

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de grado Plan de Intervención  
Licenciatura en Psicología  
“...Para establecer un par significativo”  
Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua”  
Mesples, Tiara  
PSI 03449  
Director: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra  
Córdoba Capital  
Julio 2020

## INDICE

Resumen .....	2
Introducción.....	3
Línea estratégica de intervención .....	5
Síntesis de la organización .....	11
Delimitación del problema/necesidad objeto de intervención.....	16
Objetivos.....	18
Justificación .....	19
Marco Teórico .....	23
Capítulo I: Contextualización sobre Reinserción Social .....	23
Capítulo II: Hospital - Internación - Internados .....	31
Capítulo III: Re-inserción al Lazo Social .....	38
Capítulo IV: Dispositivo Grupal de Radio .....	42
Actividades .....	53
Diagrama de Gantt.....	69
Recursos .....	70
Presupuesto.....	71
Evaluación .....	72
Resultados esperados .....	73
Conclusión .....	74
Referencias .....	76
Anexo .....	90

## RESUMEN

El presente Plan de Intervención en el Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua” corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. Luego de haberse realizado un análisis sobre las características, particularidades y estructura de la institución, se logró delimitar la necesidad existente de un abordaje con los pacientes internados. Se propone, mediante este plan de intervención, fomentar la reinserción social de pacientes internados en el servicio de Salud Mental, a través de la participación en un dispositivo grupal de radio. Este dispositivo grupal de radio, cuenta con seis encuentros, uno por semana, y con actividades destinadas a pro-mover el lazo social de los pacientes internados, provocar la palabra de los mismos e impulsar la dimensión de escuchar y ser escuchados mediante el dispositivo de radio. Al finalizar el último encuentro, se realizará una evaluación de impacto a través de la administración de un cuestionario a los participantes, con el propósito de valorar los resultados obtenidos y realizar futuras recomendaciones a la institución.

**Palabras claves:** Pacientes Internados - Reinserción social - Lazo social - Palabra - Escucha - Dispositivo Grupal de Radio.

## INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 se encuadra dentro del Paradigma de la Complejidad propuesto por Edgar Morín (1994). Este Paradigma, a través de sus tres principios: dialógico, recursivo y hologramático, permite un abordaje abierto, dinámico y complejo, incluyendo el azar, la contingencia, el caos y la contradicción como parte de la existencia. Dentro de este Paradigma, el presente Plan de Intervención, tiene como línea estratégica los “nuevos paradigmas de salud mental”, campo en el cuál, se advierten las tensiones entre lo universal y lo singular. Esta línea estratégica ha sido abordada por la Organización Mundial de la Salud (2014), la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la práctica con orientación psicoanalítica.

El proyecto está planteado en base a la información brindada por el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”, a partir de la cual se pudo observar, la necesidad de implementar diferentes programas que tiendan a fomentar la reinserción social de los pacientes internados, es decir, afianzar y promover el lazo social. El objetivo principal de esta intervención es fomentar la reinserción social de los pacientes a través de un dispositivo grupal de radio.

La reinserción social es tomada como un semantema, esto quiere decir que, no son solamente dos palabras aisladas, sino que, es visualizada como una unidad lingüística subscripta en una trama social que le da un sentido específico y elaborado en contexto. (Crisafulli, 2011). A su vez, la reinserción social es un proceso que incluye diversas esferas, desde lo sociocultural hasta su dimensión política relacionada a los derechos humanos. Es así como la Ley Nacional de Salud Mental N° 26659 (2010) en relación a esta población,

enfatisa en los derechos humanos, dándole gran importancia a la posibilidad de favorecer los lazos sociales, poniendo como objetivo la promoción de la inclusión social y la disminución de los periodos de internación. Ambos conceptos claves que justifican el presente trabajo.

## **LINEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN**

“Los Nuevos Paradigmas en Salud Mental” es la línea temática escogida, desde la cual, se aborda el presente trabajo. La misma es pulida desde la tensión inevitable entre diversas definiciones sobre salud y salud mental; a saber: la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la posición, con respecto a estas nociones, desde una mirada con orientación psicoanalítica. Al final, pero no menos importante, se advierte cierta conclusión sobre, desde qué concepción de Paradigma se posiciona el presente trabajo y la articulación de esta línea con la institución seleccionada.

En primer lugar, como se señala en el párrafo anterior, se observa desde la Organización Mundial de la Salud (2014), creada en el año 1946, entrando en validez en el año 1948, una carta de presentación en la que conceptualiza a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, p.1).

En segundo lugar, desde la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2010), en su artículo N° 3, se define a la salud mental como “...un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p.10).

Ahora bien, se intenta analizar ambas definiciones, la de la OMS y la de la Ley Nacional de Salud Mental desde una mirada con orientación psicoanalítica.

En relación a la definición de la salud desde la OMS, siguiendo a Miller (1997), se subraya que es ésa la voz suave y sutil de un tiránico-imperativo imposible, un procedimiento del Superyó moderno. En este caso, se le vendría a exigir a los sujetos alcanzar un estado de “completo” bienestar, mandato sádico e imposible de alcanzar, salvo con la muerte, y que sólo va a lograr ubicar al sujeto en el lugar de la impotencia o de negación de la falta.

También se observa, a partir de la definición de la OMS, que el supuesto “completo bienestar” es físico, mental y social y que; esta categoría mental es retomada luego por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, del año 2010. Al respecto del término salud mental y citando a Miller (1997) se puede advertir que:

Sin embargo, no se trata en el hombre, en la humanidad, solamente de lo mental cuando no se trata de lo físico. Hay algo no mental, aunque lo parezca, que es el pensamiento llamado por Freud inconsciente. Se lo debe distinguir de la *mens*, *mens sana in corpore sano*. Lo que impide la *mens sana* y el *corps sano* es la existencia disarmónica de un pensamiento. ¿Cuál es la más clásica definición de la salud? La salud se define por el silencio de los órganos pero está el inconsciente que nunca se calla y así no ayuda para nada a la armonía. (p. 98-99)

Es así que, con el término salud mental, siguiendo al autor, se deja afuera todo aquello del aparato psíquico que no es mental, o sea el inconsciente, ya que el mismo es imposible de subsumirse en lo mental; “ello es, donde no hay mente”. Por lo tanto se puede decir que, en ambas definiciones, tanto la de la OMS, como la de la Ley N° 26657, se trata de supuestos sujetos sin inconsciente.

A decir de Laurent (2009) se señala que, en la civilización, cuanto más globales son sus ideales, más se dispone en proponer una norma para todos, desde un utilitarismo sin límites. Donde se manifiestan soluciones de orden universal, cada uno hace semblante de entrar en la norma pero, el síntoma singular hace en ese punto, de traba a la misma. Laurent (2009) advierte que “hay siempre una x que hace obstáculo al ‘para todos’” (...) “es por esto que las normas son todas mentirosas” (...) “...hará falta recordar que todo el mundo está loco” (Laurent, p. 5-6)

En relación a la definición de la categoría salud mental utilizada en ambas definiciones, desde Laurent (2000) se develan las dos caras de una misma carta: salud mental. El mismo, hace una lectura de algunas cuestiones en relación a ello, poniendo en tensión las definiciones de la misma. Propone que:

Conocemos la anécdota que relata Freud en su obra *El chiste y su relación con lo inconsciente* de un pobre judío de Viena, Hirsh, que toma el tren para Karlsbad y sus aguas termales. Está en el tren y no tiene boleto. El guarda lo intercepta y le pide que baje del tren. Lo hace y vuelve a subir enseguida a otro vagón. Lo agarran, el guarda le pega y lo echa del tren. Sin embargo vuelve a subir, el guarda lo muele a golpes, etc. Así continúa durante un cierto número de estaciones. Al cabo de algunas paradas agitadas, por el mismo episodio, se cruza con uno de sus amigos de Viena que había logrado no ser descubierto por el guarda y que le pregunta: “Pero ¿qué haces aquí?, y Hirsh responde: “Voy a Karlsbad a tomar baños termales, ¡si mi salud me lo permite! (p. 134)

A partir de esta anécdota, desde el autor se postula que la salud mental es algo así. Es lo que nos permite permanecer en el tren y llegar a alcanzar cierta paz, eso sí, si nuestra salud mental nos lo permite. Continuando con esta línea, por parte de Rodríguez (2013), se esclarece que el tren vendría a ser una metáfora del lazo social, con rumbo desconocido ya que se encuentra signado por la contingencia y lo azaroso. Siguiendo así la anécdota, el boleto es el pase para poder permanecer en el tren, pero este boleto tiene sus condiciones impuestas y la “salud mental” también es puesta en riesgo en algunas situaciones por las propias condiciones del permanecer en el tren-lazo social. Así, Rodríguez (2013), haciendo alusión a lo que respecta sobre la internación en la nueva ley de salud mental, postula que se aspira a disminuir el tiempo de internación del sujeto, condición que antes, lo ponía por fuera del tren hasta que comprobase su condición para viajar sin causar alboroto alguno. Este cambio de ley para la autora es como un ensayo para fundar una nueva clínica ya que se propone una transformación de los sujetos afectados por la ley; los que antes eran objetos de asistencia, se alzan para ser sujetos de derecho.

Por parte de Miller (1997), se anuncia que la salud mental no consigue otra definición que la del orden público, se la define según este orden. Cuando hay una pérdida de salud mental se manifiesta en la revelación de la perturbación del orden público. La salud mental trata específicamente de su uso, del buen uso de la fuerza. Es un hecho de experiencia, en donde se pone en juego el entrar, salir y luego volver a entrar, según los testimonios de profesionales que ejercen en instituciones relacionadas a la salud mental. La “trampa” corre en que, es de suma importancia al orden público volver después de haber salido. Es aquí en donde el autor pone ímpetu, y devela el conflicto nuclear en relación a la práctica de la salud

mental: "...es a quién se puede dejar salir y que, se puede salir si se vuelve para tomar la medicación". (Miller, 1997, p.92)

Siguiendo al autor, éste remarca que el objetivo primordial de la salud mental es la reinserción del individuo en la comunidad y la sociedad. Así pues, enfatiza en la responsabilidad como una noción esencial en la repartija de la salud mental, el orden público y el psicoanálisis.

Desde estas concepciones se invita a pensar en la famosa frase del autor Maraini (1959), que postula en su libro "Secreto Tibet": hecha la ley, hecha la trampa.

### Paradigma de la Complejidad.

Morín (1994), pone su carta sobre la mesa al declarar que la complejidad aparece esencialmente en la vida cotidiana. La complejidad en este sentido fue puesta sobre la mesa en el siglo XIX y en los principios del siglo XX. En ese momento, a su vez, la ciencia se empeñaba en borrar y anular todo lo que sea singular, para poner de relieve la esfera universal de leyes. Siguiendo al autor, se ilustra que tanto la turbulencia y el encuentro con lo azaroso son indispensables para la organización del universo, en donde se tienen que unir y no excluir dos conceptos: orden y desorden. Así, esclarece esta idea postulando que "La complejidad de la relación orden/desorden/organización surge, entonces, cuando se constata empíricamente qué fenómenos desordenados son necesarios en ciertas condiciones, en ciertos casos, para la producción de fenómenos organizados, los cuales contribuyen al incremento del orden." (p. 58)

Se devela, a partir del autor, que para reconocer la complejidad hay que aceptar la contradicción, en donde el sujeto es un ser autónomo pero a la vez, esta autonomía, se sostiene en la dependencia. Es así como la complejidad rescata una lógica, la lógica de la imposibilidad de evitar contradicciones. Morín (1994) postula tres principios del paradigma de la complejidad: el principio dialógico, de recursividad organizacional y el principio hologramático.

El primer principio, pone acento en la asociación entre términos que son complementarios y a su vez, antagonistas. Esto refiere a aceptar una dualidad en el núcleo de una unidad. En el segundo, el de la recursividad organizacional, el autor propone el término “remolino” y señala que “cada momento del remolino es producido y, al mismo tiempo, productor. Un proceso recursivo es aquél en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce”. (p.67). El “remolino” hace volar en añicos la idea, aceptada años anteriores, de un pensamiento lineal de causa-efecto. El tercer principio, hologramático, el autor, lo relaciona con que “no solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte” (Morín, p.68)

Esta línea temática “Los Nuevos Paradigmas de Salud Mental”, posibilita la articulación con el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” puesto que la institución propone, a partir de la lectura de Universidad Siglo 21 (2019), un cambio de política y gestión dentro del hospital, con una escucha atenta a lo singular de cada paciente, proponiendo diversos talleres, dándoles la posibilidad de generar proyectos-programas por sí mismos, apuntando a una reinserción social, a internaciones más breves y tomando a los individuos como sujetos de derecho con diferentes habilidades.

## SINTESIS DE LA ORGANIZACIÓN

### Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”

El Hospital Regional de Río Cuarto, como se expone en Universidad Siglo 21 (2019), fue creado en el año 1948, con dependencia nacional. El mismo, empezó a gestionar como hospital de nivel 2, ofreciendo prestaciones de mediana y baja complejidad. Es en el año 1969 que habilitó el Servicio de Salud Mental y en 2004 el Hospital se reubicó en una nueva sede. Así mismo, el Nuevo Hospital de Río Cuarto, es uno de los primeros hospitales de Córdoba en contar con historias clínicas en formato digital, como lo propone Fortuna (2018). (Como se citó en Universidad Siglo 21, 2019)

Desde Universidad Siglo 21 (2019), se postula que la misión del Hospital es brindar un servicio de salud a la población de los cuatro departamentos del sur de Córdoba, a partir de la prevención, asistencia y rehabilitación de enfermedades de segundo y tercer nivel y, en menor medida, accionar desde la promoción, prevención y asistencia de enfermedades de primer nivel, las cuales serían las de baja complejidad.

Con respecto a la visión, la institución está en concordancia con lo que proponen las políticas nacionales y los organismos transnacionales, siguiendo la línea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las mismas, apuntan a la preservación de la salud, evitando enfermedades pero, integrando y no dejando de lado, la calidad de las condiciones de vida de la población. Cuando la enfermedad ha sido desplegada, el objetivo es poder alcanzar un máximo de recuperación del sujeto, a través de

una rehabilitación integral, incluyendo, además de aspectos relacionados al daño físico, aspectos referidos a lo social y lo psicológico. (Universidad Siglo 21, 2019)

En relación al servicio de Salud Mental, se manifiesta que el Hospital en el año 1969, de la mano del doctor Lucero Kelly, gestionó las primeras acciones para la habilitación y apertura del primer servicio de salud mental en el hospital, con una modalidad multidisciplinaria. Esta implementación forma parte de lo que se venía postulando en aquellos tiempos: la orientación hacia los derechos y la desestigmatización social en lo que respecta a la enfermedad mental. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 2004 “...el hospital se trasladó al edificio, actualmente denominado, Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital general”(Universidad Siglo 21, 2019, p.15. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>)

A su vez, se esclarece que el objetivo del Hospital, en esta nueva gestión, es brindar un nuevo espacio, pensado desde el orden de la salud, a la población de ex – presos víctimas del terrorismo de Estado. Otro hito importante, es la creación de dos áreas: Hospital de Día e Intervención en la Comunidad en el año 2011. Se remarca que, en el año 2014 se realizó el traslado del servicio de Salud Mental, a la sede del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”. Este servicio cuenta con 15 profesionales de diferentes disciplinas actualmente. (Universidad Siglo 21, 2019)

Se hace mención, a que una de las tendencias en los últimos años del Hospital es encaminarse hacia las prácticas a favor de la promoción de la salud en la comunidad; esto se ve reflejado en el cambio de posición respecto a la práctica de “internación”. La misma, es tomada como un medio más dentro de las herramientas para abordar el padecimiento psíquico, incluyendo las dimensiones de lo social y lo comunitario de la enfermedad. El Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua” se posiciona en relación a esta noción, y deja de tomarla como “...un fin en sí mismo, una medida correctiva o represiva” (Universidad Siglo 21, 2019, p. 18). Se trata de una posición política, ya que el enfoque tomado, es desde los derechos humanos dentro del campo de la salud mental, por lo tanto, no ejecuta prácticas de encierro y castigo conocidas desde el arquetipo manicomial. Así, el abordaje hacia las problemáticas psicopatológicas es desde una mirada integral, holística, que integra tanto al individuo como al ámbito social y cultural para su recuperación.

El Hospital, a partir de lo expuesto por Universidad Siglo 21 (2019), consta de asistencia por guardia, atención ambulatoria que incluye grupo terapéutico y consultorio externo, asistencia por consultorio, sección intervención comunitaria, sección infanto juvenil e internación. En referencia a esta última, es un servicio de atención de agudos, por lo tanto el recurso de internación se utiliza ante una descompensación o crisis aguda. El Hospital cuenta con 15 camas para internaciones.

Universidad Siglo 21 (2019) manifiesta que dentro del hospital:

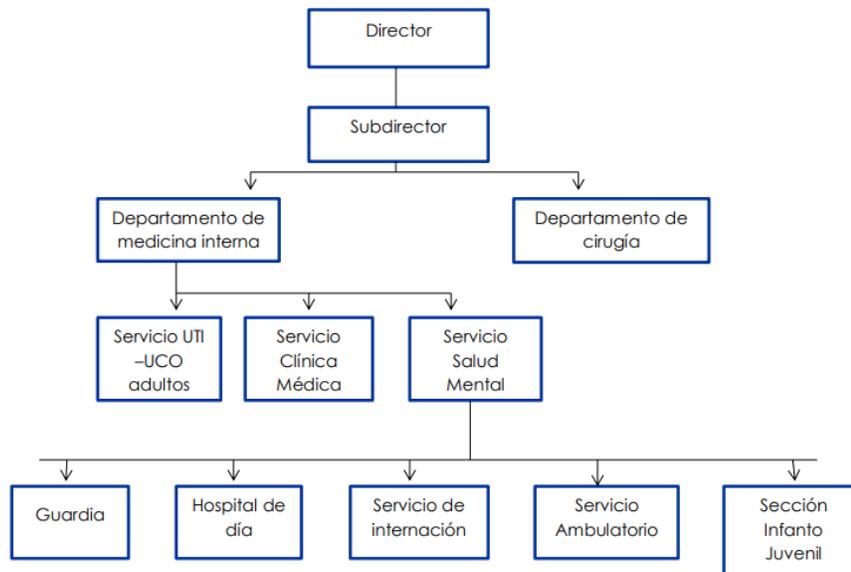
No hay existencia de programas de reinserción para pacientes internados, pero sí prácticas desarrolladas en los dispositivos alternativos (Hospital de Día e Intervención en Comunidad), que tienen como uno de sus principales

objetivos la rehabilitación y reinserción sociocomunitaria de los sujetos. (Universidad Siglo 21, p.21. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>)

El hospital cuenta con Hospital de Día, el mismo es accesible a individuos que por su condición, no requieren de una internación total en la institución. Así, se excluyen a personas con cuadros psicóticos agudos, psicopatías, adicciones no relacionadas con el alcohol, excitación psicomotriz, demencias y retrasos mentales graves. En este espacio, Hospital de Día, se realizan diversos talleres, con objetivos terapéuticos, de inclusión y lazo social, ya que se difunden las creaciones de los individuos a través de redes sociales como Facebook y, cuentan con una revista “La Minga”, que tiene publicaciones anuales resaltando los diversos trabajos que se realizan en el Hospital de Día. (Universidad Siglo 21, 2019)

Por su parte, se manifiesta que el Hospital tiene una dinámica de trabajo desde la esfera de salud y no desde la de enfermedad, se centra en los aspectos saludables del individuo, permitiéndole y favoreciendo sus recursos y potencialidades singulares. Se trabaja con una concepción del individuo como sujeto de derecho, con capacidades propias, fomentando así la incorporación a espacios sociales, así pues, se trabaja en la construcción y establecimiento de lazos sociales y en la reinserción social. (Universidad Siglo 21, 2019)

Organigrama: (Quirós Feijoo, 2019 p.16)



## **DELIMITACION DEL PROBLEMA/ NECESIDAD OBJETO DE INTERVENCIÓN**

La necesidad, haciendo referencia a una falta, es decir, algo que no se encuentra, se la puede delimitar en el Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”, a partir de la lectura de Universidad Siglo 21 (2019) cuando se postula que: “No hay existencia de programas de reinserción para pacientes internados.” (Universidad Siglo 21, p.21) ¿Qué hacer con esta falta?, no intentar taponearla, sino, aceptarla y rectificarla, saber hacer con esa falta.

### Una re-inserción al lazo social

Desde Crisafulli (2011) se plantea que la reinserción social es: “...como un semantema, es decir, la reinserción social no son simplemente dos palabras, sino más bien una unidad lingüística inscripta en una red social de sentido, red que le da justamente un sentido determinado y construido en contexto” (Crisafulli, p.7)

Esto es relevante ya que la población a la cual se brinda este espacio de “reinserción” es a los pacientes internados, los cuales han quedado relegados y recluidos dentro de la institución. Estos pacientes, desde la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26659 (2010) son llamados “personas con padecimiento mental” sustituyendo así, el término “enfermos mentales”. Otro cambio propuesto a partir de la ley, es hacer foco en favorecer el lazo social, esto es, preservando los derechos humanos, la promoción de la inclusión social y la participación de la comunidad, desde un lineamiento interdisciplinario. A partir de esta ley es que se intenta limitar y disminuir todo lo posible los dispositivos restrictivos, sustituyéndolos así, por internaciones breves con posibilidad de tejer el lazo social.

Es pertinente seguir a Levin (2004) para situar la palabra “lazo social”. La misma propone que “...con el término lazo introducimos la palabra francesa “lien”. Se relaciona con la palabra alemana Verbindung que se traduce por enlace.” (Levin, 2004, p. 4). En articulación con este llamado “enlace”, desde Miller (2005) siguiendo a Lacan, se plantea que el lazo social es la articulación de dos lugares.

Al hablar de lazo social, se hace referencia a que:

El sujeto no está solo con su ello, su yo y su superyó, que la verdad de la vida psíquica no es el solipsismo, que el sujeto no es autista, que está siempre el campo del Otro, e incluso, que el campo del Otro precede al sujeto, el sujeto nace en el campo del Otro. Pero el lazo social no equivale a la sociedad. (Miller, 2005, parr.15)

Siguiendo al autor, este gran Otro (con mayúscula) es la estructura del lenguaje, tesoro de los significantes. El lazo social es posible cuando en ese lazo los sujetos reconocen la singularidad, la diferencia, se reconocen como otros, distintos. Es a partir de esta diferencia, de la aceptación y reconocimiento de la misma, que es posible la construcción de un lazo social.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

Fomentar la reinserción social de pacientes internados en el servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”, a través de la participación en un dispositivo grupal de radio.

### Objetivo específico 1

Provocar la palabra de los pacientes internados.

### Objetivo específico 2

Pro-mover el lazo social de los pacientes internados.

### Objetivo específico 3

Impulsar la dimensión de escuchar y ser escuchados mediante un dispositivo de radio.

## JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha valorado la importancia del constructo, “reinserción social” de personas, en condición de internación en instituciones hospitalarias. La misma, según Nieto (2001), como se citó en Kuri y Méndez (2013), es tomada como “ese proceso de vinculación con el entorno, que tiene lugar tras un periodo de crisis, de aislamiento o de exclusión”. (Kuri y Méndez, 2013, p. 191). Los autores, también advierten, que hay cierta nebulosa y polémica para coincidir sobre cuál sería el concepto más apropiado para expresar la noción de inserción o vinculación: ya sea integración, reincorporación social, recuperación, entre otras. Se posicionan manifestando que, sea cual sea el término, lo importante es la referencia a reconstruir un vínculo. Por otro lado, la reinserción social es un proceso de marcada importancia, ya que, abarca diferentes campos, tanto por su impacto en lo sociocultural, como también por la dimensión política en relación a los derechos humanos, donde recae su principal valor.

Por su parte, Carballada (2006) enfatiza en la esfera política de la reinserción social y manifiesta que los nuevos espacios sociales con su progresiva complejidad de lo social generan a su vez, enigmas o interrogantes que atraviesan las intervenciones habituales de políticas sociales, creando así, nuevos problemas sociales complejos. Esto impacta directamente en la reinserción, ya que la misma, se ve atravesada por las distintas y diversas rupturas en lo singular que forjan las actuales formas de exclusión social.

Así, según Dummar (2015), siguiendo a Angulo (2002), manifiesta que, justamente la exclusión social va a ser el efecto de una serie de eventualidades, como de precariedades y <minusvalías> sociales que tienen diversas y múltiples esferas, causas y aristas, dejando

de manifiesto la complejidad del fenómeno social. Enfatiza que algunos de los tantos factores de riesgo más visibles que pueden llegar a tener como resultado o consecuencia la exclusión social, son los problemas de salud y las enfermedades mentales.

Ante estos desafíos, Carballeda (2006) hace mención sobre lo que engloba la noción de reinserción. La misma se relacionaba anteriormente con la posibilidad de recuperación de un agente social, como sostén de la estructura social, pero en la actualidad, ante las crisis de los habituales escenarios de socialización e integración, las oportunidades para una posible recuperación se vuelven confusas. Promueve así, la aparición de políticas sociales de reinserción flexibles, que se empleen y sostengan en el abordaje singular del padecimiento, en los problemas sociales y sus representaciones, como en lo comunitario.

Carballeda (2006) apela a que también "...desde la Política Social se necesitan direcciones en ese sentido que apunten, en definitiva, a la resolución de la problemática de la integración desde una mirada puesta en la necesaria reconstitución de los lazos sociales" (Carballeda, 2006, p.48). A su vez, se posiciona diciendo que "...sin sujeto y sin lazo social no es posible pensar una sociedad" (p.48)

Siguiendo esta línea, Yanet (2004) explicita que desde el psicoanálisis se expone y visualiza la necesidad de poder inventar nuevas formas o dimensiones de un posible vínculo con el Otro.

A raíz de esta problemática en relación a la reinserción, lazo social, se hicieron diversas investigaciones dando cuenta de la importancia y del sentido que tiene poder reconocer la magnitud de estas nociones. Por ejemplo, la investigación realizada por

Makowski (2013) da cuenta de un dispositivo de intervención comunitaria en lo que respecta a la salud mental en México. Este dispositivo consiste en una radio formada y consumada por los pacientes psiquiátricos. Los resultados fueron un gran potencial para la elaboración y reconfiguración de vínculos sociales. Trabajar con la dimensión de la palabra permitió configurar re-subjetivaciones y lazos sociales; como también desplegar habilidades de expresión y comunicación. Se encontró, que en relación al posicionamiento subjetivo, las personas podían sostener distintas posiciones que resisten al estigma, etiquetas y posicionamientos asignados; abriendo la oportunidad para la subjetivación de nuevas identificaciones. Que los sujetos pudieran ser agentes activos, en lo que respecta al dispositivo, permitió la inclusión social en diversos niveles.

Otra investigación producida por Jaimes y Rincón (2010) brinda lo siguiente:

Se presenta un recuento de los hallazgos obtenidos en el proceso de investigación orientado por el grupo Psicosis y Psicoanálisis, teniendo en cuenta los aportes que el grupo ha visto en cuanto a la perspectiva psicoanalítica como una alternativa en pro del establecimiento del lazo social del sujeto psicótico. El trabajo se llevó a cabo en el Hospital de Nazareth, programa Ecoterapia, localidad 20 de Sumapaz, Bogotá; se realizó con 64 sujetos psicóticos en sesiones individuales y grupales por un periodo de 11 meses. Orientados desde las concepciones lacanianas, se llevaron a cabo discusiones una vez por semana con investigadores del grupo, en las cuales se articulaban los registros obtenidos en la labor clínica con la teoría analítica; de dichos análisis se pudo concluir que, mediante un trabajo guiado desde el

dispositivo analítico lacaniano, en espacios grupales e individuales se potenció la emergencia de significantes, de procesos del orden de la identificación y trabajo en torno al cuerpo, su unicidad y reconocimiento, que dieron cuenta del establecimiento del lazo social. (Jaimes y Rincón, 2010, p. 31)

Por otra parte, la investigación desplegada por De León Muriel y Carlos (2015) en Lima-Perú, revela que, a partir del proyecto “Radio Descosidos”, realizada por los pacientes de salud mental, se fortalecieron capacidades, y promovieron el encuentro y vínculo con el Otro.

A su vez, la investigación implementada por Evia (2010) en Uruguay, brinda los siguientes resultados:

La Radio Vilardevoz es un dispositivo de comunicación radial participativo que funciona en el Centro Diurno (hospital de día) del Hospital psiquiátrico T.H. Vilardebó (Montevideo, Uruguay). El colectivo que lo lleva adelante está conformado por personas que estuvieron internados en dicho hospital, por padecer algún tipo de enfermedad mental, denominados ‘participantes’, y por un equipo de técnicos (la mayoría de ellos psicólogos). En el 2009 el proyecto cumplió 12 años. Planteamos que el colectivo Radio Vilardevoz proporciona al sujeto una red de anclaje social y a la vez atributos identitarios que lo nutren de sentido social. (Evia, 2010, p. 3)

## MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN SOBRE REINSERCIÓN SOCIAL

Para contextualizar lo que pertenece a la noción de reinserción social de pacientes internados en una institución hospitalaria, se debe advertir cómo opera “la salud mental” y sus políticas, desde lo que atañe a “trastornos mentales” e instituciones, y lo que desde lineamientos más generales y globales, se dice sobre la reinserción del sujeto. Como también se deben tener en cuenta hitos de la historia que tuvieron impacto para llegar a lo que hoy en día se puede entender acerca de reinserción social.

Para comenzar, es pertinente iniciar este análisis teniendo en cuenta lo dicho por la Organización Mundial de la Salud (2004). Desde la misma se manifiesta que las personas con trastornos mentales en reiteradas oportunidades padecen diversas violaciones de sus derechos humanos y estigmatización sociocultural. A su vez, estos sujetos tienen un acotado acceso a una posible atención en salud mental, esto se da porque no tienen a su alcance servicios de la misma. A modo de ilustración la Organización Mundial de la Salud (2004) revela que:

El proyecto Atlas de la OMS identificó que un 65% de las camas psiquiátricas están en hospitales mentales, cuyas condiciones no son satisfactorias. Los lugares de internación deben trasladarse del hospital mental a los hospitales generales y a los servicios de rehabilitación comunitarios. Las violaciones de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas distan de ser infrecuentes. (OMS, 2004, p.12)

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (2004) constata que las instituciones psiquiátricas siguen ejerciendo una atención de manera inapropiada, que llega a ser hasta humillante y nociva para los sujetos. En donde, las mismas, no cuentan con condiciones de higiene aptas para brindar un servicio digno. Más allá del aspecto edilicio de estas instituciones también se ponen en juego aspectos legales y éticos, en donde en reiteradas oportunidades no se cuenta con un consentimiento del paciente sobre el tratamiento a realizar y la hospitalización en sí misma. Lo explicitado se visualiza en personas que llegan a estar encerradas por extensos periodos, a pesar de ser capaces de poder dirigir su destino y poder vivir en sociedad. Así, el “trastorno mental” invade, no solamente el ámbito hospitalario, sino también habilita a la estigmatización, el rechazo, la discriminación y la negación de derechos. Desde la Organización Mundial de la Salud (2004) se lo ejemplifica de la siguiente manera:

En todo el mundo, las personas con trastornos mentales enfrentan la negativa de empleo y de oportunidades de educación, amén de discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda. En algunos países el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales. En otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno. El estigma y la discriminación pueden, a su vez, afectar la capacidad de la persona para ganar acceso a una atención apropiada, recuperarse de su enfermedad e integrarse a la sociedad. (OMS, 2004, p.13)

### La Antipsiquiatría: España, Francia e Italia

Así mismo, desde Castel (2014) se historiza la otra cara de la reinserción social: la exclusión social. Planteando que “la globalización” magnificada en España y Francia fue un proceso en el cuál se tendió a una transformación profunda, que atravesó también a la noción de “exclusión”. Esta transformación a finales de los 60 y principios de los 70, se visualizó ante el movimiento anti-psiquiatría, llamada en ese entonces <La Red interna alternativa a la psiquiatría> con referentes como el psiquiatra italiano Franco Basaglia, y la culminación con la Ley 180 en Italia, que prohibió e inhabilitó los hospitales psiquiátricos y manicomios italianos, por sus condiciones inhumanas y deplorables. Justamente, según Castel (2014) el objetivo y la posición eran por la lucha contra la exclusión social de los “enfermos mentales”, con internaciones y aislamientos en hospitales a menudo de por vida. En estos años, estos grupos estaban aislados de cualquier intercambio con la sociedad acentuando una real exclusión del sujeto.

Este hito importante, el movimiento o corriente de la “antipsiquiatría clásica” (Pérez-Soto, 2012), atraviesa lo que se entiende actualmente por reinserción, a partir de lo expresado por Cea-Madrid y Castillo-Parada (2016). El movimiento tuvo su impulso alrededor de los años 60’, desde espacios profesionales e intelectuales, los cuales se posicionaban en ideologías radicales, anti-hegemónicas y revolucionarias. Época de fuertes luchas colectivas para una posible transformación sociocultural (Cooper, 1970; Oliveira, 2011). Uno de los ejes y bases de este movimiento fue, la crítica a la psiquiatría clásica de ese momento, que expresaba una modalidad de opresión representada por condiciones de exclusión y encierros de personas con padecimiento mental en asilos.

Cea-Madrid y Castillo-Parada (2016) expresan la importancia de la investigación en hospitales psiquiátricos de Goffman (2001). La misma reveló los efectos sobre la subjetividad de los individuos de los métodos y dispositivos institucionales del aislamiento y la reclusión. Tales mecanismos potenciaban la prohibición de la libertad y una exclusión del sujeto al lazo social, mediante un sometimiento continuo que colocaba al mismo en posición de objeto.

Siguiendo a los autores, la antipsiquiatría como movimiento, no es lineal ni homogéneo, sino, una construcción tanto social como política, que resiste a la psiquiatría clásica dominante. Dentro del movimiento, hay diversos ejes, pensamientos y perspectivas diferentes. (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016)

En España, Dummar (2015) manifiesta que aparecen trabas hacia un modelo con una mirada más comunitaria. Las mismas son producidas por las diferencias entre las diversas comunidades con sus desarrollos de servicios comunitarios eficientes y los desajustes de los hospitales psiquiátricos, como también, los pocos recursos que se tienen destinados a un mejor tratamiento e inclusión social de personas con padecimiento mental, persistiendo así la exclusión de los mismos. (Balanza, 2008)

### La Otra Psiquiatría: España

En España, alrededor de 2004, aparecía un movimiento llamado “la Otra Psiquiatría”. Una psiquiatría distinta, conformada por diversos profesionales del ámbito de la salud mental. La misma, ajena a los movimientos hegemónicos, pero cercana a los pacientes y a la asistencia pública tiene como línea general y requisito para cualquier tratamiento el respeto a la libertad del sujeto como a su dignidad y sus derechos. (Álvarez, 2017)

Desde esta Otra Psiquiatría, Colina (2006), expresa que es una búsqueda para poder habitar un nuevo espacio, rectificando el lugar de la palabra y el deseo subjetivo de cada quién. “Se propone ampliar el lugar donde, frente a las prosaicas enfermedades orgánicas, se alcen las afecciones sutiles pero hegemónicas de la palabra”. (Colina, 2006, parr.7)

### Canadá

Pedersen (2009) revela que en Canadá, las personas con padecimiento mental se ven afectadas por estigmas y exclusiones sociales, pero no son registradas, quedando así, estas nociones de forma latente. Esto se ve magnificado tanto, por los individuos de la sociedad, como por los mismos profesionales del ámbito de la salud, ya que manifiestan actitudes no positivas y desfavorables hacia el padecimiento mental como tal. Pedersen (2009), explicita que “la mayoría de las campañas de educación públicas y el proceso de des-hospitalización de los enfermos mentales han hecho muy poco para cambiar el estigma y la exclusión social asociada con las enfermedades mentales” (Phelan et al, 1997; Phelan & Link, 1998) (Pedersen, 2009, p. 9).

En Canadá, como postula Pedersen (2009), en los últimos años enfatizaron en la “desinstitucionalización” y la puesta en marcha de posibles dinámicas diferentes respecto a los servicios de salud mental, pero la respuesta de la comunidad, incluidos los profesionales, ante esos cambios fueron hostiles, aumentando así los estereotipos o etiquetas hacia las personas institucionalizadas.

### Reino Unido

Por otra parte, en el Reino Unido, la exclusión social de personas con problemas de salud mental se visualiza con más intensidad en el ámbito laboral, con la dificultad para conseguir trabajos. También son participes activos de esta exclusión social los profesionales del ámbito de salud, ya que no cuentan con grandes expectativas sobre las posibilidades, capacidades u habilidades de personas en condiciones intrahospitalarias. “No reconocen el valor de la ocupación remunerada y la superación del aislamiento social como condiciones asociadas con mejores resultados terapéuticos y niveles de recuperación.” (Pedersen, 2009, p.10)

Siguiendo al autor, el mismo enfatiza que las actuales barreras hacia las personas con padecimiento mental sobre actividades sociales o culturales no se visualizan como problemas conscientes, no hay un reconocimiento del valor positivo de estos servicios.

### Latinoamérica y Argentina

En relación a los países latinoamericanos, como México, Perú y Brasil, se siguen sosteniendo fenómenos de exclusión social de personas con padecimiento mental. (Pedersen, 2009)

Finkelsztejn y Braude (2008) remarcaron en lo que respecta a la salud en Argentina; uno de sus grandes revolucionarios fue Mauricio Goldenberg, con formación psiquiatra, pero a la vez con orientación y lectura psicoanalítica. En el siglo XX a partir de nuevos paradigmas relacionados a la noción de salud, con el surgimiento de los antibióticos se realizaron diversos cambios en los tratamientos de enfermedades mentales. Los psicofármacos y la inscripción

de elaboraciones desde el psicoanálisis, conformaron un hito que demarca el renunciamiento de tratamientos y modelos de terapias más tradicionalistas, relacionadas al aislamiento manicomial.

Goldenberg, a partir de lo expuesto por Finkelsztein y Braude (2008), en el año 1959 ejerce la Jefatura de Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, proponiendo visionarias transformaciones que pretendían cambiar la atención pública que se les venía brindando a los enfermos mentales. Así pues, estos cambios se vieron reflejados en los nuevos criterios de salud mental, superando las modalidades restrictivas de lo que era la psiquiatría clásica que tenía como base criterios médicos de enfermedad. La perspectiva de Goldenberg hacía necesaria una nueva formulación global de los servicios de psiquiatría, permitiendo y rectificando la problemática de la salud mental en relación con la comunidad. Proponía un abordaje comunitario y un enfoque interdisciplinario, con nuevos dispositivos terapéuticos para una posible reinserción social del paciente mediante el Hospital de Día y Comunidades Terapéuticas. Este lineamiento multidisciplinario abría así, el campo de una noción dinámica de la psicopatología, dejando de lado el asistencialismo y fomentando un tratamiento a través de la palabra.

A nivel nacional, la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) en su artículo N° 9, en relación a la modalidad de abordaje, manifiesta que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se

orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p. 17)

En lo que respecta a la internación, desde la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), en su artículo N° 14, se explicita que la misma “es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.”(Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p. 21)

## CAPÍTULO II: HOSPITAL- INTERNACIÓN- INTERNADOS

Pozzo Agüero y Cabral (2017) describen que la persona que llega a un hospital, específicamente al área de salud mental, para realizar una interconsulta, se encuentra atravesando por una situación difícil: la internación. La misma, lo interpela y conmueve, ya que a partir de ese momento, hay una ruptura con lo que es cotidiano al sujeto. El mismo, llega al hospital por algún motivo, ya sea, por voluntad propia, traído por algún allegado, familiar, por la justicia, por una afección, descompensación, entre otras razones. El estar en esa situación de internación, de por sí va a modificar algo en el sujeto, principalmente porque se cambia la noción de privacidad, de movilidad, de cómo relacionarse con otros, de lo habitual para él. Pero, los autores advierten que también “la situación de internación puede ser una oportunidad, ya que obliga al paciente a detenerse. Su cuerpo lo obliga a parar, y es aquí donde el factor tiempo tiene un papel especial.” (Pozzo Agüero y Cabral, 2017, p. 428)

Siguiendo a los autores, los mismos manifiestan que lo que se busca es poder crear nuevos espacios para que el sujeto encuentre en ellos esa privacidad perdida. La transformación de espacios, dentro del hospital, en lugares, restituye al sujeto, ya que la noción de lugar se convierte en algo singular para el sujeto, para cada uno de modo diferente.

Albanese, Caseretto, Greggio y Musante (2012) hacen un recorrido de lo que significa un dispositivo de admisión en internación, desde una orientación psicoanalítica. Desde los autores, se toma a la admisión como un proceso, un dispositivo que implica posiciones y sobrepasa lo administrativo en relación con la evaluación desde criterios más bien institucionales y médicos-legales. Se advierte que hay que tener en cuenta y tomar estos aspectos, pero no quedarse allí. No hay que perder de vista que, se trata esencialmente, de

instaurar la tensión entre el individuo con el caso singular de cada sujeto. (Coronel et al., 2007).

Laurent (2000) se pregunta sobre esa relación-tensión, entre lo que es del orden de lo particular, lo subjetivo y lo que es desde el orden de la regla, el para todos, lo universal de las leyes. Se advierte que estamos sujetos a este universal pero sin dejar de lado la escucha analítica singular. Este hilo, desde lo universal a lo particular, posibilita una posición analítica que toma lo legal de la norma jurídica y a su vez, escucha qué es lo legítimo para cada sujeto; (De Luca, 2009) lo que cada sujeto considera legítimo para él.

Albanese et al. (2012) y siguiendo lo que expresa Sotelo (2004), manifiestan que existen diferencias entre una evaluación desde la psiquiatría clásica, con base objetiva y una evaluación analítica. En esta última, lo que pertenece al ámbito del diagnóstico, queda del lado del sujeto, se localiza allí a partir de lo que él mismo dice. “Poner a decir el padecimiento del sujeto permitirá leer de una manera particular lo que acontece y localizarlo por vía de la pregunta sobre su posición en relación con eso que padece.” (Albanese, et al., 2012, p. 111)

Los autores, expresan que la escucha analítica, introduce allí, en el dispositivo de admisión, una apertura de lo singular en lo universal. Así, el paciente se posiciona no como un objeto pasivo del proceso, objeto de internación, sino como un sujeto en su singularidad. (Coronel et al., 2007). Vista así la internación, puede tener un papel y una función que posibilite que aparezca allí un sujeto, no como una etapa de alienación desde lo manicomial, como comúnmente es practicada.

El proceso de admisión requiere situarse en un tiempo lógico, del caso a caso, pensando en pesquisar las alternativas de tratamiento. A su vez, esta instancia de admisión involucra una doble responsabilidad, de parte del profesional y de parte del sujeto, así, invita a que aparezca una responsabilidad subjetiva. Se intenta hacer una devolución al paciente, no desde el lado de la certeza, sino brindándole el lugar para que pueda decir algo sobre ello, una instancia de diálogo, de articulación, donde aparezca también, la palabra del sujeto. (Albanese, et al., 2012)

En lo que respecta al orden universal, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 plantea dos tipos de internaciones, voluntarias e involuntarias. En esta última, el riesgo alcanza una predominancia. Las internaciones voluntarias se refieren a las que la condición de internación tenga para el sujeto, un mayor aporte de beneficios. Es requisito de éstas, el consentimiento informado del paciente. Por ende, no siempre, no en todos los casos, la internación en sí misma, implica la relación con el riesgo. (Albanese, et al., 2012)

Albanese et al. (2012) se preguntan así, qué involucra la noción de riesgo. Sostienen que es la propia subjetividad del individuo lo que está en riesgo, cuando en cierto momento, acontecimiento, “se produce una conmoción en el sujeto de las coordenadas que le dan anclaje en el mundo y sentido a su existencia” (p.112). Entonces, además de hacer una lectura sobre el compromiso de la vida del paciente o de terceros, es necesario también escuchar y leer la angustia, la posible certeza, la propia demanda del sujeto, su entorno, el síntoma y su sentido para el individuo, como teje su lazo social, su posición frente al Otro, entre otras tantas instancias importantes de la escucha. Incluir entonces estos conceptos dentro del proceso de diagnóstico permite ubicar la posición subjetiva de quién solicita la internación,

¿Es el propio paciente?, ¿Es el juez?, ¿Quién demanda? Esto permitirá del lado del profesional, asumir o no la decisión de indicar la misma. En lo que respecta al profesional, es una decisión ética, una responsabilidad, que posibilita la palabra sobre quiénes están en juego en la decisión.

Los autores aclaran que, en relación a la admisión, no se trata tanto de hacer un diagnóstico desde nosografías psicopatológicas, sino más bien, de poder situar si allí hay un sujeto que pueda dar una respuesta, que pueda ponerse en palabras. La necesidad del consentimiento informado de la persona, desde esta orientación, está en la dimensión de la demanda, se puede escuchar que hay algo en el sujeto que da cuenta de cierta demanda. Entonces se habilita qué es lo que “quiere” ese sujeto en aquello que se demanda. Por su parte, la admisión es a su vez, una estrategia de abordaje del lado del sujeto ya que, hay efectos y consecuencias a futuro. (Albanese, et al., 2012)

Los mismos enfatizan en lo siguiente:

La involuntariedad, para nosotras, implica el supuesto de que no hay allí alguien que esté en condiciones de decidir, podemos decir: no hay un sujeto capaz de elegir, de poder responder por sus actos. En este punto, el riesgo se nos presenta esencialmente articulado a la noción de gravedad, en el sentido del encuentro con los “despojos” de una subjetividad arrasada y una problemática radical del lazo social. (Albanese, et al., 2012, p.112)

La indicación de internación se legitima desde una perspectiva psicoanalítica, tal como señala Albanese, et al. (2012), siguiendo a Bibiana Benítez (2002), como un dispositivo

de limite, “una primera intervención tendiente a establecer una primera regulación a nivel del goce” (Albanese, et al. 2012, p. 112)

De Lajonquiere (2013) relata que a lo largo de la historia, lo relacionado a las internaciones psiquiátricas, las mismas estuvieron mal vistas, se hace una asociación directa entre internación y manicomio. Este último, tiene como rasgo distintivo el encierro, la violación de derechos humanos, la violencia, la sobremedicalización y el castigo sobre los sujetos en condición de internación. Esto recae en posicionar al sujeto implicado como objeto favoreciendo su alienación. Es así que, frente al padecimiento de los pacientes, a través de la sobremedicalización, se calma la angustia y la impotencia de los profesionales. El manicomio es, en sí mismo, un mecanismo que busca disciplinar al sujeto y expulsar a través del encierro a todo lo que no concuerde con la norma, o sea, se expulsa lo diferente.

Siguiendo al autor, plantea que hoy en día hay otra posibilidad de internación. La misma tendrá efecto terapéutico si es que es aceptada por el que ingresa, con posibilidad actual o futura de lo que se llama “conciencia de enfermedad”, que implica a su vez, la aceptación de un posible tratamiento. Este tipo de internación tendrá como rasgo su brevedad, el trabajo interdisciplinario de profesionales afines y dispositivos institucionales que fomenten este tipo de internación y con un horizonte a la integración social del sujeto.

Negro (2013) enfatiza en la internación como una oportunidad, ya que puede funcionar como una indicada y necesaria intervención. Esta oportunidad es una posibilidad para que acontezca cierta apropiación del sujeto, en y con, este tiempo de internación. Oportunidad que tiende a producir algún orden en la vida del sujeto y alguna marca propia.

Así, la autora, aclara que es necesario comenzar desde una disponibilidad que haga posible la transformación de una “internación” en un acontecimiento singular para el sujeto. “Es esa disponibilidad, el estar dispuesto a suponer que el decir corresponde a un sujeto, aún antes de poder atribuirlo a una estructura clínica específica.”(p. 116). Es así que la autora, remarca la disponibilidad en el profesional, ya que tiene que disponerse a escuchar lo propio, subjetivo y singular de aquella persona que llega y no “centrarse” en la medicalización o peor aún, en la sobremedicalización ya que esta cerraría la posibilidad de una escucha del decir del paciente.

Díaz Jiménez (2013) plantea que “Internar un paciente implica alojar, dar un lugar, donde la Institución toma a cargo –o comparte– provisoriamente, lo que ese sujeto en cuestión no puede sostener: su preservación y la de su lazo con el otro.” (p. 119). La autora, manifiesta que como profesional hay que intentar a través de la palabra que el sujeto emita algo de su padecer, que se pregunte qué tiene que ver él en lo que le pasa, es una invitación a que haya una implicancia subjetiva en su sufrimiento, que pueda articular y reanudar desde una posición distinta su problemática.

Coronel, Lima Quintana, Nieto y Quiroga (2015) advierten que la clínica hospitalaria actual, en lo que concierne a la admisión de un paciente para una internación, ya no tiene que ver siempre con la asociación entre loco e internación, sino que son sujetos que ingresan con algún padecimiento o malestar enganchado a un exceso traumático, a un sin sentido que irrumpe, a una urgencia subjetiva, con una angustia exacerbada, entre otros. Cada modalidad de presentación es única, es singular y varía según la estructura psíquica del sujeto, ya sea

neurosis o psicosis, la posición del profesional es la de alojar esa singularidad del sujeto, a través de la escucha.

Pettorossi (2018) enfatiza en el efecto que puede llegar a tener una internación en un sujeto. La misma, dependiendo del caso a caso, puede producir desde una compensación de un cuadro, a la posibilidad de restablecer un lazo, acogiendo el padecimiento, produciendo una marca; hasta, en otras ocasiones, puede producir un efecto contrario, la ruptura del lazo.

Carballeda (2012) esclarece que el sujeto que llega al hospital, se constituye como un inesperado. Un inesperado que incomoda a las instituciones ya que éstas, a veces, no lo pueden comprender y responden desde el rechazo, pues ese sujeto inesperado, le genera extrañeza, temor, por el hecho de ser diferente. Entonces, el rechazo institucional es a lo distinto.

Kiss Rouan (2018) señala que “un hospital abre sus puertas al sufrimiento, en nuestro caso al sufrimiento psíquico. Debe ser un lugar que aloje lo inesperado que cada sujeto pueda traer consigo, que pueda tomarlo como huésped y no como hostil.” (p.110)

### CAPÍTULO III: RE-INSERCIÓN AL LAZO SOCIAL

#### Internos hacia un lazo social

Askofaré (2017) esclarece la dimensión de la inclusión del sujeto, sosteniendo que:

...esta inclusión se hace por la bienvenida, el trato, la sujeción, de este ser por parte de todo un dispositivo simbólico-imaginario que siempre marca antes de su sumisión a este aparato social en el cual va a ocupar lugares y saturar funciones. (p.9)

Se hace referencia a que la inclusión al lazo social comienza en el nacimiento, en donde el mismo es esencialmente singular, no sustituible, es la inclusión de una persona, un ser. Esta inclusión en la sociedad se realiza a través de la bienvenida otorgada a este individuo a partir de un dispositivo tanto simbólico como imaginario que hace marca. (Askofaré, 2017)

El autor, plantea que este arropamiento simbólico e imaginario otorgado por el Otro, le permite sujetarse al lazo social, tener un nombre, una identidad, un lugar dentro del orden social.

Es así que Miller (2005) va a considerar a la sociedad como posible gracias a la dimensión de lo simbólico, ésta es lo simbólico. Para que exista lo simbólico es necesario que los significantes se ordenen dentro de un campo, el campo del lazo social. Esta entrada en el lazo social, en la dimensión con los otros, sólo es posible, si se logró atravesar la relación de dualidad, o sea el <estadio del espejo>. Manifestando que “es una definición de la sociedad perfectamente válida, que comporta, pensar lo simbólico como el principio que otorga a cada uno su lugar, en la medida que este lugar es compatible con otros.” (Miller, 2005, parr.28)

El *lien* (lazo) está en conexión a *Verbindung* (enlace) y tanto el *lien* como el *Verbindung* proponen la dinámica de lugares diferentes. Uno para cada quién. (Fischer, 2018, parr.3)

Tarrab (2001) enfatiza en lo propuesto por J. Lacan, quién dice que “un discurso no puede sostenerse por uno solo” (p.2). Es así que una institución puede estar habitada por un discurso, en donde sea posible alojar la singularidad de cada uno y desde allí hacer lazo social con otros.

Desde Díaz, Calandria, Freiría, Parra, Pérez (2009) se hace mención a la particularidad del lazo social, al encuentro subjetivo del sujeto con su propio decir. Esto es, que haya una rectificación subjetiva, haciéndose responsable de esas palabras y actos. Así es que, el sujeto puede ir enlazando y reconociendo la relación que tiene consigo mismo, dando cuenta de sus malestares. Este lazo social le puede ir permitiendo un encuentro más bien pacífico con el Otro, sin perder su singularidad.

Demaría (2018), siguiendo a Szumsky (2016), halla en el lazo social, un encuentro con un otro intervenido a través de la palabra. Esta intervención de la palabra está articulada con la pulsión del sujeto, su inconsciente y las relaciones con el mismo.

Macías Terríquez (2017), siguiendo una noción de lazo social de Apollon (1990), profundiza en que, es justamente el lazo social el que brinda al sujeto la capacidad de poder negociar su bien-estar con otros en sociedad, que la misma, por su posición de universal, impone las reglas de esta negociación. “Es el modo en el cuál, para un sujeto dado, toma

lugar la heterogeneidad de su deseo o de su posición subjetiva en el orden simbólico que rige su relación con los otros” (Macías Terríquez, 2017, p. 1219)

Desde Askofaré (2017) se enfatiza en que a excepción de casos extremos, “no hay exclusión posible sino allí donde anteriormente hubo inclusión” (p. 8). A pesar de ello, actualmente los lazos sociales que se tejen no son tan sólidos, hay una cierta inconsistencia y fragilización de los mismos, teniendo consecuencias y efectos en los diversos fenómenos clínicos, llevando así, muchas veces a la exclusión de los sujetos. Excluidos del lazo social, a través de prácticas segregativas lo fueron y lo son el encierro de la “locura” y el aislamiento de los “locos”.

Lo que funda el lazo social, es el lenguaje, pero no se reduce a éste, ya que sino, no habría exclusión alguna, pues, ningún sujeto está de por sí excluido del lenguaje. (Askofaré, 2017)

Fischer (2018) esclarece que la noción de lazo social, frecuentemente se la asocia a J. Lacan, cuando el mismo dice que “por el simple efecto del lenguaje se precipita el lazo social”. Es así que, en tanto que, el discurso se dirige a otro, éste hace lazo social. Lo social no hace mención o se articula a la sociedad, sino que en el discurso hay una articulación de dos lugares distintos. Por ello es que lo social no es sinónimo de dualidad, va más allá de ello, lo social otorga así un lugar singular a cada uno.

Lemelson (2018) finalmente, esclarece así la noción de la segregación, manifestando que “segregar es hacer extraño, expulsar. Se construye también con un hilo argumental. Las

categorías segregan, las diagnósticas nos interpelan.”(p.2) Es lo que tiene condición de extraño, de no propio, lo extranjero, lo peligroso, lo loco. (Bassols, M.)

Uno de los grandes hitos en la historia del Psicoanálisis en relación a la noción de lazo social es el pesquisado por Freud en su texto “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921) en donde él mismo se pregunta cómo la condición humana hace lazo con otros. (Garbet, Lago, Suarez, 2019)

Siguiendo esta línea, Yanet (2004) explicita que, desde el psicoanálisis se aclara y visualiza, la necesidad de poder inventar nuevas formas o dimensiones del posible vínculo con el Otro, un vínculo que permita cierto alivio dentro del malestar en la cultura.

#### CAPITULO IV: DISPOSITIVO GRUPAL DE RADIO

Indagar la noción de “la radio” como dispositivo grupal, implica en primer lugar situar el concepto de dispositivo. El mismo es tomado desde Schitivelband (2004) como un artificio, un mecanismo o maquinaria en donde se elabora cierta creación para un efecto. Este efecto de por sí, conlleva un movimiento.

Correa Urquiza (2010) explora la noción de radio como dispositivo grupal, manifestando que la misma abre la posibilidad de nuevas construcciones subjetivas, de nuevos diálogos entre los participantes, desde un posicionamiento no relacionado a incapacidades, sino como agentes de creación, así la radio funciona como un refugio activo que trasciende los muros físicos y simbólicos de la institución. “La radio es una experiencia, un dispositivo y a la vez un tipo de territorio surcado por prácticas determinadas.”(p. 101)

Siguiendo al autor, éste explica que en la experiencia de radio, los interlocutores (pacientes en situación de internación) van encontrándole un sentido propio a la radio, y a su rol en la misma. Este conjunto de personas ha tenido a lo largo del tiempo un discurso negado, una imposición sobre su deber ser en sociedad, una privación a poder exponer sus saberes y decires. Entonces, a través de la radio como dispositivo grupal empieza un fluir distinto, una des-fosilización del sujeto, una nueva posición que le permite salir de las sombras del hospital. La radio como instancia de acontecimiento donde se debe un decir subjetivo de los afectados.

Correa Urquiza (2010) enfatiza en que la radio brinda, a su vez, una apertura a la sociedad, ya que la elaboración compartida que se genera en la experiencia de radio impulsa

y sostiene la apertura de esa incógnita sobre el afuera no conocido. Lo compartido es a partir de forjar nuevos vínculos, escuchar otras posiciones entre ellos mismos y con la sociedad. Se pone en juego a través de la radio, el surgimiento de nuevas matices, sujetos que no solo tienen un padecimiento o sufrimiento sino, que son sujetos de derecho, sujetos productores de decires, de sus experiencias singulares, sujetos al fin.

El micrófono, a partir de lo expuesto por Correa Urquiza (2010), es un instrumento con una función particular en lo que respecta a la radio como dispositivo grupal en un hospital. El mismo, es un señalador de cierto contexto, otorga un sitio al orador, lo consagra dueño momentáneo del decir, hace de límite también para que todos puedan, si quisieran, participar. El micrófono en su dimensión simbólica, organiza la dinámica del espacio, los turnos para la palabra, organiza el decir, y el relato compartido tejiendo la red de los discursos durante las emisiones.

El rol de estas personas, no es desde el diagnóstico, desde la enfermedad, desde la posición de paciente, sino desde un lugar de redactores-locutores, ellos son los redactores en la labor radiofónica. Este rol, también posibilita, además de la creación de contenido, un espacio donde ellos mismos son responsables del espacio como constructores de la emisión y de sus propios dichos y experiencias. No se niega el padecimiento o diagnóstico sino que se hace con él de otra manera, se lo apalabra, redefine, debate, se lo expresa en los decires subjetivos; se empieza a tejer una responsabilidad subjetiva de ese padecimiento, responsabilidad que pone al sujeto como activo en su padecer, en su decir, es actor del mismo. La radio es un terreno justamente para habitar su diferencia. Correa Urquiza (2010)

Así, siguiendo al autor, el mismo sostiene que la radio como dispositivo grupal cobra énfasis por la dinámica, por el posicionamiento activo de sus redactores, sin que sea una obligación participar en todos los programas, es un espacio voluntario en donde se respeta la singularidad de cada uno. La radio es “una emisora transversal íntegramente realizada por personas con distintos tipos de problemática mental, personas que buscan comunicar y comunicarse como una estrategia en pos de deconstruir las bases del propio sufrimiento” (Correa Urquiza, 2010, p. 46)

La tarea de la radio se centra en “un rescate que se realiza a través de la recuperación del decir, de la revalorización de las particularidades de cada discurso y de su vehiculización a través de los medios de comunicación.”(Correa Urquiza, 2010, p. 46)

Alemán (2010) hace alusión a pensar la radio como vaso comunicante entre los dispositivos de reinserción social producidos por la institución y el propio sujeto, hace a la idea de que los dispositivos valorizan aspectos que hay en el sujeto, que ya están en su propia estructura y constitución y trabajan sobre ello advertidos de que no puede haber una totalidad, algo queda por fuera.

Comparto la idea de que, efectivamente, no podría haber un andamiaje o unos dispositivos tan eficaces si los mismos no trabajaran con la propia constitución del sujeto, aunque no lo atrapen del todo, aunque no pueda haber una relación de totalidad, aunque no pueda quedar totalmente absorbido. Porque esa sería la condición de posibilidad de la política, de la resistencia, de los proyectos transformadores. (Alemán, 2018, parr. 16)

Correa Urquiza (2010) manifiesta que la radio hace tambalear la posición de exclusión que vienen teniendo estas personas, a raíz de las representaciones sociales e imaginarias que se tienen de ellas, del abandono familiar o del propio muro de la institución, ya que, a partir de posicionarse como redactores, como actores de sus propios dichos, transforman la situación de exclusión proponiendo un espacio abierto a un feed-back con la sociedad. Entonces, la radio, posibilita una deconstrucción de esa “exclusión”, un cambio de frecuencia.

El feedback rescata la dimensión básica de la comunicación como generadora de relaciones e interacciones sociales. Al cerrar el círculo abierto con el decir de los redactores en tanto emisores, contribuye en la construcción del sentido, del estoy diciendo también, porque hay un otro al otro lado que escucha, reflexiona y devuelve. (Correa Urquiza, 2010, p. 235)

A partir de ello, el autor expresa que es ése el momento en donde el dispositivo de radio deviene en medio de comunicación y no simplemente de difusión. Comunicar trae aparejado el hecho de que haya una devolución, entonces se afianzan los roles de emisores y receptores en este ida y vuelta. La radio, como medio, es importante en espacio y vehículo de la respuesta generada desde la sociedad, desde otros, Otros. Así, este cuerpo posibilita un acercamiento con el orden simbólico. Este retorno, el feedback, ayuda a que se pueda consolidar un sentido, un sentido en donde se manifiesta el poder estar allí con otro que escucha, que contrapone, que retorna. El otro, impulsa a que el dialogo se materialice, para los redactores hay alguien a quien se le está hablando.

La radio como dispositivo, desde lo que expresa Correa Urquiza (2010), implica un espacio en donde se pueda alojar la voz del sujeto, esa voz oculta, así la radio se transforma en un altavoz que permite hablar. Se reivindica desde ese espacio de radio, la legitimidad de la propia voz.

El autor, enfatiza en que hay que poder tejer y construir desde el respeto y la empatía, aunque haya opiniones diversas, posiciones distintas sobre alguna temática, se debe hablar desde el respeto. Esto tiene como efecto, un espacio libre, cómodo sin un control o presión sobre qué decir. La dinámica del dispositivo comienza con una especie de tormenta de ideas, en donde cada uno aporta ciertas temáticas de interés a debatir, se selecciona un tema (por grupo) y se solicita a cada uno de los redactores que puedan y quieran, elaborar un pequeño texto en el que explicasen la visión o posición sobre el tema seleccionado por afinidad. Luego, ya en horario de transmisión, cada grupo voluntariamente lo relata a través del micrófono y si alguna situación imprevista acontece se la acoge y se la deja manifestar. Al ser voluntario hablar o no, se respeta a la persona que en ese momento, o sobre esa temática prefiere el silencio. Los coordinadores, ya sea alguno de ellos o algún profesional del ámbito de la salud, hace de moderador cuando se lo requiera, recupera el dialogo cuando se pierde, contiene, habilita la participación de todos los redactores por igual. La salida al “aire”, a veces no es organizada, a veces tiene un tinte caótico, se solapan las voces, hay espacios de silencios, pero todos estos matices hacen al dispositivo de radio en sí.

Siguiendo la dinámica de la radio, el autor, manifiesta que cuando un participante quiere hablar, levanta la mano. Esto hace de señalador para los demás, organiza el discurso, habilita a que todos puedan decir, porque el dar la palabra a un compañero es también otra

forma de estar, de decir. Cuando el dispositivo se vuelve propio, singular al grupo, se van creando nuevas secciones que responden a los diversos intereses o deseos de cada uno de los redactores.

Siguiendo al autor, otro componente de la dinámica de radio es el aplauso generalizado cuando un redactor termina de hablar. “Es un momento en el que todo el grupo de alguna manera valoriza y legitima la palabra del otro.” (Correa Urquiza, 2010, p. 90). Estos relatos de experiencias singulares hacen de unión al grupo, refuerzan la idea de un nosotros y de un sentido. El aplauso no es por el simple hecho hacer sentir bien al otro, sino que se aplaude el acontecimiento mismo de la radio, de lo que está sucediendo, la emergencia de nuevas significaciones para la palabra, para el decir singular, lo que se aplaude es lo colectivo, desde la dimensión singular de cada quién, hasta la dimensión social del sujeto. También el debate es un componente interesante ya que abre las distintas posturas del grupo, y abre al público en general, a los oyentes a participar. Esta participación del otro, del oyente es una legitimación del hacer del grupo ya que al manifestarse ese otro, hay alguien del otro lado de los micrófonos escuchando.

Desde el autor se enfatiza en que la radio tiene la particularidad de ser un dispositivo que se aleja de la dimensión clínico-terapéutica, posicionando a los sujetos no como pacientes, sino como relatores de sus propias experiencias a través de la labor radiofónica. Les permite nombrarse a sí mismos, desde otros significantes, locutores, redactores, etc., o sea, deslizar la cadena significativa y no quedar cristalizados en el significante pacientes, enfermos, locos etc. sino abrir a la portación de otros nombres más amables, más propios. Correa Urquiza (2010) explicita que:

Es en cierta manera un lugar en donde acontece el rizoma, un dispositivo en tanto máquina para hacer ver y hacer hablar; un tejido de ovillos, ovillos de líneas quebradas y variables sometidas a una lógica previa de diferente naturaleza. (Deleuze, 73:1990). (Correa Urquiza, 2010, p. 112)

Este escenario polifónico enfatiza la coparticipación, el intercambio, la libertad que el lenguaje pueda circular de manera distinta entre unos y otros, interviniendo así, en el imaginario social, generando nuevos decires sobre el padecimiento y des-encorsetando los antiguos. Es así que este dispositivo habilita y construye un lazo social, entre los interlocutores y la sociedad, en donde es posible un acercamiento a través de la propia palabra del sujeto a una realidad que generalmente la sociedad desconoce pero que tiende a reproducir, ese pensamiento unificado ligado a una visión tanto mediática como biomédica alrededor del tema del padecimiento mental de estos sujetos. (Correa Urquiza, 2010)

La radio también es pensada siguiendo a Correa Urquiza (2010) como una obra. Desde esta noción, la obra es:

Como resultado de un designio propio o compartido, de una acción y proyección sobre el afuera que toma cuerpo y le permite, en cierta forma, identificarse e iniciar un proceso de diálogo con su entorno desde un nuevo lugar que se articula a través de esa obra. (p.239)

Así, el autor, establece que cuando el sujeto se siente y está en un lugar activo, generador, la obra dice algo específico de quien está al frente del micrófono. Obra como estructura, como proceso de simbolización con diferentes dinámicas abiertas que da lugar a

una legitimación del autor. Las figuras de emisor-obra-receptor instituyen y van enlazando lo que es el cuerpo de la obra, así pues, no hay obra si no hay un sujeto que produzca, el emisor, y alguien que reciba, el receptor, afianzando la dinámica. A su vez, la obra sucede como acontecimiento de ruptura y como posibilidad de encuentro revalorizando las diferencias.

Olivera (2005) expresa que el dispositivo abierto de radio es “un espacio de subjetivación, un espacio de socialización, y un proyecto que hace «lazo»” (parr.1). En la radio, se hace metáfora, no se niegan los distintos padecimientos, sufrimientos, tampoco se banaliza. La metáfora en sí, implica un plus, en donde no es la cosa misma, pero eso se convierte en comunicable. Además de ser un espacio de emisión, la radio se entreteje como un lugar de escucha, de palabra, de silencio. Se trata de que los pacientes ejecuten libremente su derecho a la expresión, a estar “sujetados” también a lo sociocultural, provocando una nueva palabra, un nuevo sentido en relación a sus padecimientos, cuestionando el sentido cristalizado de la sociedad sobre ello. Así es que a través de la radio se intenta provocar la palabra, el decir singular de cada sujeto, desde una invitación al encuentro con otros en la palabra, en el dispositivo. Desde esta posición, todos los sujetos son poseedores de algún saber, como también todos son sujetos en carencia, con necesidad.

Zambrano (2013) enfatiza lo propuesto por Olivera, cuando se manifiesta que en la radio como dispositivo grupal abierto, los sujetos ofrecen algo muy digno de ellos, su voz. El lenguaje, que es lo que se va a comunicar a través de la radio, se lo expresa a través de diversas maneras singulares de cada sujeto.

Olivera, como se manifestó en Zambrano (2013), expresa que lo que los pacientes ofrecen en esta dinámica de radio, es justamente un testimonio, debido a su desajuste o dificultad con el orden simbólico, desajuste que no es único de éstos pacientes, sino de todos los seres parlantes. Así es que la radio, hace de enganche posibilitando un encuentro con la palabra, evitando aún más la ruptura de lazos sociales, ya que los fomenta y refuerza; y propicia el acceso a otros recursos simbólicos o significantes desde donde nombrarse.

Zambrano (2013) detalla que en el dispositivo de radio no se busca enseñar el oficio de locutor, sino que se brinda una posibilidad para que el paciente tome el micrófono y hable en nombre propio. El micrófono juega el papel de testigo de cierto acontecer.

Lonigro, González y D'Alfonso (2015) sugieren que el dispositivo de radio promueve la acción colectiva, moviliza el diálogo y permite transformar significaciones que han estado coaguladas durante mucho tiempo. A nivel subjetivo, la radio hace hincapié en la participación activa de sus integrantes, habilitando intercambios de experiencias, poniendo la creación singular como eje del dispositivo con el fin de que cada uno se apropie de la herramienta. Los autores, expresan que el trabajo grupal de la radio se orienta en:

...la creación de “condiciones de posibilidad para la producción de lo singular anudado en lo colectivo” (Jasiner, 2008). Anudar los tejidos de una “trama” grupal mientras se propicia el protagonismo del sujeto. Así, se favorece la creación de un espacio de alojamiento subjetivo, la instalación de una demora, de un intervalo, a la vez que de tiempos de conclusión que generen condiciones para la producción de lo propio. (Lonigro, et al., 2015, p. 23)

Lo expuesto en el párrafo anterior, tiene que ver con la trama y el trazo, el espacio como una puesta en escena que posibilita a cada integrante poner a trabajar algo de su sufrimiento y de sus deseos singulares dentro de un lugar, un encuadre, un tiempo, reales y de una consigna grupal. Es así que hay un efecto, a través de ese dispositivo, de cierto ordenamiento de lo simbólico y como un límite y acotamiento del goce. (Lonigro, et al., 2015)

Olivera (2009) profundiza la noción de dispositivo radiofónico grupal (DRG) haciendo hincapié en que es un espacio de realidad convocante y elabora escenarios para una posible creación en él. Creación dependiendo de la singularidad de cada uno, de su lenguaje como algo que contiene la palabra pero a su vez, la excede, entonces se busca que haya efecto de lenguaje. Siguiendo al autor, lo expone de la siguiente manera:

Se trata de un dispositivo abierto al que llamamos dispositivo radiofónico grupal (DRG), espacio convocante a una in-trama de sonoridades dispersas que asisten bajo la promesa garante de su irradiación. El caos es constante contraste presente, condición para la creación en tanto referencia de esa in-trama y su posible devenir. Estético será el poder circular entre la superficie intersticial de seres sensibles que se reúnen en un patio donde ponemos una mesa y sillas. Los micrófonos recortan el espacio y los parlantes amplifican la voz. (Olivera, 2009, p. 42)

Así, el autor, propone esta herramienta de radio como una maquinaria de fabricación de diversas tramas, máquina en proceso, no como algo acabado, sino que soporta un estado de singulares experiencias, que están en movimiento continuo, permitiendo así, ir creando

redes en otros lugares, ir produciendo comunidad en la trama. En la radio, se van a respetar los tiempos, las melodías, el tono, la forma singular de decir de cada quién. Se refiere a que en la radio habrá una polifonía, y a su vez habrá “efecto de lenguaje” y “efecto de lenguaje”, la producción de sentido es singular para cada uno. Al mismo tiempo, la radio será ese lugar donde dos o más personas se encuentren y en ese encuentro producir el “lazo”. Por lo tanto la producción de sentido, en tanto función; lo simbólico, en tanto haga lazo social, en tanto la meta del lenguaje sea que algo del mismo lo conecte a otro. La radio como dispositivo donde se le hace lugar al “sinsentido”, donde se lo incluya a fin de permitirle tejer a partir de allí un sentido, una trama simbólica, un trazo de simbolización a partir de ese efecto de lenguaje, ese vaso comunicante, ese nuevo dispositivo que se abre.

Finalmente, el autor sostiene que en la radio, en este dispositivo radial, lo sonoro hace eco, ahí se busca escuchar el latido, la rítmica de cada uno, con sus aceleres o silencios. La radio brinda la posibilidad que cada integrante pueda escuchar y saberse escuchado, ahí el cuerpo interviene, se pone en juego al frente del micrófono. Por ende, la radio es una forma de hacer arte, un arte en movimiento, con mutaciones, expresando lo singular de cada redactor, lo grupal de cada emisión y la voz de cada sujeto.

## ACTIVIDADES

En este capítulo se describen los pasos a seguir para poner en marcha el Dispositivo Grupal de Radio destinado a pacientes en situación de internación del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”. El mismo, cuenta con la participación de un coordinador y un grupo de pacientes conformado por un cupo máximo de 15 sujetos, todos pacientes internados del hospital. Constará de 6 encuentros, uno por semana. La duración de cada encuentro será de aproximadamente 2 horas.

A continuación se especificarán las dinámicas que se llevarán a cabo en cada uno de los 6 encuentros señalados.

### Encuentros para la puesta en marcha del Dispositivo Grupal de Radio.

#### ENCUENTRO N° 1

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** Presentación del dispositivo grupal y sus participantes.

**Objetivo general del encuentro:** Informar sobre el dispositivo de radio y permitir la presentación singular de cada uno de los participantes, incluido el coordinador.

#### **ACTIVIDAD 1: “QUE LAS SOMBRAS NO TE ESCONDAN”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para todos los participantes, 1 silla para el coordinador.

**Tipo de estrategia:** Presentación verbal de los sujetos y del coordinador. Poner en palabras la singularidad de cada uno.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El grupo incluyendo al coordinador se sentará en círculo. El coordinador comenzará presentándose a sí mismo (nombre, apodo, de dónde viene, de qué se trata este trabajo de investigación y qué espera del grupo.). Luego cederá la palabra a quien desee hablar en ese momento. El coordinador recordará que esta presentación es para quien quiera y pueda, no es obligatoria. Finalizada la presentación del grupo, el coordinador agradecerá la presencia de los integrantes.

## **ACTIVIDAD 2: “TORMENTA DE PALABRAS”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para todos los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 hoja y 1 marcador para cada uno de los participantes.

**Tipo de estrategia:** Indagar sobre los posibles temas significantes que sean del interés de los participantes.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador y el grupo se sentarán en círculo. El coordinador entregará a cada participante una hoja y un marcador. A continuación le solicitará a cada uno que imagine en silencio, durante 5 minutos aproximadamente, una palabra, la que más le guste, sin consultar con el otro. Luego de transcurrido ese tiempo, tendrán que escribirla bien grande en la hoja entregada. Una vez que cada uno tiene escrita la suya, comenzarán de a uno a leerla y ubicarse dentro del círculo formado, de pie con su hoja. Una vez terminada la lectura de las palabras, el coordinador agradecerá el trabajo realizado por cada uno e invitará a que entre todos brinden un aplauso.

**ACTIVIDAD 3: “DEL SILENCIO AL ALTA VOZ DE LA PALABRA”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 micrófono y las 15 hojas trabajadas en la actividad anterior.

**Tipo de estrategia:** Conocer el instrumento del micrófono y su función.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador les dirá a los participantes que a partir de ese momento son locutores-redactores en este espacio, y que pueden decir “su palabra” elegida en la actividad anterior a través del micrófono. El coordinador entregará, por orden de deseo, el micrófono a cada uno de los participantes que lo soliciten. Les pedirá que cuenten también lo que les viene a la cabeza cuando escuchan su palabra amplificada por el micrófono. Luego que cada participante exponga su decir, se pedirá al grupo (incluido el coordinador) los aplausos correspondientes y el coordinador agradecerá la disposición de todos para trabajar esta temática.

**ENCUENTRO N° 2**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** “Mi palabra”

**Objetivo general del encuentro:** Descubrir posibles significantes que representen cada participante.

**ACTIVIDAD 1: “ABRE LAS ALAS”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 15 lapiceras y 15 hojas para los integrantes del grupo.

**Tipo de estrategia:** Representación - Expresión de cada significante.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador va a saludar a todos y va a dar la siguiente consigna a los participantes: “Se les va a entregar a cada uno una hoja y una lapicera, el que desee va a dibujar, escribir, cantar, representar, o expresar como quiera lo que piensa de “su palabra”, ésa elegida por cada uno de ustedes en el encuentro anterior. ¿Qué involucra la misma?, ¿Qué representa? y ¿Qué siente cada uno con su palabra?”. Se les darán 10 minutos para concretar la consigna.

Finalmente se sentarán en círculo y si se sienten cómodos y lo desean pueden compartir su trabajo con los demás participantes, en voz alta, con mímica, en silencio, con su dibujo y/o cantando. Cuando cada participante exprese lo trabajado, antes de sentarse nuevamente, el coordinador le dirá muchas gracias y todos aplaudirán.

**ACTIVIDAD 2: “PEDIR LA PALABRA”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 hoja y 1 marcador para cada uno, más las 15 hojas de la actividad N° 2 – Encuentro 1.

**Tipo de estrategia:** Poner en valor la escucha singular y grupal como posibilidad de identificación con nuevos significantes.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** Cada participante deberá asistir con “su palabra” escrita en la hoja durante la actividad N° 2 del Encuentro 1. El coordinador hará que cada uno se presente leyéndola. Luego pedirá a cada participante que exprese si desearía pedirle “la palabra” a otro participante porque le gustó mucho y desea conservarla. Si es así, el dueño de “la palabra” escribirá en otra hoja su palabra y le dará al otro participante una copia de la misma. Si existiera algún participante que no se sintiera cómodo con “la palabra” elegida en la actividad N° 2 del Encuentro 1 o hubiese otra por la cual quisiera cambiarla, primero le dará las gracias a “la palabra” que tuvo por haberlo acompañado y le explicará que en estos momentos le haría muy bien cambiarla por otra, que muchas gracias por haberlo llevado hasta aquí. Una vez que se hayan pedido, dejado y/o entregado “las palabras” necesarias, cada participante tendrá en sus manos “las palabras” escritas que necesita para seguir participando del dispositivo. Estando todos contentos con “las palabras” que poseen, el coordinador invitará un aplauso grupal.

### **ACTIVIDAD 3: “DE LA PALABRA Y LA ESCUCHA”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador.

**Tipo de estrategia:** Escuchar la palabra del otro.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador les agradecerá por lo trabajado en la actividad anterior. Luego les pedirá que formen parejas, y uno le cuente al otro como se sintió con “su palabra” y viceversa. Finalmente, sentados en círculo, cada uno dirá, si le gustó o no

que lo hayan escuchado, si él/ella pudo hacerlo y si con la división en parejas les fue más fácil o más difícil escuchar al otro. Luego que se exponga lo anterior, se cerrará el encuentro con un aplauso a todos los participantes.

### ENCUENTRO N° 3

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** Poner en juego la palabra.

**Objetivo general del encuentro:** Usar la palabra para el lazo social.

#### **ACTIVIDAD 1: “ARMANDO EL LIBRETO”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 15 hojas y 15 lapiceras, más la cantidad de hojas surgidas de la actividad N° 2 del Encuentro 2.

**Tipo de estrategia:** Colaboración para la selección de temas y redacción del libreto de cada participante.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador invitará a cada participante a expresar por escrito, en un relato, lo surgido de las “propias palabras” trabajadas en las actividades anteriores. Cada participante dispondrá de 15 minutos para revisar y afianzar su escrito y, en el caso que necesite ayuda, contará con la colaboración del coordinador. Una vez concluida la escritura del propio relato, habrá un aplauso general y cada uno conservará su hoja para las próximas actividades.

**ACTIVIDAD 2: “PARLÊTRE” (CUERPO HABLANTE - HABLANTE SER)**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 mesa, 1 micrófono, 11 hojas, 11 lapiceras y las 15 hojas con el relato escrito de la actividad anterior.

**Tipo de estrategia:** Prueba piloto, rumbo a la radio.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador con ayuda de los participantes hará de la sala una especie de radio. Se pondrá la mesa en el medio de la sala, con 6 sillas alrededor de ella y 1 micrófono arriba de la mesa. Las 11 sillas restantes las distribuirán los participantes como se sientan más cómodos, a modo de “público”.

El coordinador les dirá, a los que quieran y se animen, que se sienten en la mesa, ocupando así los 5 lugares; en el sexto lugar se sentará el coordinador. A su vez, los participantes que no se sienten en la mesa, representarán y harán de “oyentes”, se ubicarán en las otras sillas por fuera de la mesa. También, el coordinador les explicará que los asientos son rotativos; el que quiera la próxima vez puede sentarse alrededor de la mesa o si prefiere, en el lugar de “oyente”. A los “locutores”, que están sentados en la mesa, les pedirá que levante la mano el que quiera hablar o contar sobre lo que han escrito, quedando así, un orden establecido de quién hablará primero, segundo, tercero, cuarto y quinto.

Si dentro de la dinámica de la mesa, no se respeta el turno de cada uno, o se acoplan las voces, el coordinador intervendrá como moderador, enfatizando en la importancia de escuchar al otro, en el turno de cada uno. Les solicitará a los que hacen de “oyentes”, que escuchen lo que van a decir sus compañeros que están sentados en la mesa, y que en un

papelito escriban lo que les quieran preguntar o deseen ampliar sobre el tema que se va a exponer. Una vez acordado esto, se le otorgará el micrófono al primer locutor y al finalizar cada relato se aplaudirá al relator que haya hablado. En los 15 minutos finales se pasará el micrófono a los “oyentes”, para que hagan preguntas o comenten sobre lo expresado. Luego, los participantes de la radio les responderán o simplemente agradecerán la presencia del público. Finalmente habrá un fuerte aplauso para todos.

### **ACTIVIDAD 3: “DESPUÉS DE LA FUNCIÓN”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador.

**Tipo de estrategia:** De lo singular a lo grupal.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador convocará a todos los participantes y comenzará esta actividad con un gran aplauso para todos los que participaron en la prueba piloto de radio (la actividad anterior). Luego, se sentarán en círculo y pedirá a cada uno de los integrantes, que se animaron a sentarse en la mesa, que exprese cómo se sintió y si tiene algo más para decir de lo ocurrido. Lo mismo realizará con los que estuvieron ocupando el lugar de “oyente”. Se dará la oportunidad para que expresen también, cualquier malestar que hayan sentido y la posible solución que le darían al mismo. Finalmente el coordinador finalizará esta actividad agradeciendo a todos por el trabajo en equipo y brindando un fuerte aplauso hacia ellos.

## ENCUENTRO N° 4

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** Experiencias subjetivas.

**Objetivo general del encuentro:** Hacer un buen uso de la palabra y el lenguaje.

### **ACTIVIDAD 1: “DESIRES” (DESEO Y DECIR)**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 15 hojas y 15 lapiceras.

**Tipo de estrategia:** El relato de la alegría.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador saludará a todos los participantes, se sentarán en círculo y les propondrá la siguiente consigna: “Piensen y escriban algo sobre la alegría. Puede ser un relato para leer, una frase, o un borrador que les ayude para hablar, y/o un dibujo que puedan contar. Terminado el tiempo, el coordinador agradecerá los trabajos realizados y habrá un aplauso general. Los trabajos serán conservados por cada uno.

### **ACTIVIDAD 2: “PILOTOS DE RADIO”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 mesa, 1 micrófono y las 15 hojas trabajadas en la actividad N°1 del Encuentro 4.

**Tipo de estrategia:** Puesta en escena: “Pilotos de radio”

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador con los participantes recrearán la sala de radio expuesta en la actividad N° 2 del Encuentro 3, pero ahora, rotando los lugares. Esta vez se llevará a cabo la experiencia de “piloto de radio” en la cual los 5 participantes que deseen, harán su relato del escrito o trabajo sobre la alegría, de la actividad N° 1 del Encuentro 4. Se pondrá en escena de la misma forma que en la actividad N° 2 del tercer encuentro, tanto para los “locutores”, como para aquellos integrantes del “público”. Al finalizar, se agradecerá y aplaudirá a todo el grupo.

### **ACTIVIDAD 3: “ATERRIZANDO”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 micrófono.

**Tipo de estrategia:** Trabajo grupal.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador y los participantes se sentarán en un círculo. El coordinador les pedirá que si quieren bajen la mirada y lentamente comenzará el siguiente relato: “...Les voy a contar un cuento que escribí. Antes, recuerden la “primer palabra” que escribieron en la hoja de la actividad n° 2 durante el primer encuentro. Cuando la recuerden y la tengan en la cabeza, imaginen que a esa palabra le crecen alas e intenta volar... Algunas vuelan, algunas van en búsqueda de otras palabras para que les sea más fácil alzar vuelo y así, juntas lo logran... Cuando se sienten seguras, deciden pilotear el micrófono, se sientan en la mesa y pueden oírse a sí mismas fuertes y contentas. Otras las escuchan, también las disfrutan y valoran con aplausos. Finalmente deciden aterrizar contentas sabiendo que cada vez volarán mejores y más felices.”

Luego de este ejercicio de imaginación, el coordinador preguntará a cada uno cómo se siente, qué le gustó de esta experiencia de la actividad anterior y qué quisiera cambiar. Luego, preguntará sobre qué se les ocurre del cuento relatado. Posteriormente, le preguntará al grupo si les gustaría hacer una radio, no sólo con y para los participantes dentro del hospital sino, una radio en donde participen también como público parte de la sociedad, otras personas. Expresará que será parecido a lo que vinieron realizando en actividades anteriores; dejando abierta la pregunta sobre quiénes se animarían a ser los primeros locutores, pilotos de las palabras en esta posible radio. Al finalizar se aplaudirá al grupo por lo realizado.

#### ENCUENTRO N° 5

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** La Radio.

**Objetivo general del encuentro:** Materializar el dispositivo de “La Radio”

#### **ACTIVIDAD 1: “APLAUSOS PARA EL NOMBRE”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 15 hojas para los participantes y 15 lapiceras.

**Tipo de estrategia:** Lluvia de ideas.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador saludará a cada uno de los participantes, luego se sentarán en círculo. El coordinador preguntará como se sienten y

quiénes tienen ganas de hacer la primera emisión de un programa de radio. Si la respuesta es satisfactoria se aplaudirán entre todos.

Luego, el coordinador consultará sobre el nombre del programa. Invitará al grupo a escribir o a expresarse de algún modo respecto a cómo les gustaría llamarlo y que nombre sería el más aconsejable para el programa de radio. Una vez recibidas las propuestas, la más aplaudida será considerada como nombre para el dispositivo de radio.

A continuación se dialogará sobre qué significa para ellos el aplauso. Qué piensan cuando aplauden a un compañero, y cuando un compañero los aplaude; ya que ése sería el primer tema del programa de radio. El coordinador entregará una hoja y una lapicera a cada participante y solicitará que ponga por escrito lo que para cada uno de ellos significa el aplauso. Una vez realizada esta actividad habrá aplausos y agradecimientos.

## **ACTIVIDAD 2: “EL DEBUT: APLAUSO AL AIRE”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador. La radio instalada (sistema de telecomunicaciones), 1 mesa, más las 15 hojas de la actividad N° 1 del Encuentro 5.

**Tipo de estrategia:** Piloteando la radio.

**Tiempo estimado:** 50 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador solicitará a quienes quieran participar como locutores/ relatores que levanten la mano, manifestando que todos los que quieran hablar, ser locutores, lo harán. Todos los participantes que quieran expresar en la radio lo que

produjeron sobre el tema “el aplauso” (actividad N° 1 del Encuentro 5), serán ordenados en tres grupos de cinco integrantes cada uno. Los primeros cinco participantes estarán 15 minutos al aire, luego les pasará el micrófono a los otros 5 que estarán 15 minutos más, y finalmente les pasará el micrófono a los 5 restantes que estarán otros 15 minutos. Todos tendrán la posibilidad de salir al aire, si alguno no se encuentra cómodo puede no hacerlo, o puede participar de la mesa en silencio y con un aplauso a los compañeros.

El coordinador les recordará que él estará ahí por si pasa alguna dificultad o problema. A su vez recalcará que quienes quieran hablar, tendrán que levantar la mano, hacer silencio cuando sus compañeros estén hablando, y aplaudir cada vez que otro participante termine de contar su relato sobre “el aplauso”. El coordinador hará de mediador, organizador, hasta que los propios individuos se sientan más cómodos y puedan coordinarse entre ellos. Luego de los 45 minutos, y de la exposición del relato de cada uno, se cerrará la salida al aire con un fuerte aplauso y un GRACIAS TOTALES A LOS PARTICIPANTES.

### **ACTIVIDAD 3: “FESTEJANDO LA SALIDA AL AIRE”**

**Materiales:** Sala, una computadora (música).

**Tipo de estrategia:** Expresión subjetiva y grupal: el después del debut.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador felicitará a los participantes por haber salido al aire y finalmente propondrá un pequeño festejo con baile y música.

Primero escuchará los comentarios de cada uno respecto a cómo se sintió en ese rol, qué le pareció haber salido al aire, qué no le gustó o lo incomodó; cómo pensaron que trabajaron en equipo y qué sensación tuvieron al saber que alguien del otro lado los puede haber escuchado. Luego que cada uno cuente su experiencia, les pedirá que hagan una ronda, bailen, canten y aplaudan entre todos.

## ENCUENTRO N° 6

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** Trabajando el propio relato.

**Objetivo general del encuentro:** Brindar los elementos necesarios para poder hacer uso del lenguaje como lazo social.

### ACTIVIDAD 1: “TEJIENDO EL LAZO”

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador, 1 ovillo de lana.

**Tipo de estrategia:** Trabajo en grupo.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador saludará a cada individuo, y luego se sentarán en círculo. Tendrá un ovillo de lana entre sus manos, se levantará y le entregará a otro participante el ovillo, quedándose él con la punta de la hebra enlazada a su muñeca. Le pedirá a éste que haga un lazito en la suya y le pase el ovillo a cualquier otro participante y así hasta completar la ronda. Solicitará que observen cómo un hilo los une a todos y en el caso de tirar o aflojar de él, como el otro lo percibe. A continuación invitará a pensar, que las

palabras son sonidos que permiten enlazarnos unos con otros; pidiéndoles que piensen lo que significa el lazo social. Para pensar esta actividad tendrán 5 minutos aproximadamente. Luego, cada participante contará lo que pensó respecto a lo que significa el lazo social. Finalmente se va a agradecer por lo expuesto y se va a brindar un aplauso para todos.

## **ACTIVIDAD 2: “ENLAZADOS”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador. La radio instalada (sistema de telecomunicaciones), 1 mesa.

**Tipo de estrategia:** Segunda salida al aire.

**Tiempo estimado:** 50 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador solicitará a quienes quieran participar como locutores/ relatores que levanten la mano, manifestando que todos los que quieran hablar, ser locutores, lo harán. Todos los participantes que quieran expresar en la radio lo que produjeron sobre el tema “lazo social” (actividad N° 1 del Encuentro 6), serán ordenados en tres grupos de cinco integrantes cada uno. Los primeros cinco participantes estarán 15 minutos al aire, luego les pasará el micrófono a los otros 5 que estarán 15 minutos más, y finalmente les pasará el micrófono a los 5 restantes que estarán otros 15 minutos. Todos tendrán la posibilidad de salir al aire, si alguno no se encuentra cómodo puede no hacerlo, o puede participar de la mesa en silencio y con un aplauso a los compañeros.

El coordinador les recordará que él estará ahí por si pasa algún problema o dificultad. A su vez recalcará que quienes quieran hablar tendrán que levantar la mano, hacer silencio cuando sus compañeros estén hablando, y aplaudir cada vez que otro participante termine de

contar su relato sobre el “lazo social”. El coordinador hará de mediador, organizador, hasta que los propios individuos se sientan más cómodos y puedan coordinarse entre ellos. Luego de los 45 minutos y de la exposición del relato de cada uno, se cerrará la salida al aire con un fuerte aplauso y un GRACIAS TOTALES A LOS PARTICIPANTES.

### **ACTIVIDAD 3: “TE ESCUCHO”**

**Materiales:** Sala, 15 sillas para los participantes, 1 silla para el coordinador.

**Tipo de estrategia:** Puesta en común.

**Tiempo estimado:** 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:** El coordinador mostrará al grupo la cantidad de personas de la sociedad que entraron a escuchar el programa, o que hicieron alguna pregunta o comentario con respecto a alguna temática que se trató en estas primeras salidas al aire. Les preguntará a los participantes cómo se sienten ahora que saben que hay alguien como ellos del otro lado escuchándolos, preguntándoles cosas, o comentando sobre alguna temática abordada. Indagará sobre lo que cada uno de ellos se lleva de este dispositivo grupal de radio, si les gustó o no, si les parece que es una forma posible de hacer lazos amistosos, si les sirvió a cada uno de ellos para expresar sus palabras y sus experiencias como locutores-redactores. Luego, cada uno podrá manifestar qué le pasó al atravesar estos espacios. Finalmente el coordinador expresará que este momento y esta experiencia personal y grupal termina aquí pero, los que quieran y deseen continuar podrán hacerlo con sus propias propuestas. Se brindará un fuerte aplauso y se agradecerá a todos los participantes.

## DIAGRAMA DE GANTT

A continuación, se expondrá el cronograma con la organización de los encuentros y su temporalidad.

MES	1				2			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4
ENCUENTRO 1: Presentación del dispositivo grupal y sus participantes.	■							
ENCUENTRO 2: "Mi palabra"		■						
ENCUENTRO 3: Poner en juego la palabra.			■					
ENCUENTRO 4: Experiencias subjetivas.				■				
ENCUENTRO 5: La Radio.					■			
ENCUENTRO 6: Trabajando el propio relato.						■		

## RECURSOS

Para la realización de la intervención, a través del dispositivo grupal de radio, se requerirá los siguientes recursos del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”:

- Recursos Humanos:

Un coordinador, un enfermero ante la posible descompensación de algún paciente y hasta quince participantes (pacientes internados).

- Recursos Técnicos:

Se requerirá la utilización de la sala multiuso del hospital y conexión estable de internet.

- Recursos Materiales:

Una computadora, 16 Sillas y una mesa.

Además de los recursos de la institución mencionados, para la intervención se debe contar con los siguientes materiales que no se disponen en el Hospital.

- Recursos Materiales con los que no cuenta la institución:

- Hojas.
- Marcador.
- Lapiceras.
- Ovillo de lana.
- Sistema de telecomunicaciones Radio (ver anexo 1)

## PRESUPUESTO

Entre los materiales no provistos por la institución pero necesarios, se deberá conseguir:

<b>CANTIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>COSTOS</b>
<b>101</b>	Hoja A4	<b>\$168</b>
<b>15</b>	Marcador punta gruesa	<b>\$450</b>
<b>15</b>	Lapicera	<b>\$300</b>
<b>1</b>	Sistema de telecomunicaciones  Radio (Combo radio online, consola, placa grabación USB, micrófono, cable RCA/RCA, Cable Canon/ Plug)	<b>\$16.600</b>
<b>1</b>	Ovillo de Lana	<b>\$170</b>
		<b>\$17.688</b>

Por otra parte, en lo concerniente al Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, en la resolución de junta de gobierno 008/19 en lo que respecta a los honorarios, el mínimo ético profesional establecido por hora es de \$1.880 por la conducción o coordinación de espacios de formación. Es así que la sumatoria de materiales requeridos y de los honorarios para el coordinador (\$22.560) genera un costo total de \$40.248 para la implementación del dispositivo grupal de radio.

## EVALUACIÓN

Se propone el siguiente instrumento para implementar una evaluación de impacto del Dispositivo Grupal de Radio en pacientes internados en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”. En la actividad N° 3 del sexto encuentro, se aplicará a los participantes un cuestionario con escala Likert (ver anexo 3) que represente los indicadores a evaluar en la matriz de impacto realizada. El mismo, comprende tres categorías y 20 indicadores. Los datos surgidos y obtenidos, se volcaran en la matriz de impacto (ver anexo 2) para efectuar la valoración de la aplicación del dispositivo grupal de radio realizado.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Este proyecto de Intervención, pretende fomentar la reinserción social de pacientes en condición de internación del Servicio de Salud Mental, a partir de un dispositivo grupal de radio. La propuesta de creación de un nuevo espacio, el Dispositivo Grupal de Radio, tiene como objetivo principal pro-mover el lazo social de los sujetos e impulsar la palabra propia a través de sus encuentros y actividades. Es por ello que dicho dispositivo, abre la dimensión de ser escuchados y poder escuchar a otros. Es de suma importancia generar canales de comunicación en donde el sujeto sea partícipe activo, generador de cambios y poseedor de nuevas significaciones que potencien su decir al punto tal de tejer nuevos lazos sociales. La radio como enlace, permite pensar una dimensión de reinserción a través de la palabra y la escucha, haciendo hincapié en que estos sujetos son portadores de significantes válidos y merecen la oportunidad de ser escuchados. Se espera que a través del dispositivo de radio, estos sujetos no se sientan excluidos del lazo social, ni estén aislados y reclusos dentro de la institución.

## CONCLUSIÓN

El presente plan ha sido elaborado a partir de, la observación a lo largo del tiempo de, prácticas de reclusión y aislamiento de pacientes, totalmente naturalizadas; tanto en las instituciones como en sus profesionales. También, se puede observar que, a lo largo del tiempo, frente al padecimiento de los pacientes, se calma la angustia y la impotencia de los profesionales a través de la sobremedicalización de los mismos.

La subestimación del lazo social como herramienta que permita estabilizar la subjetividad y la contención de los sujetos es otra llamativa observación en las prácticas de salud mental. El presente plan de trabajo o dispositivo grupal de radio, pretende reivindicar la palabra puesta al servicio del lazo social con todos los beneficios que éste implica; siendo ésto, la mayor fortaleza del actual proyecto. Poder trabajar desde el punto de vista simbólico en relación al lazo social, es un modo de aproximarse a una reinserción social “verdadera” en un futuro. Metafóricamente hablando, es abrirle ventanas a una institución que en el futuro podrá abrir puertas y tender puentes.

Una de las limitaciones del presente trabajo es la imposibilidad de poder llevar adelante entrevistas y encuentros en campo, que permitan conocer algo de la singularidad de cada paciente internado del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”. La condición de internación, limita así, la dimensión a trabajar, dejando por fuera los aspectos relacionados al sujeto en sí, su estructura psíquica o cualquier otro factor que interfiera en su condición de paciente internado en el hospital.

A falta de otra información en relación a qué sujetos se encuentran internados, se postula a grandes rasgos las funciones del dispositivo grupal de radio, que implican la importancia de la palabra y de la escucha, en relación a la dimensión del lazo social. Se advierte, que es la propia subjetividad del paciente la que hay que poner “a decir” y la que hay que poder escuchar. Hacer lugar para que ésto sea posible, y que la dimensión subjetiva tenga un espacio en donde poder manifestarse, implica la rectificación y responsabilidad subjetiva frente a los propios actos, consecuencias o efectos. Por ello, se considera que es requisito fundamental poder conocer a través de encuentros a estos pacientes, a fin de crear y ajustar a medida un dispositivo de intervención adecuado a los mismos.

La actual limitación que impide la aproximación al campo acentúa aún más el aislamiento social que padecen los pacientes internados. Esto, no es solo efecto de políticas neoliberales de mercado en donde el sujeto queda como resto, sino también de políticas institucionales donde se promueve el aislamiento o reclusión de sus pacientes, como también, la inercia y naturalización de la pasividad de sus estudiantes. Se recomienda, a las instituciones educativas de formación de futuros profesionales de la Salud Mental que adecuen sus reglamentos a la Ley de Salud Mental vigente en nuestro país, la cual hace referencia a la promoción de los lazos y la inclusión social, lo que implica la posibilidad de contacto directo de estudiantes con los destinatarios de los proyectos – planes de intervención. De lo contrario, el contacto con la realidad es inexistente y todo trabajo o proyecto es sólo del orden imaginario. Parafraseando a Mahatma Gandhi “Cuando una ley es injusta, lo correcto es desobedecer”.

## REFERENCIAS

Albanese, G., Casretto, C., Greggio, G., Musante, L. (2012) Dialéctica entre las instancias de admisión e internación. Una mirada psicoanalítica. *Clepios, volumen XVIII - N° 59*, 110-113. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/clepios.php>

Alemán, J. (2018). *TeCME, Territorios clínicos de la memoria*. La libertad en el neoliberalismo es una perversión absoluta. Recuperado de: <http://tecmered.com/jorge-aleman-libertad-neoliberalismo-perversion/>

Álvarez, J. M. (2017). ¿Qué es «la Otra psiquiatría»? *laOtrapsiquiatría*. Recuperado de: <https://www.laotropsiquiatria.com/2017/09/que-es-la-otra-psiquiatria/>

Askofaré, S. (2017). Inclusión, exclusión, segregación: el lazo social puesto a prueba por la subjetividad contemporánea. *Aesthetika (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)*, 7-11. Recuperado de: <http://www.aesthetika.org/Inclusion-exclusion-segregacion-El>

Belaga, G. (comp.) (2015) *La Práctica del Psicoanálisis en el Hospital*. Buenos Aires: Grama

Carballeda, A. J. M. (2006). Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. *Oficios Terrestres*. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/46064>

Carballeda, Alfredo. (2012) “La intervención del trabajo social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas” revista Margen n° 65. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra\_1), 15-24. Recuperado de: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/584>  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/584-851-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/584-851-2-PB%20(1).pdf)

Colina, F. (2006). III Conversaciones Siso- Villacián, Mesa Redonda I. *laOtrapsiquiatría*.

Nº 43. Recuperado de: <https://www.laotropsiquiatria.com/2006/06/fernando-colina-jose-maria-alvarez-y-la-otra-psiQuiatria/>

Correa Urquiza, M. (2010). *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Universitat Rovira i Virgili. Recuperado

de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Crisafulli, L. (2011). En el nombre de la reinserción social. *VII Encuentro Interdisciplinario de Ciencias Sociales y Humanas/2011*, 1(1). Recuperado de:

<https://ffyh.unc.edu.ar/vii-encuentro-interdisciplinario-de-ciencias-sociales-y-humanas/wp-content/uploads/sites/24/2011/08/ponencia-crisafulli-eje-7.pdf>

De Lajonquiere, C., Negro, L., Comba V., Zac, M., Díaz Jiménez, M. T. (2012) Trabajo

Clínico en Internación. *Clepios, volumen XVIII* - Nº 59, 114-119. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/clepios.php>

De León Muriel, P., & Carlos, J. (2015). Radio descosidos: una experiencia en salud mental comunitaria con usuarios de un hospital especializado de Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6425>

Demaría, A. (2018). Salud mental: movimientos posibles en pos del lazo social. *EL HORMIGUERO Psicoanálisis*  $\diamond$  *Infancia/s y Adolescencia/s*. Recuperado de: <http://psicohormiguero.com.ar/trabajos-escritos/segunda-edicion/trabajos-de-investigacion/salud-mental-movimientos-posibles-en>

Díaz, E., Calandria, E., Freiría, A., Parra, A., & Pérez, M. (2009). El acompañamiento en salud mental. Acompañar en el lazo social. *Revista de Educación Social*, (42). Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/39108093.pdf>

Evia, V. Representaciones sociales de la locura a partir de una etnografía en la Radio Vilardevoz1. Recuperado de: [https://www.academia.edu/224268/\\_Porque\\_necesito\\_de\\_vos\\_para\\_poner\\_mi\\_voz\\_](https://www.academia.edu/224268/_Porque_necesito_de_vos_para_poner_mi_voz_)

al\_aire...\_. Etnograf%C3%ADa\_en\_radio\_Vilardevoz\_representaciones\_sociales\_sobre\_la\_locura\_y\_pr%C3%A1cticas\_de\_resistencia

Finkelsztein, C., & de Braude, M. G. (2008). Homenaje al Dr. Mauricio Goldenberg, un innovador de la salud mental. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires Vol*, 28(1), 44. Recuperado de: [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/7864\\_28-1-11-HI-resena-historica-finkelsztein.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7864_28-1-11-HI-resena-historica-finkelsztein.pdf)

Fischer, I. (2018) <Lazo social y ley>, *Psicoanálisis ayer y hoy*. (17). Recuperado de: <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/editorial-numero-17-lazo-social-y-ley/>

Garbet, A., Lago, L., & Suárez, N. E. (2019). Una apuesta al lazo en la clínica con la psicosis. *Anuario Temas en Psicología*, 5, 63-72. Recuperado de: <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/9664/8520>

Jaimés, C. F., & Rincón, J. L. A. (2010). Psicosis y lazo social: abordaje desde el dispositivo analítico lacaniano. *Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología*, (5), 30-45. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-PsicosisYLazoSocial-3865699%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-PsicosisYLazoSocial-3865699%20(1).pdf)

Kiss Rouan, M. (2018). La ética de la Hospitalidad. *Clepios, volumen XXIII*, 105-110. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/clepios.php>

Kuri, S. E. R., & Méndez, L. D. N. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(1), 172. Recuperado de: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/ReinsSoc.pdf>

Laurent, E. (2009) El delirio de normalidad. *Virtualia* (19) 3-6. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/391/dossier-sintoma-y-lazo-social-enapaol/el-delirio-de-normalidad>

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.

Recuperado de:[https://drive.google.com/file/d/1J8IwMKq0NAAS5fGlffs2m9kGCn-g2rwQC/view?fbclid=IwAR0jozNChHX68e5LANZReMyQC-kXZQ3KjbfcvHVjfRG3fTIs-aI4fnRv\\_Kk](https://drive.google.com/file/d/1J8IwMKq0NAAS5fGlffs2m9kGCn-g2rwQC/view?fbclid=IwAR0jozNChHX68e5LANZReMyQC-kXZQ3KjbfcvHVjfRG3fTIs-aI4fnRv_Kk)

Lemelson, A. (2018) Indagaciones psicoanalíticas sobre la segregación. *Virtualia*, N° (34),

89-91.

Recuperado

de:

<http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/nxhmBdSh1xccliKcem4n2hZF1kzK1T5bAqiqJ4nW.pdf>

Levin, I. S. (2004). Apuntes para una clínica del lazo social. Escuela *Freudiana de Buenos*

*Aires* 1-6. Recuperado de:

[http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_1208.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1208.pdf)

Macías Terríquez, M. A. (2017). El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su

aplicación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4). Recuperado de:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi134g.pdf>

Madrid, J. C. C., & Parada, T. C. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (8), 169-192. Recuperado de: <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/159>

Makowski, S. (2013). Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México. *Revista CS*, 283-308. Recuperado de:  
[https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista\\_cs/article/view/1573](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1573)

Maraini, F., & Berenson, B. (1959). *Segreto Tibet*. "Leonardo da Vinci" Editrice.

Mesquita Dummar, A. D. (2015). Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/33960>

Miller, J. A. (2005). Psicoanálisis y sociedad. *Freudiana: Revista psicoanalítica publicada en Barcelona bajo los auspicios de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*, (43), 7-30. Recuperado de:[http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on\\_line&File=on\\_line/psicoanalisis\\_sociedad/miller-ja\\_lautilidad.html](http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/psicoanalisis_sociedad/miller-ja_lautilidad.html)

Miller, J. A. (1997). Salud mental y orden público. *pharmakon*, (91), 91-101 Bolivia: Plural  
Recuperado de:<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ihdrt2DYNT4C&oi=fnd&pg=PA91&dq=miller+salud+mental+y+orden+publico&ots=O97WXF0204&sig=9sUTaJzSYKCCiuUVR-201SgLoI#v=onepage&q=miller%20salud%20mental%20y%20orden%20publico&f=false>

Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.  
Recuperado de:[http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin\\_Introduccion\\_al\\_pensamiento\\_complejo.pdf](http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin_Introduccion_al_pensamiento_complejo.pdf)

Olivera, A. (2009) Arte y Salud Mental, *Clepios, volumen XV – N° 1*, 42-43. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios48.pdf>

Olivera, A. (2005). La Colifata, radio terapia des-estigmatizante. *Interrogant*, (6), 60-66.  
Recuperado de: <http://revistainterrogant.org/la-colifata-radio-terapia-des-estigmatizante/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Recuperado de:  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/profile/Duncan\\_Pedersen/publication/281364699\\_Estigma\\_y\\_exclusion\\_en\\_la\\_enfermedad\\_mental\\_Apuntes\\_para\\_el\\_analisis\\_e\\_investig](https://www.researchgate.net/profile/Duncan_Pedersen/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investig)

acion/links/5613df6508aec622440fd69a/Estigma-y-exclusion-en-la-enfermedad-  
mental-Apunte-para-el-analisis-e-investigacion.pdf

Pettorossi, N. (2018). Una sala de Internación: entre el manicomio y el detalle. *Clepios*,  
volumen XXIII- N°74, 101-109. Recuperado de:  
<http://www.polemos.com.ar/clepios.php>

Pozzo, J. P. A., & Cabral, M. F. A. (2017). El Lugar en la Interconsulta. *Anuario de  
Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 427-431. Recuperado de:  
<https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18906>

Quirós Feijoo, M. L. (2019). *Taller para fortalecer la reinserción social. Hospital de día San  
Antonio de Padua* (Bachelor's thesis). Recuperado de:  
<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/17747>

República Argentina. (2010). Ley Nacional N° 26.657. Recuperado de:

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)

Rodríguez, G. (2013). El witz de la salud mental. *Estrategias-Psicoanálisis y Salud Mental*.

(1), 59-62. Recuperado de: <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1476>

Schtivelband, G. (2004). El dispositivo de taller en el tratamiento de pacientes psicóticos:

algunos trazos. *Revista electrónica El Sigma*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/hospitales/el-dispositivo-de-taller-en-el-tratamiento-de-pacientes-psicoticos-algunos-trazos/6230>. Recuperado de: <https://www.elsigma.com/hospitales/el-dispositivo-de-taller-en-el-tratamiento-de-pacientes-psicoticos-algunos-trazos/6230>

Seoane, I., & Lonigro, S. (2015). Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde

la época. Recuperado de:

[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46807/Documento\\_completo.pdf?sequence=1#page=20](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46807/Documento_completo.pdf?sequence=1#page=20)

Tarrab, M. (2001). Un lazo social inédito. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 2, 2-14. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/764/destacados/un-lazo-social-inedito>

Universidad Siglo 21 (2019). Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

World Health Organization. (2004). Invertir en salud mental.

Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Yanet, L. A. (2004). Modalidades contemporáneas del lazo social: perspectivas éticas.

*Virtualia* (9), 2-7. Recuperado de:

<http://www.revistavirtualia.com/articulos/644/destacados/modalidades-contemporaneas-del-lazo-social-perspectivas-eticas>

Zambrano Triana, R. (2013). *La radio como herramienta terapéutica en el tratamiento de pacientes con enfermedad mental* (Doctoral dissertation, Universidad del Salvador).

Recuperado de: <https://racimo.usal.edu.ar/6352/1/P%C3%A1ginas%20desde500013472-La%20radio%20como%20herramienta%20terap%C3%A9utica.pdf>

## ANEXO

### 1) Sistema de telecomunicaciones - radio online.

El sistema de telecomunicaciones en este caso radio online cuenta con diversos materiales, lo que se requiere es lo siguiente:

- 1) Conexión a Internet.
- 2) Computadora.
- 3) Placa Grabación USB.
- 4) Micrófono.
- 5) Consola.
- 6) Cable RCA/RCA.
- 7) Cable Canon/Plug.
- 8) Programa de radiodifusión por Internet (streaming): SAM broadcaster, Radio Caster, entre otros.

## 2) Matriz de Impacto

CATEGORIA DE ANALISIS	INDICADOR	RESPUESTAS (entrevista individual, entrevista grupal)
Posesión de la palabra	Levanta la mano para pedir hablar.	
	Participa activamente cuando el coordinador pide que exprese lo que sintió, escribió, dibujo, etc.	
	Hace preguntas sobre la actividad.	
	Participa de la actividad de intercambios de palabras.	
	Participa como (oyente-publico) en la prueba piloto de radio.	
	Participa hablando (como locutor) en la prueba piloto de radio.	
	Siente que con la implementación de una radio, puede expresarse.	
Lazo Social	Participa en las actividades en pareja.	
	Participa de la actividad del ovillo de lana.	
	Ayuda a algún compañero que le sea más difícil expresarse.	
	Aplauda a los compañeros luego que hablan.	

	Respeto el turno de otro compañero para expresarse.	
	Le interesa el feedback y la devolución de la sociedad acerca de las expresiones que se hicieron durante la emisión.	
	Siente que con la implementación de una radio, puede hacer lazos sociales y amistosos.	
Escucha	Atiende atentamente a lo que sus compañeros expresan.	
	En las salidas al aire con la radio, respeta el turno del compañero.	
	Presta atención a las consignas del coordinador.	
	Siente que sus compañeros y el coordinador lo escuchan cuando se expresa.	
	Siente que con la implementación de una radio, se lo escucha.	

### 3) Cuestionario.

Nombre y Apellido:

Edad:

Escala de Respuestas:

0 = Casi Nunca.

1 = Pocas Veces.

2 = Frecuentemente.

3 = Casi Siempre.

Responda con un número según corresponda en relación con la escala explicitada:

- 1) ¿Levanta la mano para pedir hablar?
- 2) ¿Participa activamente cuando el coordinador pide que exprese lo que sintió, escribió, dibujo, etc.?
- 3) ¿Hace preguntas sobre la actividad?
- 4) ¿Participa de la actividad de intercambios de palabras?
- 5) ¿Participa como (oyente-publico) en la prueba piloto de radio?
- 6) ¿Participa hablando (como locutor) en la prueba piloto de radio?
- 7) ¿Siente que con la implementación de una radio, puede expresarse?
- 8) ¿Participa en las actividades en pareja?
- 9) ¿Participa de la actividad del ovillo de lana?

- 10) ¿Ayuda a algún compañero que le sea más difícil expresarse?
- 11) ¿Aplaudes a los compañeros luego de que hablen?
- 12) ¿Respetas el turno de otro compañero para expresarse?
- 13) ¿Le interesa el feedback y la devolución de las personas de la sociedad acerca de las expresiones que se hicieron durante la emisión?
- 14) ¿Siente que con la implementación de una radio, puede hacer lazos sociales y amistosos?
- 15) ¿Atiende atentamente a lo que sus compañeros expresan?
- 16) ¿En las salidas al aire con la radio, respetas el turno del compañero?
- 17) ¿Presta atención a las consignas del coordinador?
- 18) ¿Siente que sus compañeros lo escuchan cuando se expresa?
- 19) ¿Siente que el coordinador lo escucha cuando se expresa?
- 20) ¿Siente que con la implementación de una radio, se lo escucha?