

Intervención e investigación psicosocial: el relato de los trabajadores de salud mental como recurso para conocer sus perspectivas ante la legislación vigente en el campo.

Patricia Ingui
Universidad Nacional del Litoral
patringui@gmail.com

Presento aquí un recorte de mi tesis de maestría en intervención e investigación psicosocial haciendo énfasis en el desafío de vincular intervención e investigación en un mismo proceso. El objetivo general consiste en describir las significaciones de trabajadores de la salud mental acerca de las relaciones entre sus prácticas y las lógicas manicomiales-antimanicomiales. Utilizo relatos de los trabajadores de salud mental como recurso recurriendo a los aportes teóricos y metodológicos de la etnometodología. Para la lectura e interpretación de dichos relatos tomo como referencia un contexto conceptual que se apoya en teorías críticas del campo disciplinar psicosocial. Estas contribuciones fundamentan al diseño metodológico cualitativo.

¿Cuáles son los aportes del enfoque etnometodológico para el fundamento del diseño?

Desde ese enfoque es que consigo plantear la articulación entre intervención e investigación. Para fundamentar el diseño metodológico tomo aportes de la etnometodología recuperando los procesos de indexicalidad y reflexividad, para entender a las significaciones como producidas en un contexto. Esas significaciones se construyen en interacción con otros. La significación se produce al mismo tiempo que la comprensión en una interacción con el otro lo que da la posibilidad de transformación y en ese sentido es subjetivante e instituyente como construcción colectiva. Así, tanto intervención, implicación, y significación como indexicalidad y reflexividad se combinan otorgando fuerza performativa y política a las significaciones.

Surge como aporte desde las propias producciones de los trabajadores la idea del trazar con otros (hablar, intercambiar y hacer con otros). Es eso lo que le permite tramitar el abordaje del padecimiento mental del otro, de “la locura” según una autora de los relatos para referirse al trabajo en equipo de un hospital, Esto me implicó y operó para la decisión del uso del nosotros en la escritura del informe. Si bien la tesis es un acto de escritura individual se refiere a un conocimiento que se constituye como construcción colectiva, conocimiento como transformación para integrar a partir de aquí la intervención y destacar la potencialidad del encuadre para estudios acerca de subjetividades políticas, ciudadanías críticas y transformaciones sociales.

Caracterización de la implicación como componente imprescindible dentro de la intervención y la investigación psicosocial:

Los testimonios incluidos corresponden a trabajadores de la salud mental con determinadas particularidades a la hora de pensar su implicación¹ con el tema. En el caso de los terapeutas ocupacionales y psicólogos², se trata de profesionales que cumplen doble función; por un lado, trabajan –o han trabajado en los últimos diez

años³– en el ámbito público de la salud, algunos de ellos se han desempeñado paralelamente en el ámbito privado, dentro de la jurisdicción de la ciudad capital de Santa Fe; y por otro lado, son partícipes activos en la formación de otros profesionales, ya que cumplen distintas funciones en actividades académicas de tutorías, enseñanza, investigación y extensión en la universidad pública en Santa Fe. Estas características son muy valiosas a la hora de justificar la elección de los profesionales participantes. Al respecto, la ley nacional de salud mental en su artículo 33 expresa recomendaciones para las universidades respecto a la formación de profesionales acorde “con los principios, políticas y dispositivos” y promoviendo “el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental”.

¿Por qué estos trabajadores? Las personas elegidas han manifestado su interés por fortalecer con su participación propuestas de integración entre su práctica laboral y la academia. Está también mi propia implicación, como autora de la tesis, en tanto docente universitaria y desarrollando una intervención e investigación psicosocial. La expectativa es consolidar un ida y vuelta entre investigación e intervención, que tenga lugar dentro de los espacios de formación de los profesionales e involucre a distintos actores: futuros profesionales, formadores, trabajadores con desempeño en servicios.

Los primeros contactos con esos trabajadores surgen en circunstancias diferentes, pero siempre ligadas a la participación en eventos públicos afines con la temática (jornadas, reuniones académicas, actividades de divulgación y muestras de talleres institucionales). En un principio se propiciaron uno o más encuentros cara a cara, espontáneos, a modo de charla libre sobre el tema, sin que medie protocolo ni tecnicismo. Una vez dado el consentimiento, recibieron una guía orientativa en forma escrita con ejes temáticos a manera de sugerencia con el fin de reunir sus relatos.

La guía solicitaba un relato que incluyera: a) una situación laboral en la que hayan participado (actual o de los últimos diez años)⁴; b) datos personales (cargo, función o tarea y jurisdicción o sector del organismo); c) ubicación temporal (fechas, años o períodos transcurridos); d) descripción de la situación (¿qué pasó? ¿quiénes participaron o se involucraron?, sin dar datos de identidad); e) contexto socioinstitucional y todo dato complementario a la descripción (cambio de gestión en una institución o en el gobierno, constitución de equipos, por ejemplo); f) modo de abordaje desplegado, y condiciones o lineamientos; g) resoluciones o resultados alcanzados; h) reflexión sobre lo que pasó (sentimientos, contrariedades, tensiones, valoraciones); i) razones para la elección de la experiencia relatada (¿por qué elegiste relatar esta experiencia?).

El período demarcado por los últimos diez años como criterio de inclusión de los relatos obedece al tiempo en que las leyes nacional de salud mental (LNSM) y ley provincial de salud mental (LPSM) coexisten simultáneamente; es decir, se tomó el marco normativo como parámetro para la inclusión de las prácticas. En los relatos son recurrentes las referencias a las leyes, así como las alusiones directas a las gestiones políticas, a la letra de la ley, a lineamientos y modelos sanitarios, protocolos, modalidades de atención, estrategias y servicios –que se relacionan con la puesta en vigencia del marco legal–, y decires sobre los derechos de los pacientes, atención primaria de la salud (APS), equipos interdisciplinarios, epidemiología y salud colectiva, desinstitucionalización y dispositivos alternativos, como una manera de enumerar los tópicos sobresalientes.

Caracterización de los trabajadores de salud mental participantes

Es interesante señalar algunas características destacadas de los trabajadores de salud que participan del estudio que permiten esclarecer los criterios de inclusión. Se pasa a detallar datos respecto al lugar de trabajo, sus funciones y particularidades de sus relatos que les otorgan significatividad.

a) Terapista ocupacional de dos centros de salud de dos localidades de la costa este de la capital santafesina. Este testimonio fue tomado a partir de una entrevista grabada, y se acompaña por pedido de la propia entrevistada con una publicación de su autoría. En ambos documentos nos encontramos con registros de su transitar de 24 años como trabajadora de salud mental por diversas instituciones y dispositivos. Ella describe esta trayectoria como un vaivén por distintas lógicas en *Las Prácticas que producimos y nos Producen*⁵, y su contenido puede ser representado a través del siguiente recorte:

Desde mi experiencia como terapeuta ocupacional en el campo de la salud mental y el ejercicio de la docencia universitaria [en la Lic. en Terapia Ocupacional/Universidad Nacional del Litoral] durante veinte años, intento compartir algunas reflexiones sobre los desafíos recorridos, contextualizados en los distintos enfoques y debates de la salud pública, un hospital con lógica manicomial, la terapia ocupacional y la impronta personal en dicho proceso. (publicación de la terapeuta ocupacional, 2011)

La diferencia entre el contenido de la publicación y la entrevista es que durante la entrevista la terapeuta ocupacional se refiere a su trabajo actual en dos centros de salud, en cambio en la publicación hace un resumen autobiográfico como trabajadora de la salud en distintas instituciones, instancias y momentos históricos. Ambos documentos se articulan durante el análisis.

Al ubicarse como trabajadora de este campo en su relato la profesional afirma: “yo pertenezco al colectivo de la salud mental, me paro desde ese lugar”. Luego, aclara enfatizando una diferenciación: “Me paro desde la salud mental, tuve que borrar es mental y meterme en la mirada de la salud colectiva”.

El relato recorre abordajes anclados en la atención primaria de la salud y la concepción de salud comunitaria, salud colectiva, salud *y no* mental. Su amplia e intensa trayectoria como trabajadora en el campo y su desempeño como formadora de futuros trabajadores y como investigadora de proyectos de investigación sobre el tema resultaron un aporte inspirador e invaluable para el desarrollo de diferentes momentos de la tesis: en la descripción de políticas de

salud mental y en los debates entre la aplicación de los términos salud/salud mental/salud colectiva.

b) Psicóloga de Centro de Salud de un barrio de la zona noroeste de la ciudad. Presenta su experiencia en un taller de fotos con jóvenes, y acompaña su relato con dos documentos, que entiende que forman parte de su testimonio: un trabajo presentado en un congreso de salud (agosto de 2013) y un recorte de un trabajo académico donde retoma la experiencia reflexionada.

La particularidad del relato reside en mostrar al testimonio como la puerta de acceso para decir lo que en otros espacios está censurado, lo que la profesional manifiesta de la manera siguiente:

“En el Congreso de Salud al que fui con los chicos hablé de esto [dificultades con la gestión para llevar adelante la propuesta] y produjo un enorme malestar en mis autoridades. Más de uno de ellos vino a plantearme que por qué no concentraba mi exposición en los logros en vez de apuntar a las carencias” (relato sobre lo ocurrido en 2012) [Esta confrontación no pretende poner en duda las políticas en términos de construcción de ciudadanía puesto] “que el Estado garantice derechos es lo que nos sostiene en nuestros roles de trabajadores de la salud pública. (escrito académico de su autoría, 2014)

La calidad de sus aportes refuerza la apuesta por el testimonio. Cabe destacar que la circulación de materiales para formar o capacitar son de mucha “pobreza teórica y de retrabajo” –calificado así por los propios trabajadores–, lo que pone en valor *lo que producen* los propios trabajadores de la salud y *los produce*.

c) Equipo Interdisciplinario de Infancias. Conformado por un equipo interdisciplinario e intersectorial, en justos términos, por la variedad de trabajadores que lo componen: abogada, enfermero, ludoeducador, mucamo, profesor educación física, psicomotricista, y terapeuta ocupacional. En este caso, están incluidos los llamados “recursos no convencionales” en salud mental y en su conformación intervienen distintos organismos: el ex-hospital psiquiátrico de Santa

Fe, la Secretaría Provincial de la Niñez, Adolescencia y Familia y el dispositivo alternativo⁶ Parador de Reintegración al Mundo Infantil (PARAMI) dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental creada en 2004, y en el que funciona el Equipo Interdisciplinario de Infancias⁷. Si bien el relato toma un caso atendido por este equipo a principios de 2008 en el PARAMI, cabe destacar que este dispositivo comienza a funcionar en 2007, año de la reglamentación de la LPSM y con posterioridad de la valiosa actuación de los equipos durante la inundación de Santa Fe en 2003, y deja de funcionar en 2009.

Combiné dos documentos que recibí juntos; el documento principal es el relato de los distintos integrantes del equipo de salud mental, enviado por ellos a partir del contacto personal con dos de sus integrantes; deciden acompañarlo con un escrito de su supervisora, en el que hace su lectura acerca de la intervención del equipo en esa situación. El aporte de este segundo documento permite recuperar una caracterización del equipo como interdisciplinario y, además, es primordial para fundamentar la inclusión del testimonio del equipo dentro del corpus de análisis:

Se trata de un Equipo que conserva la polisemia de voces⁸ y que desde allí intenta desplazar las "migajas identificatorias". Pensamiento nuevo en acto, que no reconcilia contrarios sino que abre polémicas angustiantes, urgentes, y sin embargo al mismo tiempo, logra la recuperación de un "colectivo", colectivo necesario para hacer trama y así alojar al niño de "la calle". (...) El plural respecto de las infancias⁹...aquí es el plural del trabajo, y de la manera de pensarlo. Plural interdisciplinario, plural que rompe con los bordes de lo profesional y no profesional, plural que llama a todo otro para el cual el niño es un niño...y solicita a otros que los sigan siendo... (...) Hecha la ley...hay que hacer la trama¹⁰ hacer la trama o habitar la ley habla de una debilidad de la ley, ella no está legislando, hay que hacerla entrar. Viene de fuera, viene absolutamente de fuera. Esta heteronomía de la ley trae complicaciones para habitarla o para hacer la trama¹¹ (...)

Los discursos sobre los niños, sobre la infancia y en particular los pedagógicos, médicos, psicoanalíticos, proyectan un deseo de la sociedad en su conjunto y ese deseo construye su objeto. Todo discurso tiene esta

capacidad de inventar el objeto al mismo tiempo que lo está descubriendo. ¿Qué discurso inventa a estos niños? (...).

[Un aspecto relevante de las prácticas] es el encuentro con el fracaso que obliga a repensar todo. Repensar el encuentro con la cara más injusta de la ley, de la sociedad, con lo que hipócritamente¹² o no, se dice querer modificar y que sin embargo en las prácticas cotidianas se siguen convalidando, entre otras cosas, por no poder encontrar genuinamente el punto de Arquímedes desde el cual accionar. (...) Este diálogo sigue en la búsqueda de ese punto y de ahí la importancia de dar la palabra y dialogar con aquellos que ponen sus cuerpos y relatan sus experiencias. Cuerpos que pesan y duelen en demasía, al hablar¹³. También rendir un necesario reconocimiento a todos esos silenciados trabajadores de las trincheras. (Supervisora del equipo, publicación, 2011)

d) Equipo del hospital conformado por psicólogo y terapeuta ocupacional. Con ambos trabajadores hubo un contacto personal previo al envío del relato. En la actualidad, no continúan en la institución, el exhospital psiquiátrico de la ciudad de Santa Fe, ahora general, polivalente, aunque aún con pacientes *cronificados*¹⁴. Ambos son autores del relato sobre su práctica en sala de hombres, con la participación en la *asamblea* como dispositivo alternativo que funcionó¹⁵ en dicho hospital.

e) Terapeuta ocupacional del equipo del hospital. Al momento de dar su relato tenía a su cargo el taller de cocina, un dispositivo alternativo que funciona en el mismo hospital psiquiátrico y cuenta con el aval de la Dirección Provincial de Salud Mental. Tiene como propósito ampliar la autonomía de los *usuarios*. Esta propuesta está destinada a adultos alojados en la institución en proceso de externación, y/o *usuarios* dependientes de consultorios externos que requieran refuerzo para sus actividades de la vida diaria y aumentar las oportunidades de participación social (familia, amigos, escuela, trabajo, etc.). Los relatos del equipo del hospital asumen al *dispositivo alternativo* para promover la autonomía de los pacientes.

En relación a la reconstrucción del contexto sociopolítico santafesino que compone otro capítulo de la tesis, donde se inscribe la promulgación de la LPSM

me interesa mostrar cómo esto pudo ser trabajado a partir de los mismos testimonios. Las perspectivas de los participantes mencionados permiten rearmar un registro de actores, intereses y estrategias. A propósito presento fragmentos del informe donde esto puede apreciarse, por ejemplo, al ubicarnos en los 90, cuando las orientaciones de las políticas neoliberales influyeron en iniciativas y estilos de intervención, la APS cobra presencia en la provincia en un período que se identifica con claridad a partir de esos años y que llega hasta nuestros días – pasando por las sanciones y reglamentaciones de la LPSM y LNSM– pero con matices distintos en momentos diferentes. En este sentido resulta bastante elocuente el relato de una trabajadora que, como terapeuta ocupacional con una trayectoria de 25 años en la salud mental, es informante clave sobre este momento y hace palpable las ambigüedades¹⁶ y tensiones entre la aspiración de los derechos universales a la salud y el desentendimiento del Estado:

“Trabajamos desde 1992 a 1999 en un contexto institucional obstaculizado en diferentes dimensiones; por un lado el discurso de la APS como el ideal de un movimiento democratizador de la salud con lo cual el hospital [Mira y López] se transformó en un gran área programática y pasa de ser hospital psiquiátrico a hospital general. La descentralización al mismo tiempo por un lado otorga autonomía, pero por otro la obstaculiza, dejando librado el sostén, mantenimiento y funcionamiento del proyecto [Centro de actividad de día abierto a la comunidad] a quienes en ese momento recién nos empezábamos a incluir en la institución; de esa manera se desentendían de los sectores que no generaban recursos genuinos (...) Esta decisión política hizo que el proyecto pensado para toda la comunidad, quede sesgado por políticas económicas de un corte neoliberal obligándonos a darle una figura que encaje en dicho modelo, vistiéndose de un dispositivo progresivo como era el Hospital de Día con la autogestión económica, y consecuente facturación a obras sociales.” (terapeuta ocupacional de un centro de salud, publicación, 2011)

Si bien es cierto que antes de la LNSM funcionaban dispositivos sustitutivos y alternativos, que intentaban propulsar un cambio desde el punto de vista de la lógica manicomial, y que en algunos casos también propiciaban una salida física del manicomio, acompañando una externación (LPSM), el actual marco vigente a nivel nacional otorga legitimidad a lo realizado por los trabajadores de la salud en la erradicación de lógicas manicomiales, a las transformaciones de los hospitales y

a la producción de nuevas concepciones basadas en el paradigma de DD HH. En función de demarcar diferencias, es interesante destacar que la LPSM de una inspiración progresista para su época surge en el contexto de esas políticas neoliberales de los 90 lo que tiñe a las plausibles transformaciones con la tercerización, privatización y pauperización de la salud pública y pone en vilo el establecimiento de un modelo universal de atención (Alma Ata) que cobija el desentendimiento del estado nacional en términos del federalismo sanitario (Ase y Burijovich, 2009). Este proceso complejo es de una alta heterogeneidad en las provincias pero permite explicar las resistencias de algunos trabajadores de la salud en Santa Fe ante los cambios que se promovían.

Los actores que participan de dispositivos sustitutivos o alternativos coinciden en que la LNSM es un marco de amparo importante aunque reconocen que lo que se necesita es mayor agilidad en el establecimiento de convenios y en el avance sobre medidas administrativas que faciliten la gestión de esos servicios. La buena voluntad de los actores parece estar por delante de las políticas ministeriales. Existe un reconocimiento burocrático o práctico de esos dispositivos pero sin una gestión política que los sostenga lo que termina provocando restricciones sobre las prácticas. Al caminar en el terreno y hallar sus irregularidades aparecen la escasez de recursos para hacer efectivas propuestas transformadoras (casas de medio camino, por ejemplo) y la demorada gestión para la nomenclatura de prácticas en salud no tradicionales (por ejemplo, artísticas). Las iniciativas extra-institucionales reclaman a la gestión política su reconocimiento, lo que queda desfasado con respecto a un impulso por la participación social. También, entran en juego las prácticas profesionales que reproducen el modelo médico hegemónico, mientras que, en los efectores es difusa la coordinación y los acuerdos entre sectores, por ejemplo, entre policía y poder judicial para decidir cómo proceder ante una situación de riesgo.

En las reflexiones sobre las prácticas queda demarcada la oportunidad de establecer entrecruzamientos entre el marco normativo legal como habilitante, la

modalidad APS como organización estratégica y la postura teórica, en donde se recorta la categoría de salud colectiva como respaldo técnico. El “apoderamiento” (Chapelo Mendoza, 2007) como resultante liga con la libertad en tanto construcción de subjetividad.

La legislación vigente y las políticas en salud mental son consonantes con una concepción de “salud colectiva” que involucra el sentido político de las prácticas en salud al mismo tiempo que permite establecer su proyección en la definición y formulación de políticas públicas con un compromiso ético hacia la promoción de la “salud emancipatoria” (Chapelo Mendoza, 2007), ligada a la construcción colectiva de valores, conocimientos y habilidades para cuidar de la salud en forma conjunta entre profesionales y miembros de la comunidad. Esta conceptualización puede reconocerse como fundamento teórico dentro de los testimonios.

En su testimonio la terapeuta ocupacional del centro de salud opta por resistirse a las lógicas hegemónicas en salud pública y elige hablar de salud, en lugar de salud mental: “Desde este colectivo Salud mental ¿cómo incluirme en la salud y borrar lo mental?, si bien la perspectiva la tengo, ese es el primer desafío”. La profesional se refiere a su salida del psiquiátrico y a su actual trabajo en centros de salud de la costa santafesina como un paso necesario para encarar propuestas de salud colectiva. Trabajar para producir salud en lugar de focalizarse en la enfermedad.

El involucramiento en el trabajo de y en el campo, fue el acceso a las intimidades de las prácticas en tanto la mismísima cocina de la reforma, en las discusiones acerca de su impacto social e institucional y en las repercusiones entre los trabajadores de la salud. Así, se pudo fortalecer la importancia de focalizar en los alcances y límites del marco normativo, junto al lugar que le cabe a los actores.

Relatos: documentos testimoniales como corpus de análisis

La problematización se ubicaría en el reconocimiento de las particularidades dentro de cierta recurrencia. Podría concebirse a los documentos agrupados como “conjuntos prácticos”, según Foucault, al tomarlos como “dominios homogéneos de referencia en función de lo que los hombres hacen y la manera en que lo hacen, esto es, las formas de racionalidad que organizan las maneras de obrar (su aspecto tecnológico) y la libertad con la que los sujetos actúan dentro de esos sistemas prácticos (su aspecto estratégico)” (Donda, 2003, sexta lección, p.8). Estos dos ejes señalados por Foucault, el de las relaciones de acción de los “hombres” sobre otros podría interpretarse como la exclusión y vulnerabilización del *enfermo mental*, y el de las relaciones de los sujetos consigo mismos, como las estrategias de los trabajadores confrontando lógicas burocráticas o corporativas. Ambos transitan entre las lógicas manicomiales-antimanicomiales.

La implicación de los trabajadores se manifiesta en sus respuestas y comentarios. La mayoría de ellos (cuatro casos) incorporaron a sus narrativas otros documentos destinados, según su parecer, a enriquecer y profundizar sus testimonios o explayarse en las complejidades de su trabajo. De este modo, logré una colección de documentos ofrecidos por ellos mismos (textos, recortes y trabajos académicos) todos ellos huellas de sus reflexiones sobre los sentidos que poblaban sus prácticas. Sobre este material realicé una segunda selección que permitió su incorporación al corpus de análisis. Aquí, el criterio para su inclusión fue, por un lado, que se trataran de documentos ya publicados, para asegurar su carácter público de difusión y divulgación, y por otro lado, que aportaran una profundización sobre lo esbozado en sus relatos.

El registro temporal define la siguiente seriación de los testimonios dispuestos como corpus para el análisis: 1) 2007, perteneciente al Equipo Interdisciplinario de Infancias; 2) 2008, equipo del hospital; 3) 2011, terapeuta ocupacional del centro de salud; 4) 2012-2013, psicóloga del centro de salud; 5)

2013, terapeuta ocupacional del equipo del hospital; y 6) 2013-2014, terapeuta ocupacional del centro de salud.

Entonces, cada relato en sí abre una red de referencias a otros documentos. Por ejemplo, las terapeutas ocupacionales del Equipo Interdisciplinario de Infancias volcaron sus testimonios a través de una escritura conjunta con sus compañeros, presentada en un congreso y, al mismo tiempo, incluyeron un escrito de su supervisora y el libro *Historia y trauma. La locura de las guerras*¹⁷ de Davoine y Gaudillière (2011) que habían compartido y recordaron en el momento de nuestra charla. La terapeuta ocupacional del centro de salud envió, luego de la entrevista, un texto que resume sus 25 años como trabajadora de la salud mental. La psicóloga del centro de salud aportó, además de su relato, un trabajo presentado en un congreso de salud y un fragmento de un escrito académico (capítulo de su tesis de especialización) ambos refieren a la experiencia relatada. El psicólogo del equipo del hospital presentó como testimonio su texto sobre la asamblea en ese nosocomio e invitó a la terapeuta ocupacional a que escribiera sobre su taller de cocina.

Análisis:

Como estrategia seguimos un análisis de contenido centrado en el nivel semántico, conocido como *análisis temático* desde los desarrollos de metodología cualitativa (Coffey y Atkinson, 2003). Los siguientes pasos resumen el modo en que trabajamos con el contenido de los documentos reunidos como corpus.

1) En primera instancia, realicé una codificación abierta de los datos reunidos (Valles, 1999) para organizarlos en categorías y subcategorías surgidas de esa operación sobre los textos/relatos de los trabajadores, abarcando un sentido horizontal (intensivo al interior de cada documento) y vertical (extensivo recorriendo todos los documentos); 2) la finalidad de dicha tarea fue ir *descubriendo* dentro del contenido ciertas temáticas, para reducir el material, agruparlo y ordenarlo bajo títulos; 3) retomo las categorías de análisis a partir de

la interpretación de entrecruzamientos, semejanzas o divergencias reconstruidas desde los datos (Coffey y Atkinson, 2003), es decir, *conexiones* desde la concepción de *conocimiento situado*; 4) al mismo tiempo, tuve en cuenta lo *emergente* –*conexiones impensadas/impensables*– al recuperar expresiones literales de los trabajadores, a la manera de *códigos in vivo* tomando ese nombre de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967).

En la escritura del informe, incluí numerosos fragmentos textuales seleccionados de los relatos de los trabajadores, recurriendo a sus formas particulares de significar las relaciones entre sus prácticas y las lógicas con las que las comprenden, para apelar a sus “saberes y reflexiones” acerca de dichas lógicas que atraviesan sus prácticas en salud mental, para así desandar el interjuego entre lo manicomial y lo antimanicomial.

Como ejemplo del resultado de ese análisis, para ilustrar la categoría: “sostener la decisión: prácticas de libertad y producción de subjetividad” seleccioné algunos fragmentos de los testimonios y los agrupé bajo una serie de subtítulos (generar demandas y construir respuestas, disponer recursos, desafíos a la autoridad y poner el cuerpo). Cada selección, según mi interpretación, refleja aspectos inéditos dentro de los relatos que permiten conocer cómo desde la intimidad de las prácticas se hace presente el *compromiso psicosocial* de los trabajadores, donde se mixturán las distinciones sobre los aspectos técnicos y estratégicos (modalidades y lineamientos), los posicionamientos ideológicos y políticos (cambio de paradigma), el pensamiento mestizo (como forma de nombrar el encuentro entre dos lógicas la manicomial y la antimanicomial), así como, las vulnerabilidades y resistencias.

A modo de conclusión, reflexiones sobre la apuesta metodológica desde algunos resultados alcanzados:

A la hora de volcar ese análisis a los resultados recurrí a la permanente revisión sobre el trabajo con los datos para intentar no caer en una simplificación

de las categorías teóricas o emergentes, pretendí en cambio ponerlas en diálogo con el contenido de los relatos. A la hora de revisar la reconstrucción temática, los resultados del análisis y las conclusiones, sigo interrogándome respecto a estrategias para mejorar ese proceder y evitar que la tarea decaiga en una búsqueda de ejemplificación de las categorías conceptuales, o bien una reducción de los datos para dar cuenta de un marco teórico pre-existente.

La extensa exposición sobre aspectos metodológicos principalmente para fundamentar la elección del diseño y las decisiones acerca de la selección de los participantes, su caracterización y la delimitación del corpus de análisis dejan un breve espacio para la exposición de los resultados y las conclusiones, esto no sucede así en el informe de la tesis. De todas maneras, para la ocasión intenté recuperar la interpretación de los decires desde esta lectura de la metodología. lo que entiendo también forma parte de los resultados.

Para dar cuenta de esos resultados, involucro directamente a los trabajadores de la salud mental participantes, traídos a partir de sus relatos¹⁸. Desde el inicio, sostuve el propósito de que la perspectiva subjetiva de los trabajadores de salud mental se constituya en una ayuda para pensar los alcances efectivos y también los límites de la ley, tanto las transformaciones, como los obstáculos y las fragilidades. La legislación es un logro relevante para promover cambios, pero lo que aquí interesa conocer y abordar son otras dimensiones que pueden hacer posible o no esas transformaciones o generar otras; en este sentido, se suman los saberes y las reflexiones de los trabajadores acerca de cómo definen una práctica en sentido manicomial o antimanicomial

Referencias bibliográficas

Almeida Filho, N. de y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.

Ase, I y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5 (1). Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003

Berra, C.; et al. (2007). La vulnerabilidad política una nueva dimensión en salud mental. *Marginalidades. Año V (4)*. FFyH.UNC

Coffey, A. y P. Atkinson (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Chapelo Mendoza, M. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: E. Jarillo Soto, y E. Guinsberg, (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 345-373). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Donda, C. (2005) *Lecciones sobre Michel Foucault. Saber, sujeto, institución y poder político*. Córdoba: Editorial científica universitaria de Córdoba.

Enríquez, E. (1994). La psicología en la encrucijada. *Internationale de Psychosociologie, I*, (1). Université Paris VII. (Traducción Ana Correa. UNC).

Faraone, S. A. (2003). *La desinstitucionalización: un modelo alternativo para los abordajes en salud mental o una política de reducción económica-administrativa*. (Tesis de Maestría presentada al Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad Nacional de Buenos Aires). Comunicación presentada en: 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003. Psiquiatría.com., Febrero de 2003, Buenos Aires. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/2448>

Faraone S. y Valero A. (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología* [online], 50, (3.), 3-20. Recuperado de <http://links.jstor.org/sici?sici=0188-503%28198807%2F09%2950%3A3%3C3%3AESYEP%3E2.0.CO%3B2-A>

Gruzinski, S. (2000). *El pensamiento mestizo*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Cubana Salud Pública*, 30(2).Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud.

- Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Editorial Legasa.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo editorial norma.
- Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (2007). *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Laclau, E. y Mouffe C. (2010). *Hegemonía y estrategia socialista*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.
- Lourau, R. (1988). Grupos e institución. En M. Klincksieck (Ed.), *Perspectives de L'analyse institutionelle*. París, (Traducción: Marcelo Carrillo, de la Universidad Iberoamericana de México, D. F.)
- Montenegro Martínez, M. y Pujol Tarrès, J. (2003). Conocimiento situado: un forcejeo entre el relativismo construccionista y la necesidad de fundamentar la acción. *Interamericana de Psicología*, 37(2), 295-307, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Murekian, N. G. (2006). *La desmanicomialización en los media: Representaciones sociales y construcción de la reforma psiquiátrica*. Ponencia en: Simposium Communautés, public et média face à la "folie". 8th International Conference on Social Representations, Social Representations: Media and Society (Rome, Italy. August 28th - September 1st 2006). Disponible en: http://www.slidefinder.net/8/8thICSR_226_Murekian310806/893340
- Murekian, N. (2009). *La "desmanicomialización" en internet. Representaciones sociales y procesos de nominación*, [Simposio: representaciones sociales y discursos]. VI Jornadas internacionales de representaciones sociales, III Jornadas nacionales de representaciones sociales "perspectivas en representaciones sociales: diálogos y debates", 28, 29 y 30 de noviembre de 2009, Buenos Aires República Argentina.
- Mussi, C. (2014). *La salud mental desde una perspectiva de derechos. Implicancias en las prácticas de los trabajadores de la salud*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional del Litoral en Santa Fe, Argentina.
- Negri, A. (2008). *La fábrica de porcelana*. Barcelona: Paidós.

Pujal y Llombart, M. (2003). La tarea crítica: interconexiones entre lenguaje, deseo y subjetividad. *Política y sociedad*, 40(12), 129-140. Universidad Autónoma de Barcelona.

Silva Paim, J. (2011) *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. Buenos Aires: Lugar editorial.

Stolkiner, A. y Garbus, P. (2008) Ética y prácticas en Salud Mental. En: P. Fridman y J. C. Fantin, (Comps.). *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. En prensa.

Documentos del marco normativo:

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada el 28 de Mayo de 2013, Decreto Reglamentario 603/2013, Boletín oficial, Argentina.

Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe N° 10772/91, promulgada el 26 de diciembre de 1991 y reglamentada el 29 de noviembre de 2007, Decreto Reglamentario N° 2155/2007, boletín oficial, Provincia de Santa Fe, Argentina.

Notas

¹ La intervención entendida como dispositivo trae aparejada la implicación. En este sentido el análisis institucional recupera los aportes de la psicología con respecto al modo de investigación y acción clínicas (Enríquez, 1994). Desde aquí, cabe cuestionar la posibilidad de una *pura* objetividad o neutralidad de quien investiga e interviene. Así, aparecen las contribuciones del psicoanálisis (Lourau, 1988): "el análisis de la implicación es lo que nos permite relativizar históricamente nuestras verdades abriendo, en el terreno mismo, la posibilidad de reflexión sobre nuestro propio entendimiento" (Manero Brito, 1990, p.8).

² Los criterios de inclusión para los informantes fueron delimitados por las características propias del campo, intersectorial, interdisciplinario y con trabajadores no convencionales (es decir, no solo pertenecientes al ámbito psi o médico).

³ Esta delimitación temporal se establece en referencia a la legislación vigente en salud mental: Ley provincial de salud mental de Santa Fe y Ley nacional de salud mental de la República Argentina. El período de sanción y reglamentación de ambas leyes abarca uno 20 años hacia atrás.

⁴ Algunos de estos trabajadores superan los diez años de antigüedad pero mantuvimos esta referencia temporal para tomar sus relatos.

⁵ *Las Prácticas que producimos y nos Producen* es el título de la publicación presentada por la entrevistada en las jornadas de salud mental. Este documento forma parte del corpus de análisis de la investigación.

⁶ La expresión “sustitutivas o alternativas al manicomio” para dispositivos o servicios incorpora términos de la legislación referentes a esas modalidades de abordaje. También sugiere un debate entre si deben ser sustitutivas o alternativas, diferencia que es tema de discusión entre los trabajadores y tiene como trasfondo el cambio de modelos de abordaje, bajo el supuesto de una producción real (cerrar el manicomio) o una producción simbólica (sustituir las lógicas más allá del manicomio). Esta diferenciación no es menor porque deja abierta su definición en uno u otro sentido, o en la combinación de ambos desde la decisión de los trabajadores en cada práctica. Esta ambigüedad también juega a la hora de definir entre hablar de sustitución de las lógicas manicomiales o desmancomialización (este último término trabajado por la Dra. Murekian, 2009)

⁷ El Equipo Interdisciplinario de Infancias nació para dar respuesta a una serie de acontecimientos ocurridos con adolescentes y el consumo peligroso de sustancias (“banda del poxi”). Realizó diversas tareas (centro de día y tratamientos ambulatorios) en las ciudades de Rosario y Santa Fe, en esta última tuvo a su cargo la sala de internación para crisis subjetivas graves en el hospital Mira y López, inaugurada en marzo de 2007. Esta sala consistió en un dispositivo de cuatro camas para alojar niños que padecían esas crisis, con una internación lo más abreviada posible, situación que con algunos fue viable, y con otros resultó un poco más complicado, prolongándose el tiempo de internación: “Cuando, no hay afuera una familia u otra institución que lo pueda contener” (Información proporcionada por integrante del equipo).

⁸ Esta “polisemia de voces” quedará reflejada en el análisis con citas de cada uno de los integrantes como voces que muestran este modo de trabajar del equipo y de poner en práctica la interdisciplina.

⁹ La fuerte reflexión sobre este plural fue impulsada por el Centro de Estudios Multidisciplinarios – París VIII– en el Seminario Internacional sobre Infancias (se llevó a cabo en el 2003, con una reedición en el 2004, en la ciudad de Buenos Aires).

¹⁰ Nota original de la autora: “Hay otras intemperies, los que acallan tapándole la boca con objetos, y los ojos con pantallas y los oídos con grabadores...así no nos ven, no nos hablan, no nos escuchan...y no tienen a nadie tampoco... (...) Frase que tomo de una exposición de Hugo Fiamberti”. (Supervisora, del equipo, publicación, 2011)

¹¹ Este punto exige una reflexión respecto de los modos de la legalidad en nuestra cultura.

¹² Ser hipócrita es interesarse por el tema porque está en la agenda de lo políticamente correcto, lo que lo lleva a un lugar de más peligroso silenciamiento.

¹³ Nota original de la autora: “Ulyses llora cuando escucha el relato de sus desventuras, antes no”.

¹⁴ “El Hospital Psiquiátrico “Dr. Mira y López” se encuentra en el norte de la ciudad de Santa Fe, es un hospital polivalente y atiende a las demandas médicas de gran parte de la zona norte de nuestra ciudad; existe a nuestro entender una fuerte impronta psiquiátrica lo que lo convierte de hecho en un hospital monovalente, y así en una institución total” (terapista ocupacional del equipo del hospital, 2013).

¹⁵ La “asamblea” en el hospital, en palabras de la terapeuta ocupacional en un centro de salud, otra de las trabajadoras entrevistadas: “1991: ingreso al hospital, junto a otras dos egresadas en 1992 presentamos un proyecto a la Dirección del Hospital que denominamos “CAD” (Centro de actividades diurnas). Dicha propuesta tenía como objetivos; generar un espacio de circulación del hacer, donde se podía elegir y construir significados en las actividades elegidas, abierto a la comunidad hospitalaria y no- hospitalario.

¹⁶ En parte esas ambigüedades pueden ser pensadas desde la figura del “triángulo de gobierno”, con sus vértices: “proyecto político” (problemas a abordar), “capacidades de gobierno” (habilidad para la gestión) y “governabilidad” (consenso de actores) (Mattus citado en Spinelli, 2010, p. 288). En este triángulo el desarrollo dispar de los vértices, generalmente no coinciden con la de un equilátero.

¹⁷ La obra trata sobre la visita en 1979 de investigadores franceses a un pequeño hospital psiquiátrico norteamericano *bastante original* de puertas abiertas, allí trabajaron con *microhistorias* de los profesionales acerca de su relación transaccional con sus pacientes sin pretender reproducir con exactitud una sesión. “Un protocolo de objetivación sería absurdo, cuando de lo que se trata es de captar la eficacia de la palabra en un dispositivo que antes que nada garantice su libertad” (Davoine y Gaudillière, 2011, p.389). Para ello, los investigadores trabajan con relatos *deliberadamente cortos* sobre momentos decisivos en referencia a hechos de la guerra olvidados que aparecen en pequeña cantidad de sesiones. El aporte más significativo para esta tesis es la caracterización del relato: “Tales relatos no son tanto ejemplos de un esquema teórico y existente como instantes de descubrimiento atrapados en vivo (...) Tampoco los vuelve muy asimilables a un tratamiento estadístico, ni mensurables con la vara de las escalas estandarizadas, que los haría entrar en la fuerza en una apariencia de cientificidad” (p.37).

¹⁸ A lo largo del análisis, adopté para la escritura del informe la modalidad de colocar una colección de citas agrupadas, a veces sin mediar comentarios. Con este formato intenté reflejar la tarea de interpretación consistente en reunir los distintos relatos según su correlación o consonancia, como resultado de la lectura extensiva de los mismos y su categorización. De esta manera, buscaba resaltar la relevancia de la palabra de los trabajadores en este estudio al mismo tiempo que la tarea realizada para la interpretación de los documentos.