzar figuras incompatibles en términos de disyunción lógica metafísica: materia/espíritu, mostrable/irrepresentable, sujeto/objeto, forma/contenido, arte/no arte, ausencia/presencia, etc. Por eso, las figuras del arte se encuentran siempre en situación de límite entre lo que aparece y lo que se sustrae, entre lo que se muestra en el espacio de la representación y las fuerzas oscuras potentes que quedan afuera y empujan desde allí lo que acontece en escena”.

Al aceptar esa capacidad de configurar sentido en la contradicción, en cualquier situación límite (y en el ámbito de la salud se trabaja muchas veces de esa manera), pareciera que se torna necesario referir a esta práctica del arte como “clínica del arte”, desde la práctica en el

⁶ Estas formas de organización de pensamiento son denominadas “formaciones de proceso terciario”. Articulan y distinguen espacios de: dado, imposible y posible, desorganizan formas constituidas y trabajan la reorganización de nuevas formas o sentidos, convocan elementos en sus diferencias, enlazan sus oposiciones haciéndolas converger a la vez que divergen, arborizando con estas formas redes de sentido, constituyen así objetos abiertos de múltiples significaciones y hacen coexistir en ellos diferentes formas de temporalidad. Estas modalidades de formalización, configuran procesos de orden terciario: no están en los límites del proceso secundario, tampoco se reducen a los que Freud llamó “proceso primario de pensamiento” y tienen rasgos propios que las definen.

⁷ Este desarrollo teórico forma parte de una Tesis en proceso.

borde, un tipo de denominación que se puede localizar y analizar en su particularidad en la existencia del dispositivo arte-salud. Esta categoría tiene una historia y distintas dimensiones de complejidad; el dispositivo es una red, posee una naturaleza y se encuentra en relación a un acontecimiento (Fanlo García, 2011: 23-45).

En el contexto arte-salud, el dispositivo se constituye en el borde. Es allí donde se desarrolla la práctica clínica del arte. Las producciones resultantes de la práctica, con fines estéticos (sean o no objetos del arte) que pertenecen en su contexto y condiciones de producción al campo de la clínica, circulan en general dentro de canales donde se menciona su origen (en el dispositivo arte-salud). Sin embargo, poseen objetivos estéticos y también, aunque no los persigan, otorgan beneficios clínicos. Esta interfase, la que se consolida y cristaliza en el dispositivo, constituye un desplazamiento y un afianzamiento de la práctica que construye además de un acto estético y un acto clínico, un acontecimiento político.

Vimos cómo los cambios que tuvieron que ver en el devenir de la historia con la configuración de la relación arte-salud y también los cambios operados en los modos de producción, afectaron además los modos de producción del conocimiento. Un modo de conocimiento lo constituye el arte y también podemos incluir en este borde al sujeto de construcción colectiva que constituye el dispositivo de arte-salud.

Ahora bien, ¿qué aporta la interfase, es decir, el dispositivo? La utilización del arte integrado al dispositivo terapéutico aporta, como se ha visto, bienestar y beneficios cuantificables en la salud de las personas. Pero además aporta al trabajo creativo relacionado a una construcción subjetiva afianzada en la libertad, la apertura hacia la expresión de lo propio y en diálogo con la propia cultura, aún si se trata de una respuesta, reflejo, contestación o búsqueda de pertenencia. Es aquí donde el arte como mediador-constructor en esta relación, colabora en la creación de la subjetividad, en la formación de sujetos concedores de sí mismos, capaces de entablar relaciones entre pares, libres.

Dispositivo, la red y el borde: funcionamiento y facilitador

El funcionamiento y el facilitador del dispositivo arte-salud se inscriben en una práctica y vivencia de la experiencia artística grupal o individual de apropiación de conocimientos del arte y construcción subjetiva. Por ende, al establecer un modo de funcionamiento, generalmente las leyes se consensuan y la práctica se reinterpreta grupalmente.

El facilitador artístico (generalmente, una persona con formación artística que puede o no pertenecer a alguna profesión de la salud, o bien perteneciendo al campo de la salud, poseer afinidad y recorrido en el campo artístico), habilitará la existencia del espacio de renegociaciones que periódicamente sean requeridas en la formulación de reinterpretaciones que inscriban aquellas prácticas portadoras de contenidos.

En tanto que red, los dispositivos que incluyen prácticas del arte, son productores de subjetividad colectiva. Su aporte se encuentra, además, ligado a la conexión con lo “ritual, cultural”

que poseen las prácticas artísticas, o conllevan asociadas para las personas en su imaginario; forma parte de lo que “constituye”, construye, crea sujeto. Crea sujeto en el sentido de “nuevo ente” surgido de la “relación entre el ser y el dispositivo”, tal y como lo establece Fanlo García en su lectura de Agamben (Fanlo García, 2011: 23-45).

Por otro lado, en tanto que todo dispositivo se relaciona al poder, se constituye además en posible articulador democrático de la experiencia vivenciada con los discursos propios, por un lado, y por el otro, de aquéllos que emanan de las distintas instituciones formativas-normativas de la sociedad, (por ejemplo, la apropiación de los mensajes de una política pública en favor de que los usuarios reconozcan sus derechos en salud). Es decir, el dispositivo constituye una instancia de negociación política, que colabora en la construcción de saberes necesarios de índole social.

El trabajador del arte, llevando adelante tareas en ese borde, da cuenta de sus búsquedas y, en su reposicionamiento, plantea nuevas funciones y nuevos usos sociales, atendiendo a su capacidad de resolución de aquellos temas complejos, su capacidad de hacer sentido a partir de la contradicción, integrando con sus herramientas artísticas al sujeto con su contexto. De este modo, las prácticas del arte en salud suponen la vivencia de la experiencia artística individual o en grupo, de apropiación de conocimientos y construcción subjetiva a partir del arte.

Estas experiencias estéticas, aún si no fueran consideradas artísticas, suponen prácticas que no poseen intención de obtener “categoría de redentoras” (Escobar en Castro, 2014), sino que suponen ser capaces de vivenciar aquello que nos constituye como humanos, a partir de elaboraciones que surgen de un contexto generalmente deshumanizante.

En nuestro país, muy especialmente en los años recientes, la situación social en cuanto a la salud mental se encuentra en una transición paradigmática a partir de la necesidad de dar forma a la realidad para adecuarse a la implementación de la nueva ley de Salud Mental. La ejecución de esta ley supondría implementar formas sustancialmente más pluralistas, menos totalizadoras de estudio y tratamiento de las personas usuarias del sistema de atención de la salud mental, que dan lugar a nuevas miradas y otros modos de acceder al conocimiento de las personas, la construcción de sentidos y de identidades.

Ocultamientos desde la clínica del arte

Algunas de las mismas condiciones de formación de los sistemas de salud del resto de los países de Occidente, son aplicables al sistema de salud de nuestro país. De modo general, la medicina (y, en consecuencia, los discursos desde distintos actores tan disímiles que la componen) ha sabido posicionarse por sobre otras visiones existentes, cuyas miradas resultan más humanistas e integrales. Sin embargo, las manifestaciones y prácticas estéticas (sean éstas artísticas o no artísticas) que se han incorporado a las políticas institucionales e, inclusive estas, dentro de la salud, en los últimos años, además de humanizar la práctica de los agentes de salud y el sistema sanitario en general, colaboran en horizontalizar las relaciones del equipo

con la comunidad, pero aún no dan cuenta de aquello que quienes pertenecemos al campo del arte y la cultura, necesitamos poner en palabras.

El sistema médico, ¿por hegemónico?, tiende a descontar en sus relatos a aquellas prácticas que propiciarían el surgimiento de voces múltiples –donde cada integrante tiene lo suyo a aportar, a formular– toda vez que la medicina posee una historia de condicionamiento a lugares subalternos de esas otras concepciones.

Además, siempre desde el punto de vista científico, la metodología de investigación cuantitativa considera un *handicap* a metodologías cualitativas del tipo de las que son necesarias para valorar procesos como el creativo, aún en el sentido de considerar resultados en relación a la salud. El proceso creativo otorga una valoración positiva de la improvisación, a procesos alternativos y abiertos, los cuales son, en cierta medida, descontados como formas “válidas” de producir investigación científica. La paradoja presente en este enfoque, reside en que las herramientas más utilizadas por la medicina clínica, esto es, la entrevista y la observación clínica, utilizadas por la medicina durante cientos de años, constituyen una forma de toma de datos cualitativa.

Ahora, si bien el clima que propician las prácticas del arte es el adecuado para el tratamiento de temáticas delicadas en materia de apropiación de derechos de salud y, en general, en el tratamiento y acceso a la salud y al bienestar de la población, también implicaría el empoderamiento dentro de un paradigma de funcionamiento de otros discursos además del médico, lo cual constituye sin dudas parte de la invisibilidad a la que son sometidas las prácticas.

Sin embargo, es justo decir que en la actualidad, cada vez con mayor asiduidad, sucede que las instituciones de salud implementan actividades que denomino “prácticas artísticas en el marco de la atención de la salud”, para que las personas puedan recorrer desde una aproximación segura (es decir, sin riesgos físicos) y lúdica (propiciando el bienestar de modos no intrusivos ni dolorosos), un camino de exploración y, asimismo, fortalecer estrategias individuales de autoconocimiento que funcionan como disparadores al tratamiento de temas designados por un programa, política pública o terapia específica.

Una clínica de la(s) práctica(s) del arte

Es necesario llevar adelante una síntesis superadora de la escisión impuesta por la segmentación de las miradas estética y médica a la que fueron sometidas las producciones de los sujetos, habitualmente, tanto en ámbitos psiquiátricos como otros de la salud en general. Se trata de ponderar la importancia de unificar –que no simplificar- jerarquizando a las prácticas artísticas y al sujeto que produce, habitando-se en su contexto, trascendiendo muchas veces el dispositivo de salud, la enfermedad, la patologización de la obra y la sujeción a etiquetas que denigran a la persona y subordinan a la práctica artística a un mero instrumento despojado de sentido propio.

Para ello, deberán considerarse variables –prácticas y procedimientos artísticos producidos como parte de un proceso mayor, con el fin de contribuir a mejorar el bienestar psicofísico de las personas–⁸ como aspectos emergentes de (una) nueva(s) configuración(es) de (micro) política, institucional(es) y consecuentemente social(es), a formar, en las que las prácticas del arte contemporáneo se posicionan en “nuevos contextos”, fuera de los habituales canales de producción del sistema de las artes, como resultado de alineaciones que involucran necesidades personales o grupales de profesionales interesados en validar su práctica e incluirla dentro de una problemática pertinente a la actualidad: aquella en la cual el arte se comporta como mediador para la construcción de sentidos en la vida personal y colectiva, como así también en la transformación individual o social, a partir de la estetización de la vida cotidiana en la contemporaneidad.

En este caso, cuando se habla de curación, no se está refiriendo a una visión farmacológica de la salud, o a una recuperación de una afección en particular, sino a:

“La afirmación de la vida como fuerza creadora, con su potencia de expansión, lo que depende de un modo estético de aprehensión del mundo. Tiene que ver con la experiencia de participar en la construcción de la existencia, lo que – según el psicoanalista Winnicott- da sentido al hecho de vivir y promueve el sentimiento de que la vida vale la pena de ser vivida” (Rolnik, 2001).

Para llevar adelante esta tarea, es necesario definir categorías de trabajo que se consideren funcionales a fin de lograr comprender el aporte que realizan las artes (o sus prácticas) al campo de la salud. Esta necesidad se encuentra ligada a pensar el campo de arte con contexto de atención de la salud (AECAS) y su correspondiente contexto local o regional, sin responder a una problemática local en base a respuestas que han sido encontradas en otros contextos, sino atendiendo a las particularidades territoriales a fin de que las respuestas a las que lleguemos satisfagan necesidades reales.

Ya que los programas de AECAS presentan diferentes niveles de complejidad y desarrollo en distintos países, respondiendo al diseño de los sistemas y a la salud de la población a la que brindan servicios, se encuentran ligados al desarrollo y al nivel socio económico general de la población, se debe diferenciar precisamente, porque esas formas de organización existentes surgieron para atender a sus contextos regionales o locales y porque –como en otras áreas de construcción de conocimiento- también aquí sería infructuoso trasplantar recetas sobre modalidades y entornos que poseen pocos puntos de contacto común con la realidad Latinoamericana.

⁸ Se distinguen las producciones realizadas en taller facilitado por un artista o tallerista de arte con formación en artes, de aquellos ejercicios creativos o expresivos resultados de una sesión de arte terapéutica que promueve la solución de un trabajo de conflictos intersubjetivos, lo cual constituye el objeto del Arte terapia.

Posibilidades brindadas por el arte y sus herramientas en el campo de la salud

El arte, como “parte del dispositivo de atención”, fortalece la construcción de sentidos colectivos, una visión subjetiva del mundo, un modo alternativo de relacionarnos colectivamente unos con otros. Asimismo, investigaciones en todo el mundo demuestran que la creación mejora la confianza, la autoestima, el autoconocimiento, la constitución de redes, la construcción de nuevos sentidos⁹.

Es indispensable poder aportar las herramientas técnicas y teóricas de lenguaje para desenvolver su poética. Implicados en la enseñanza y cuidado del proceso creativo, la salud quedará entonces en manos del equipo de salud. Decidir de antemano por esta postura, sin pretender por ello desvincularse de los objetivos de salud que atraviesen la terapia del beneficiario, es un punto de partida fundamental y parte de una decisión política/poética.

Despreocuparse respetuosamente del tema de la salud para ahondar en el tema de la construcción de sentido, involucrarse con aquello que los beneficiarios deseen crear. Suficiente es habilitar los recursos tecnológicos, simbólicos, poéticos, que faculden al movimiento interior que implica la creación y la educación amorosa de la mirada.

Probablemente, en condiciones de vulnerabilidad en salud, la persona traiga algo de aquello que padece al espacio del dispositivo-taller. ¿Cómo no hacerlo? ¿Acaso cualquier artista al trabajar en su obra no involucra en el hacer toda su subjetividad? No es necesario correr la mirada ni ocluir, sino habilitar la existencia del vacío necesario y posibilitador de un primer movimiento evitando sustraerse a la ansiedad que genera él mismo para poder hacer. Esto resulta imprescindible en la tarea del tallerista “facilitador de artes en salud”: posibilitar un hacer a partir de una materialidad, en relación. Hacer un objeto, posibilitar una experiencia, colocar en circulación, en diálogo abierto con la cultura de la cual formamos parte, para integrarla, interpelarla, modificarla, revertirla.

En la(s) representación(es), la mediación simbólica permite al sujeto permanecer a resguardo. Hablar de sí mismo sin decir “yo”, sin enunciarlo en palabras (Klein, 2006: 11-18). En ese sentido, el trabajo del artista/tallerista permite propiciar un recorte, una cita, la apropiación y el trabajo al modo de, en primera instancia. Aquello que permite el ocultamiento seguro de la persona, con el fin de quedar a resguardo de la mirada medico/terapéutica.

Ese “simulacro de invisibilidad” del Yo, permite generar un primer movimiento. Introducir la posibilidad de hacer “algo” por fuera de la autorreflexión, por fuera del nosotros, del entorno terapéutico mismo. Permite al facilitador una manera accesible de crear, de quedar involucrado, sin indagar sobre la persona. ¿Por qué es necesario poder hablar del Yo sin enunciarlo? Por-

⁹ Siempre basándose en que de acuerdo a la modalidad de trabajo que se llevó a cabo en los talleres que sustentan los casos de esta tesis, se proponen modalidades donde no hay maneras erróneas de hacer, ya que las consignas y el encuadre son de acompañamiento al Otro.

que muchas veces existe la suposición, por parte de las personas que transcurren un tiempo de taller, y por ende un tiempo institucional, que aquello que realizan en ese espacio, queda enmarcado dentro del dispositivo de atención terapéutica y que cada acto realizado por ellos, es sujeto de escrutinio médico. Salvaguardar la relación de trabajo -hacia el beneficiario- y el espacio del taller por fuera de lo que el imaginario establece como “mirada médica hegemónica”, es imprescindible para lograr la fluidez y el juego necesario de creación en el tiempo de trabajo. El juego con reglas e incluso la improvisación.

A partir de allí, se puede proponer un trabajo que será íntimo y comprometido con la propia subjetividad, sin mencionarlo. Esto es, una consigna con la cual andar el camino hacia la indagación implicada, con la atención puesta en la materialidad. Menciono aquí la materialidad en sentido literal: materia, soporte, medios o bien materialidad simbólica (imágenes pre existentes, el reservorio de la cultura popular, por ejemplo).

La producción funcionará como un Otro, por el extrañamiento que produce en su interpelación, a la cual se debe de algún modo favorecer y por el sentido de inadecuación que supone el hablar un nuevo lenguaje. La producción también remite a un Otro en denodado esfuerzo por participar, a veces balbuceante, en el diálogo cultural que permite a todos formar parte de una Comunidad. Un Otro que habla mencionando un “nosotros”.

Identidad(es) y obra: relación(es) dialógica(s)

Es inevitable que, como resultado de este hacer creativo comprometido, se produzca un movimiento interior. Incluso, desde la más básica acepción de nuestra subjetividad, nuestra sensorialidad, hasta llegar a los más complejos significados o a la más sutil producción de pensamiento emparentado a la abstracción. Este movimiento lo constituye un hacer con consecuencias, en el marco de un contexto implicando el “sí mismo”. Consideramos a la práctica artística como subjetivante y el sujeto se conforma como punto de contacto-soporte del quehacer artístico en salud; entonces: ¿Constituyen las miradas sobre estas prácticas una nueva manera de ver-nos?

Nuevas miradas, parte de políticas impartidas por profesionales con el propósito de cubrir, a partir del arte, una nueva necesidad social en la que el arte funciona. Una suerte de “estética” de la (inter)subjetividad, estética del proceso de curación, del transcurrir el dolor o la sensibilidad. Una manera de percibir-se y recepcionar-se a nosotros mismos y a los procesos internos, a partir de la producción de imágenes que permiten apreciar, percibir aquello que no llega a enunciar(se) aún en la mente racional. Ese Otro construido a partir de lo nuestro, (la imagen) sobre el que opera el artista, está a su vez accionando sobre la identidad; entonces, en esta dialéctica transformadora entre sujeto y objeto, se alternan mutua y dinámicamente, se promueve un movimiento en favor de la creación de universos simbólicos personales, inmersos en un colectivo, con sentido.

En el arte y su práctica, Objeto y sujeto son a la vez dos que indivisiblemente se conforman. Este objeto (obra en proceso), se relaciona y es a partir del accionar de “Uno” que va atravesando un proceso (de curación). Un “Uno” que transcurre distintas instancias, un devenir yendo de un espacio/tiempo de enfermedad o desequilibrio, hacia la búsqueda del equilibrio, el bienestar. Tal como la obra en producción, un “Uno” que irá del caos al orden, tal como lo supone el uso de cualquier lenguaje, tal como las transformaciones que nos proponen los mitos.

Conclusiones

Por un lado, es necesario dejar en claro que está documentado por investigaciones llevadas a cabo en distintos países, que el arte no sólo colabora en la recuperación de la salud en su práctica sino también, en instancias receptoras. Además, el arte habilita en las personas formas de configurar y acceder a múltiples dimensiones complejas del pensamiento y la percepción, implicados en la construcción intersubjetiva de sentidos.

Por otro lado, es necesario afirmar que el desarrollo de nuevos modos productivos, no sólo supone el desarrollo de nuevas categorías estéticas sino también, nuevas maneras de relación estética entre productores, receptores y obras.

Frente a esta situación, surge como necesidad aparente el establecer algún tipo de condición de pertenencia. Coyunturalmente, toda vez que las prácticas son llevadas a cabo por profesionales con formación artística y muchas veces acompañados por un profesional con formación en salud, éstas pueden pertenecer a uno o a ambos campos.

En el marco de estas nuevas configuraciones, el campo de la salud ha incorporado al arte dentro de sus prácticas, porque en la articulación que supone el dispositivo (inter/subjetivo) arte-salud, nuevas relaciones se establecen que reposicionan a los sujetos en lugares de empoderamiento, frente a antiguos paradigmas que ya no dan respuesta a aquellos aspectos que el hombre contemporáneo necesita para acompañar procesos de curación diversos.

Al hacerlo, se ofrece la posibilidad de dar una intervención institucional, a partir de variables que operan en múltiples dimensiones, individuales, grupales y comunitarias. Estas dimensiones se contienen a sí mismas posibilitadas por unidades de sentido que conformarán constelaciones articuladas para constituir a las personas en un andamiaje simbólico, en dispositivos que funcionan a modo de red, como seres sociales, en interlocución con sus pares, compartiendo un entramado perteneciente, además, al universo productivo.

Queda en manos de terapeutas y psicólogos la preocupación por las representaciones y su significación personal, para trabajar aquello de índole intersubjetiva e intrínseca a esa persona. Sin embargo, los trabajadores del arte atenderán a esa relación edificando el nivel de conocimiento y confianza que la persona desarrolla en el hacer creativo. Por ello, es que la mirada se centra en el cómo y en el qué ofrecer a la persona para lograr sus objetivos artísticos.

Por tal motivo, se habla aquí de “clínica del arte”, para establecer en un sentido amplio un tipo de participación profesional y uso artístico, aquí estético, que implica la elaboración de significaciones a partir del “saber hacer”, propio de quienes elaboran con el arte y sus técnicas

y/o tecnologías, una poética, con la apropiación de sentidos, con la construcción de experiencias que modifican nuestra sensibilidad y nuestros pensamientos.

Por último, un aporte orientado a relacionar esta práctica con la ética existente en la salud en torno a la confidencialidad: sería necesario asegurar el consenso con productores la circulación de estas producciones. Por lo demás, definir los canales de circulación y por ende, consolidar a las producciones dentro de uno u otro campo o bien, abonar la creación de un campo específico, es parte de un debate que hoy cuenta, afortunadamente con múltiples actores.

Bibliografía

- Castro, C. (2014). "Sobre límites y posibilidades" [en línea]. Consultado el 15 de junio de 2015 en <<http://poesiaexpandida.blogspot.com.ar/2014/04/sobre-limites-y-posibilidades.html>>
- Cohen, H., Natella, G. (2009, diciembre). "Cómo desmanicomializar". Página 12 Suplemento de Psicología [en línea]. Consultado el 9 de diciembre de 2009 en <<http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>>
- Da Silveira, N., Mello, L. (2004). *Imágenes del Inconsciente* (2ª edición). Buenos Aires: Proa.
- Fanlo García, L. (2011). "¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben". *Revista de Filosofía A Parte Rei*, 2(4) [en línea]. Consultado el 3 de octubre de 2014 en <<http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei>>
- Fenner, P., Rumbold, B., Rumbold, J., Robinson, P. y Harpur, S. (2012). "Is there compelling evidence for using arts in health care?". *Health Policy Research Institute Evidence Brief*, (4) [en línea]. Consultado el 22 de noviembre de 2013 en <www.instituteforcreativehealth.org.au>
- Ferigato, S., Sy, A., Rosende Carvalho, S. (2011). "Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda". *Salud Colectiva*, 7(3), 347-363.
- Fiorini, H. (1989). "Formaciones de procesos terciarios. Una tópica del psiquismo creador". En VV. AA (eds), *Actas del XXII Congreso Internacional de Psicología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires [en línea]. Consultado el 12 de noviembre de 2009 en <www.fiorini.com.ar>
- Foster, H. (2001). "Blinded insight on the modernist reception of the art of the mentally ill". *October*, (97), 3-30.
- García Muñoz, G. (2010). *Procesos creativos en artistas Outsider* [en línea]. Madrid: Universidad Complutense. Consultado el 19 de diciembre de 2011 en <<http://eprints.ucm.es/11022/1/T32149.pdf>>
- Hernández Hernández, F. (2008). "La investigación basada en las artes. Propuestas para repensar la investigación basada en educación". *Educatio Siglo XXI*, (26), 85-118.
- Jiménez, J. (2002). *Teoría del Arte*. Madrid: Tecnos/Alianza.
- Klein, J. (2006). "La creación como proceso de transformación". *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.

- Lombardi, S. Champs Libres. In Pursuit of Art Brut. Societé des arts indisciplinés [en línea]. Consultado el 17 de septiembre de 2007 en <<http://www.sai.qc.ca/>>
- Maizels, J. (2006). Raw Creation. Outsider art and beyond. London: Phaidon.
- Malchiodi, C. (2005). Expressive Therapies: History, theory and practice. New York: Guilford.
- Rolnik, S. (2006). “¿El arte cura?” Quaderns portàtils. MACBA [en línea]. Consultado de 15 de mayo de 2015 en <http://www.medicinayarte.com/img/rolnik_arte_cura.pdf>
- Sánchez, D. (s.d.) “El arte como herramienta de la educación popular” [en línea]. Consultado el 5 de mayo de 2015 en <<http://es.scribd.com/doc/252763529/El-Arte-Como-Herramienta-de-La-Educacion-Popular>>
- Sava, A. (2008). “Una experiencia desmanicomializadora”. En Arte, lucha y resistencia. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo [en línea]. Consultado el 16 de noviembre de 2012 en <<http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/153.html>>