



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

# **Construcción de Subjetividad en Relatos Biográficos en torno a la Enfermedad y el Tratamiento de Usuarios de un Hospital de Día para Trastornos Psiquiátricos Severos.**

Memoria para optar al título de Psicólogo.

**Autor:**

César Maximiliano Castillo Vega

**Profesora Patrocinante:**

Dra. Svenska Arensburg Castelli

Santiago de Chile, 2011

*“Seamos sinceros. Quizás no ha sido esto lo que nos ha demorado más de un año sobre esos documentos, sino simplemente la belleza de la memoria de Rivière. Todo surgió de nuestro estupor.”*

*Foucault, M. (1973).*

*Dedico este trabajo*

*A mi madre, por su amor, su comprensión, su delicada forma de obligarme a seguir.*

*A mi Padre, por su apoyo, su preocupación, su inspiradora energía.*

*A ambos por el esfuerzo y el cariño.*

*A mi Hermana y Hermano, por hacer de nuestro departamento un lugar amable y por no hacer demasiadas preguntas.*

*A Claudia, por el amor y el soporte.*

### **Agradecimientos.**

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo y testimonio de los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes donde se realizó esta investigación. A ellos va dedicado mi mayor agradecimiento, no solo por el tiempo y los trozos de vida compartidos, sino por la gran experiencia personal y profesional de la que me hicieron formar parte.

Igualmente agradezco a la Directora y al equipo de profesionales del Hospital de Día, por su apoyo durante mi paso por el lugar, por posibilitarme pensar nuevas formas de hacer nuestro trabajo y por la dedicación y el compromiso que mantienen en aquel espacio.

No puedo dejar de agradecer a las diversas personas que me ayudaron a pensar los problemas que se plantean en esta investigación. A la profesora Soledad Ruiz, por su disposición a ayudarme a dar forma a este proyecto cuando solo era un germen. Al profesor Roberto Fernández y a los estudiantes del Diplomado de Metodologías Cualitativas de Investigación Psicosocial, por las observaciones, discusiones e invenciones que posibilitaron durante la primera parte de mi investigación.

Finalmente, quisiera agradecer enormemente la disposición, el apoyo, los consejos, la creatividad y la comprensión, de la profesora Svenka Arensburg Castelli, cuya ayuda ha sido fundamental para pensar, hacer y escribir este trabajo.

## Índice

Índice.....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes teóricos de la investigación.....	12
1. <i>Biopolítica, Neoliberalismo y Salud Mental.</i> .....	12
2. <i>Salud Mental en Chile: El Hospital de Día, sus flujos y definiciones institucionales.</i> .....	15
3. <i>Elementos para comprender los efectos de la enfermedad y su gestión en los modos de construir subjetividades.</i> .....	20
3.1 <i>Carreras Morales.</i> .....	20
3.2 <i>La Trayectoria Biográfica Y Otros Esquemas Narrativos.</i> .....	24
3.3 <i>Herramientas Discursivas para la Producción de Subjetividad.</i> .....	27
3.4 <i>Algunos Elementos de Síntesis.</i> .....	34
Objetivos de la investigación.....	38
Marco Metodológico.....	39
1. Enfoque cualitativo. ....	39
2. Investigación Interpretativa. ....	39
3. Método de investigación. ....	40
4. Entrevista Autobiográfica-Narrativa como Técnica de Producción de Información. ....	41
5. Estrategia de Análisis. ....	42
6. Muestra. ....	43
7. Reflexividad en la investigación.....	45
Análisis. ....	47
Análisis I. Generalidades y Singularidades de los relatos.....	47
Análisis II. ....	50
1. La construcción ajena de la historia.....	50
2. La consistencia del Hospital de Día y El relato de la mejoría. ....	64
Discusión y Conclusiones.....	83
Bibliografía.....	91
Anexos.....	99

## Resumen

La presente investigación se pregunta por cuáles son los modos de producción de subjetividad presentes en los relatos que los usuarios, diagnosticados con trastornos psiquiátricos severos, tanto en tratamiento como egresados, despliegan en torno a la historia de su enfermedad y tratamiento que incluye el paso por un Hospital de Día para adolescentes. Esta institución se considera como parte de una nueva modalidad de administrar el sistema de salud mental en Chile, que se puede asociar a un cambio en la lógica de gestión de las subjetividades. Por otra parte, se plantea que en las narraciones sobre sí mismos, los individuos ponen en juego posiciones discursivas, a través de estrategias diversas, que dan cuenta de las posibilidades y restricciones con que lidian para producirse a sí mismos. Las narraciones, por tanto, se comprenden como asociadas a ciertos discursos culturales sobre lo que significa ser una persona, y por tanto en ellas se vehiculizan tanto efectos de dominación como posibles resistencias a esa misma lógica. Esta investigación se desarrollo desde la metodología cualitativa, a partir de cuatro entrevistas abiertas en torno a las historias de la enfermedad y su tratamiento realizadas a usuarios egresados y en tratamiento de un Hospital de Día para adolescentes diagnosticados de Trastornos Psiquiátricos Severos. Estos textos fueron analizados en función de los temas relevantes y los ordenamientos lógicos de las acciones en los relatos, así como también métodos que apuntaron a la función pragmática del uso del lenguaje, enfocando su dimensión como productor y reproductor de realidades sociales. Entre los principales resultados obtenidos está la descripción de dos modos principales de producir subjetividad presentes en los relatos. La primera, relacionado con el comienzo de los relatos, consistiría en la producción de una posición de testigo-objeto del proceso mismo. La segunda, asociada al momento de la llegada al Hospital de Día y la recuperación, sería la producción de una posición como persona madura que ha superado la enfermedad a partir de su propia decisión. En este contexto, se construye una imagen del Hospital de Día como situado entre esas dos posiciones, es decir, como un mediador que permite la adquisición de lo necesario para pasar de una a otra.

## **Introducción.**

La investigación que describo en este informe, busca estudiar el modo en que los usuarios de un Hospital de día para adolescentes de la Región Metropolitana, diagnosticados con trastornos psiquiátricos severos [en adelante TPS] (específicamente esquizofrenia, depresión mayor y otros), narran la historia de la gestión de su enfermedad, desde el (los) momento(s) en que todo comenzó hasta su condición actual, poniendo énfasis en cómo se construyen en ese relato tanto la posición de las instituciones por las que pasaron como sus propias posiciones y las de los demás, es decir, de qué forma en la narración de estas trayectorias biográficas se producen ciertos efectos de subjetividad.

Mi investigación supone que el sufrimiento es un fenómeno social construido por los discursos y prácticas que lo elaboran a partir del saber decantado en diversas disciplinas que posibilitan el desarrollo de formas restringidas de relacionarse consigo mismo y con los otros. Una de estas formas sería la «enfermedad mental», en torno a la cual se cruzan los campos de la Salud y las Ciencias Sociales, donde la medicina, psiquiatría y psicología serían las disciplinas más destacadas (Díaz, 2008). En este sentido hablo de una «gestión» del sufrimiento humano en tanto que enfermedad mental, como uno de los modos en que las instituciones metabolizan el sufrimiento para reintegrarlo a la reproducción social (Deleuze y Guattari, 1972).

La modernidad, por esta vía, ha traído consigo una creciente individualización que se ha expresado en que lo que antes pertenecía a un contexto comunitario, ahora es responsabilidad del individuo entendiendo el fracaso como un fracaso individual, dado que cada persona es considerada como agente de su vida y de los caminos que esta ha transitado (Thumala, 2003). Si un individuo sufre, ese sufrimiento es reconducido al espacio de su libertad, neutralizando o invisibilizando la relación de ese sufrimiento con lo social (Assoun, 2006). Sin embargo, desde un punto de vista diferente, podemos entender que el sufrimiento es experimentado como real para los individuos; pero es real en tanto aquellos mantienen una posición sufriente en relación a las exigencias y condiciones de lo social y por tanto el sufrimiento es a la vez social, como injusticia o juicio sobre los individuos, cuyos efectos son subjetivos e implican la construcción de identidades que ocultan y legitiman las situaciones injustas (Renault, 2005).

Es así cómo quiero hablar de una «gestión» del sufrimiento humano en tanto que enfermedad mental. Se trata del modo en que las disciplinas que actúan sobre este conjunto de fenómenos han puesto en marcha saberes y prácticas, para de ese modo enfrentar el sufrimiento de un individuo y transformarlo en un material «útil», en el sentido que la utilidad se plantea para cierta sociedad y en cierto momento histórico. Es decir, no solo un modo de entender o explicar el sufrimiento, sino de gobernarlo y gobernar a los individuos que entran en las categorías de esos saberes. Al menos dos cosas deben ser dichas sobre esto. Por una parte, que el tratamiento que se ha dado a la «enfermedad mental» ha cambiado a lo largo de la historia, siendo su sentido y significación como concepto y lugar identitario variables. Y por otra, que esas transformaciones han estado conectadas con procesos complejos, relacionados con el orden de las relaciones y formas de ejercicio del poder en esa historia (Foucault, 1963,1976, 1991a, 1991b, 1996, 2006a, 2006b, 2007).

En este contexto teórico, se puede constatar que el tratamiento que se da a la «enfermedad mental» ha cambiado en el último tiempo, una modificación que se puede relacionar con la aparición del término «Salud Mental». Un nuevo énfasis en la salud de la población definida como bienestar y no como ausencia de enfermedad, el énfasis en la prevención y promoción de la salud, y en el caso específico de la Salud Mental, una preocupación por evitar el desarraigo territorial de los individuos aquejados, ya no por «enfermedades» sino por «trastornos mentales», entre otros elementos, definirían un nuevo modo de organizar la gestión pública de lo que antes era la enfermedad mental (Doron, 2008a). En particular, se plantea que en el último tiempo en Chile se han realizado esfuerzos para crear un nuevo modo de hacer «Salud Mental», que ha implicado dejar el foco en la enfermedad, tal como lo hacía el modelo tradicional, y prestar atención a los factores protectores y a las capacidades de la población (Araya, 2001).

Esto se puede ver confirmado en los diversos documentos y políticas sobre «Salud Mental» que el ministerio de Salud ha elaborado en el último tiempo (Ministerio de Salud, 2000). Para el caso del tratamiento de los TPS, éstos han sido definidos como una prioridad sanitaria por el Ministerio de Salud. Para estos efectos, y con el telón de fondo de una preocupación por la desinstitucionalización (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008), uno de los recursos privilegiados y estratégicos de la red de salud mental es el Hospital de día, una institución clave en la articulación a diversos niveles que se plantean las políticas



públicas (Abarzúa, 2010). Se puede describir la posición estratégica que tienen los hospitales de día en función de que: mezclan el enfoque clínico y el comunitario, buscan una alta capacidad resolutive y un abordaje integral del usuario y la familia, acompañando la reinserción en la comunidad de los usuarios que egresan de una hospitalización completa o entregando a los usuarios una alternativa que evita la hospitalización.

A su vez, se puede pensar que los cambios en las prioridades y en las instituciones de la Salud Mental se pueden comprender como formando parte de un modo de gobierno biopolítico (Foucault, 1996, 2006b, 2007; Doron, 2008a) y que todo esto implicaría efectos sobre las subjetividades que transitan por aquellos espacios. Por esto se puede decir que los discursos y prácticas en torno a las enfermedades también se expresan en efectos de subjetividad asociados a los dispositivos que se implementan a partir de esas definiciones y al modo en que instalan en los individuos ciertas formas de entenderse a sí mismos e imaginar sus posibilidades de vida social (Coetzee y Rau, 2009). Conceptos como «Carrera Mora» (Goffman, 1961, 1963) o «Trayectoria de enfermedad» (Riemann y Schütze, 1991) tratan de describir los efectos que tiene el proceso asociado a una enfermedad en la vida de un individuo, ya sea en relación a la esquizofrenia, a enfermedades somáticas crónicas, u otras condiciones. En los estudios de las «carreras morales», se refiere al cambio en sus modos de presentación, que un individuo realiza a partir de la definición de un sector de sí mismo como desacreditado o acreditado en un contexto institucional, mientras que, por otra parte, con el concepto de «Trayectorias de Enfermedad» se han estudiado los procesos que marcarían las etapas de pérdida de control sobre sí que un individuo enfrenta al lidiar con una enfermedad, habiéndose aplicado al estudio de enfermedades crónicas (De la Cuesta, 2004; Gómez, 2004) y adicciones (Prins, 2008).

Sin embargo, lo que se dice de la experiencia de una enfermedad mental y su tratamiento no puede otorgarnos el acceso a una supuesta objetividad de lo que ha pasado en ese curso, sino más bien a la creación de un espacio ficticio en la narración como diversos usos que una persona hace de su historia en tanto material para construir subjetividad, en los límites que sus experiencias posibilitan (De Certeau, 1980). En este sentido, la experiencia vital asociada a una enfermedad mental puede ser expresada como una narración, o más específicamente, como un relato que articula el pasado, el presente y el futuro en torno a un episodio específico de la vida de estos individuos. En aquel relato

sería posible asistir (y participar como otro) a la construcción de una subjetividad. De esta manera, diversos autores (Brockmeier y Harré, 2003; Iñiguez, 2001; Wetherell, 2008) afirman que todo lo que se entiende como identidad, subjetividad, self, persona, etc., son construcciones discursivas que se realizan en la actividad narrativa sobre nosotros mismos y no algo previo o preexistente al discurso. Las narraciones que un colectivo o un individuo pueden desarrollar sobre sus experiencias vitales son efecto de una composición en el discurso de las mismas desde posiciones variables que realizan una cierta forma de ser sujeto social, a través de los modos en que en la narración misma hay efectos de reconocimiento, valoración, opresión, pasividad; en último término, efectos de subjetividad producidos por las posiciones posibles en la trama de los discursos que se juegan en los relatos.

En específico, el Hospital de día a cuyos usuarios se entrevistó en esta investigación está ubicado en la comuna de Pudahuel, y es uno de los dos centros en la región Metropolitana que atienden a población adolescente (definida en función de la edad) con diagnóstico de «primer episodio de esquizofrenia» (predominantemente), provenientes del sector occidente de la región. Su enfoque de trabajo clínico-comunitario, busca habilitar la inserción de los jóvenes en los distintos ámbitos de la vida social, así como su ubicación en la red asistencial (es decir, como un lugar al que los jóvenes llegan una vez que se considera que su trastorno está apaciguado y que se puede iniciar una rehabilitación y una reinserción social) lo transforman en un espacio relevante para estudiar la producción de subjetividad en el marco de las transformaciones de las instituciones encargadas de gestionar el sufrimiento psíquico (Minsal 2002, 2005a).

*Así, en esta investigación intento estudiar cuáles son los modos de producción de subjetividad presentes en los relatos que los usuarios, diagnosticados con trastornos psiquiátricos severos, tanto en tratamiento como egresados, despliegan en torno a la historia de su enfermedad y tratamiento que incluye el paso por un Hospital de Día para adolescentes.*

Investigar los relatos de los usuarios del sistema de salud mental que se ha organizado en Chile en el último tiempo se torna relevante por diversos motivos. Por un lado, permitirá entender el modo en que la reformulación del sistema de salud mental y sus políticas públicas, está teniendo efectos en los individuos que transitan por él, de manera que

permitiría comprender cómo esto se actualiza en la producción de subjetividad en las instituciones de salud pública o no. Por otra parte, permitirá a los profesionales y gestores de políticas públicas en salud mental, tener una visión más amplia en relación a los efectos que sus prácticas pueden tener sobre los usuarios de los sistemas que gestionan. Según Parizot, Chauvin y Paugam (2005) las experiencias vividas por los individuos en su utilización de los servicios disponibles en las instituciones deben ser integradas en los modelos explicativos de la utilización de estos sistemas, ya que esas experiencias influyen la satisfacción de los pacientes y la aceptación de los cuidados y servicios. Finalmente, esta investigación buscaría contribuir a identificar los modos en que los individuos son afectados por el modo en que se ha gestionado su experiencia, en este caso, desde discursos articulados por los usuarios de un sector del sistema de Salud Mental en Chile.

## **Antecedentes teóricos de la investigación.**

En lo siguiente se revisará la relación entre las políticas públicas en Salud Mental y el concepto de Biopolítica y Gubernamentalidad desarrollados por Foucault. Este cruce nos permitirá pensar líneas de exploración en torno al paso de los individuos por las instituciones de la salud mental y sus efectos de subjetividad, en el contexto neoliberal. Luego se revisarán los cambios en las políticas de Salud Mental en el último tiempo en Chile, centrándonos en los Hospitales de Día, sus discursos, flujos y procesos. Posteriormente, se revisarán los conceptos de carrera moral y trayectoria biográfica como formas de estudiar los efectos biográficos de los procesos de enfermedad, para finalmente revisar las aportaciones de las teorías narrativas y discursivas de la producción de subjetividad y algunas de sus herramientas analíticas.

### ***1. Biopolítica, Neoliberalismo y Salud Mental.***

Como se dijo anteriormente, se puede decir que la gestión del sufrimiento psíquico en nuestras sociedades está ligada estrechamente a los ejercicios de poder/saber en las que las instituciones e individuos están implicados. El concepto de biopolítica permite describir algunas características de estas prácticas que, podría suponerse, están en juego en las políticas de la Salud Mental en Chile en el marco de las reformas que este sistema ha sufrido en los últimos años.

Foucault (2006a, 2006b, 2007) introduce el concepto de biopolítica para pensar los mecanismos de gobierno que se emplean en la gestión de las poblaciones sobre un territorio. Ya antes había delimitado un ejercicio jurídico del poder sobre territorios mediante la soberanía y otros sobre los cuerpos individualizados en las disciplinas (Pierbattisti, 2007). Se agregaban, entonces, los dispositivos de seguridad como herramienta principal de la biopolítica ejercida sobre los conjuntos de seres humanos en tanto que seres vivos. Sin embargo, soberanía, disciplina y seguridad no son momentos excluyentes sino que se mezclan y están presentes simultáneamente en distintos modos de gobierno.

Foucault (2006) en relación a esto introduce el concepto de gubernamentalidad tomando el concepto de gobernar en referencia a la actividad práctica que tiene el objetivo de

conformar, guiar o afectar la conducta de uno mismo y/o de otras personas (Pierbattisti, 2007). La gubernamentalidad mezcla racionalidades políticas y tecnologías de gobierno diferentes, desplegando por una parte, unas formas más o menos estructuradas y organizadas de pensamiento y saber, y por otra, unas prácticas, tácticas, técnicas, dispositivos y mecanismos orientados a modelar la conducta de los individuos (De Marinis, 1999).

De esta manera, los dispositivos de seguridad, como tecnologías sociales íntimamente relacionadas con la gubernamentalidad, funcionarían al lado de dispositivos disciplinarios. Sin embargo, deben ser diferenciados en términos de sus características y alcances. La fuerza de los dispositivos disciplinarios es centrípeta y recorta un espacio social para ejercer su efecto; son intensivos, exhaustivos, prescriptivos, localizantes y totalizantes; aíslan los cuerpos para ejercer la anatomía política del detalle y dividen a la población a partir de la norma para posibilitar la corrección. En cambio, los dispositivos de seguridad son menos costosos y más extensivos, son centrífugos, trabajan sobre un espacio abierto pre-acondicionado que facilita la circulación con riesgos calculados privilegiando la libertad de los componentes de la población. En estos últimos, el ejercicio de la normalización se produce sobre una distribución ordenada de normalidades, diferenciadas por umbrales. En comparación con las disciplinas, los dispositivos de seguridad tienen en extensividad lo que pierden en exhaustividad (Foucault, 2006b; Pierbattisti, 2007; Doron, 2008a).

Si bien no se debe tomar estas categorías como etapas históricas que se superponen unas a otras, no hay que perder de vista que la reflexión de Foucault está ligada a la actualidad histórica. Según De Marinis (1999), Foucault vislumbró que el Estado Benefactor ya no estaba en condiciones de permitirse el lujo de ejercer un poder principalmente disciplinario. El Estado parece desvanecerse, por medio de un repliegue aparente del poder que hace minoritarios los espacios disciplinarios y que se ha caracterizado como la sociedad de control (Deleuze, 1995). En este sentido, las reformas neoliberales iniciadas en los años 60 (que se pueden caracterizar por la mercantilización de los servicios de salud, pensiones y seguros, las transformaciones sustantivas del sistema educativo, las privatizaciones de las empresas públicas, la introducción en las instituciones estatales de modalidades de gestión propias del sector privado, los mecanismos de flexibilización laboral y de contrataciones, etc.) (De Marinis, 1999) pueden

ser consideradas como formando parte de un modo de gobierno liberal. A pesar de las divergencias y contradicciones que estas reformas pueden tener en distintos espacios, en general se vislumbra una confianza en una concepción de los sujetos como individualidades libres y responsables. Tal como plantea Doron (2008a) la libertad de los individuos es el reverso necesario de la lógica de los dispositivos de seguridad. En el contexto neoliberal, daría para pensar que los cambios que se han producido (como la alteración de las relaciones entre Estado e instituciones particulares, entre lo público y lo privado, la reactivación de los principios de mercado, eficiencia y competitividad, nuevos sentidos de pertenencia, etc.) tendrían efectos a nivel subjetivo. Así, según Ema (2009) este contexto de flexibilidad y fragmentación se apoyaría en el ideal de un sujeto autónomo y libre que es ofrecido a los individuos y que les permite atribuir sus comportamientos a elementos subjetivos internos (psicológicos), entendiéndose a sí mismos como unificados y autosuficientes, y por tanto, como causa y origen de todo lo que les acontece.

El privilegio de la libertad individual y el énfasis en la comunidad y en la regulación sustentada por ésta, dan cuenta de que el modo de gobierno liberal gobierna reapropiándose de la energía de los individuos, lo que logra con tecnologías en el orden de los dispositivos de seguridad de forma predominante y a través de dispositivos disciplinarios, de manera secundaria (Doron, 2008b). En este sentido me sumo a la observación de De Marinis (1999) de que debemos

“(…) observar si estas nuevas modalidades de gobierno de la vida social y de la conducta individual, al tiempo que abren posibilidades “reflexivas” y “creativas” para la intervención del sujeto en la gestión de sus propias opciones vitales, no estarán inaugurando nuevos regímenes de sujeciones, nuevas heteronomías, quizás mucho más difíciles de identificar que la más que evidente “generosidad” del Estado Providencia y las redes de “clientelismo” que él generaba.” (p. 21)

Doron (2008a), a este respecto, muestra como para el caso del sistema de salud mental francés, los cambios que se han producido en el último tiempo pueden ser descritos desde los modos liberales de gobierno y los dispositivos de seguridad. Características como el énfasis en la Salud antes que en la enfermedad, la racionalización y evaluación de las prácticas de cuidado, la promoción y prevención como prioridades, serían los

signos de esta racionalidad gubernamental. La política de Salud Mental se podría considerar de esta manera como un dispositivo de seguridad, que organiza prestaciones para ciertas poblaciones repartidas en sectores territoriales. Se abre así un «espacio de seguridad», donde el sujeto es libre de circular, de vivir, de consumir, de producir, en tanto dicho espacio ha sido acondicionado, ubicando la «red» de prestaciones adecuadas para reducir los riesgos de la libertad y otorgar el acceso a una libertad regulada (Doron, 2008b). A su vez, esta «red» de prestaciones permite extender la noción de salud mental a cualquier modo de sufrimiento (educación, justicia, etc.). Finalmente, para el caso de los TPS, el sistema se apoya sobre la libertad de los sujetos, delegándoles el gobierno de su conducta, a partir de la de la correcta adhesión al tratamiento promovida por los fármacos; de esta manera, se gana en extensión para centrarse sobre la población y no sobre sujetos específicos. Y todos estos cambios se realizan bajo argumentas anti-alienistas, principalmente en relación a los derechos de los pacientes.

Me interesaba describir la concordancia de esos elementos con el concepto de Gubernamentalidad, para poder establecer una analogía con la siguiente descripción del actual Sistema de Salud Mental Chileno.

## ***2. Salud Mental en Chile: El Hospital de Día, sus flujos y definiciones institucionales.***

La Organización mundial de la Salud entiende por políticas de Salud Mental el conjunto de valores, objetivos y estrategias gubernamentales para reducir la carga que representa la salud mental y mejorarla (Organización mundial de la Salud, 2001). En Chile, con anterioridad a los años 60, pocos fueron los intentos de generar programas de Salud Mental para la población general. Es alrededor de 1966 que aparecen en nuestro país las primeras señales para emprender un Programa Nacional de Salud Mental y, por otra parte, reemplazar el modelo asilar, dominante en ese entonces, con experiencias ligadas al desarrollo de la psiquiatría comunitaria (Torres, 2001). Sin embargo, estos intentos son interrumpidos como consecuencia del Golpe de Estado y sus críticas hacía los modelos de atención centrados en el Hospital Psiquiátrico solo serán retomadas con el reestablecimiento de la democracia y el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el año 1993 (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008).

Chile pone en marcha el año 2000 un nuevo Plan Nacional De Psiquiatría y Salud Mental en el que trató de integrar los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud para el área, buscando promover el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental, la integración de esta especialidad en los servicios generales, y la creación de vínculos intersectoriales. Todo esto con un enfoque Biopsicosocial, dando prioridad a las acciones preventivas y la intervención temprana para mejorar la calidad de la atención, con participación activa de usuarios, familiares y organizaciones locales. Por ello, se pone énfasis sobre el enfoque comunitario en psiquiatría y se privilegian intervenciones en función de su fundamentación técnico-científica y costo-eficiencia. Además, se promueve crear sistemas de salud mental en red, incluyendo redes intersectoriales que incluyan a los usuarios, sus familias y las organizaciones. El modelo de atención comunitario se privilegia en tanto permite que los recursos se enfoquen a la población de un área geográfica determinada, destacando las acciones de prevención y promoción que fortalecen la atención primaria y aumentan la resolutivez de los equipos de salud mental (Minoletti y Zaccaria, 2005). Esta preferencia por el enfoque de la psiquiatría comunitaria se muestra como opuesto a la concepción de la psiquiatría asilar que buscaba la contención y protección del enfermo por su separación del entorno habitual (Abarzúa, 2010). Se puede apreciar así la relación de esta nueva racionalidad de la salud pública con los dispositivos de seguridad (Foucault, 2006b) y a su vez con la mantención de dispositivos disciplinarios en zonas marginales o problemáticas del sistema, que se produciría según Doron (2008a) por la dificultad de la psiquiatría clásica de integrarse al modo de gobierno liberal.

Los Trastornos Psiquiátricos Severos, en este contexto, se han definido como una prioridad del programa nacional de Salud Mental. Las líneas de acción en estos casos se relacionan con intervenciones farmacológicas, psicosociales y de rehabilitación (Minoletti y Zaccaria, 2005). Para el caso específico de la esquizofrenia (diagnóstico mayoritario en el Hospital de Día donde se realizó esta investigación) los documentos orientan las acciones en términos de diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad y tratamiento, planteando además principios, sustentados en un cambio de enfoque, para organizar los servicios de salud y otros servicios sociales. Se integra a la comunidad como soporte social complementario al tratamiento y a la familia como sufriendo de la enfermedad (Abarzúa y González, 2007). Además, para el tratamiento de la esquizofrenia, se usa el concepto de «primer episodio de esquizofrenia», que por lo general ocurriría en la



adolescencia, consolidándose en fases posteriores. Respecto a este primer episodio, se distinguen tres periodos de intervención (Minsal, 2005 en Abarzúa, 2010):

- Fase aguda: el primer contacto con el paciente, donde se producen las primeras intervenciones hasta las primeras mejorías, buscando superar la situación de crisis a nivel familiar e individual.
- Fase de Recuperación: Se refiere al logro de un control sobre la sintomatología aguda y las alteraciones conductuales evidentes, se busca intervenir para elaborar el episodio psicótico y mejorar la relación entre el paciente y su medio.
- Fase de integración social: Se logra que el paciente despliegue sus potencialidades de funcionamiento social e individual, y se sigue este proceso para sostenerlo.

Como se decía anteriormente, el Plan de Salud Mental Chileno, enfatiza la atención a nivel primario y la atención ambulatoria, para conservar el arraigo territorial de los individuos aquejados de una enfermedad. En ese sentido se han movido recursos y se han creado dispositivos de atención que permitan apoyar la fase aguda y de recuperación antes indicadas. Así se puede comprender la posición estratégica de los hospitales de día: dado que mezclan el enfoque clínico y el comunitario, buscan una alta capacidad resolutive y un abordaje integral del usuario y la familia, acompañando la reinserción en la comunidad de los usuarios que egresan de una hospitalización completa o, en otro caso, entregar a los usuarios una alternativa que evita la hospitalización (Abarzúa, 2010). En términos generales, en la región Metropolitana existirían cerca de 110 plazas de hospitalización diurna, existiendo una brecha para Servicio de Salud de entre 87 y 140 plazas (Minsal, 2005b). Cabe destacar que solo el Servicio de Salud Metropolitano Occidente cuenta con plazas de Hospitalización Diurna para población Infanto – Juvenil.

En el caso específico del Hospital de Día para adolescentes en el que se desarrolló este estudio, su objetivo es ofrecer un medio terapéutico específico para atender las necesidades de adolescentes que presentan disminuidas sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como dificultades en su vida relacional social y familiar, con sus capacidades académicas y escolares inhibidas o alteradas (Abarzúa, 2010). Este hospital

de día implica actividades diurnas (mañana y tarde) tanto individuales (Controles médicos psiquiátricos, psicoterapia individual, acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional) como grupales (Asamblea, talleres, psicoeducación para familiares) que se ajustan a las necesidades del plan terapéutico de cada usuario. El espacio de asamblea es uno de los espacios más característicos del lugar, siendo una reunión semanal entre usuarios y profesionales en la que se discuten y se deciden ciertos aspectos de la vida cotidiana en el hospital, lo que da cuenta de un enfoque de trabajo que privilegia la recuperación de cierto control sobre las propias vidas en un espacio social terapéutico.

En Chile, las personas tienen diversas puertas de entrada a la red de instituciones y servicios del Sistema de Salud Mental público entre las que se puede mencionar la atención primaria y los servicios de urgencia. La entrada al sistema de Salud Mental público puede estar afectada por diversas prácticas en torno al sufrimiento. Según Vicente, Kohn, Saldivia, Rioseco y Torres (2005), el grupo de edad entre 15 y 24 años tiene la tasa más alta de uso de servicios especializados de salud mental. Según los mismos autores, el sistema de salud mental está bien evaluado e incluso sobrevalorado: al preguntar a quién acudiría por un problema de Salud Mental la mayoría menciona el Sistema formal de Salud Mental, y solo después vienen las conversaciones con amigos, la iglesia, y los curanderos, machis o brujos. Sin embargo, una pregunta fundamental es cómo antes de plantearse esas opciones, una persona llega a definir un área de su experiencia como un problema mental (o mágico-religioso) ¿No es esa definición la que determina en última instancia a quién se recurrirá? Winkler (1999) plantea que existen barreras socioculturales que obstaculizan el acceso a las posibilidades de ayuda «oficial» (el sistema de salud, organizaciones no gubernamentales y atención privada) lo que llevaría a las personas a buscar alternativas en la religiosidad popular. Sin embargo, según Vicente y cols. (2005) la brecha de atención formal no disminuye con prácticas informales, aún más, entre un 20% y un 40% de personas con diagnósticos graves no reciben atención. Se destaca que, entre los jóvenes, las principales razones para no buscar ayuda se refieren a «resolver los problemas por ellos mismos» y el «Miedo al diagnóstico».

Dado que el «Primer episodio de Esquizofrenia» ha sido incluido entre las enfermedades aseguradas por las garantías explícitas en Salud, se ha desarrollado una Guía Clínica con recomendaciones para su evaluación, diagnóstico y tratamiento (Minsal, 2002). El objetivo

es manejar los síntomas y lograr la recuperación funcional lo más rápidamente posible. Este texto plantea que si el clínico que evalúa tiene indicios de esquizofrenia (la llamada “sospecha” basada en alucinaciones, delirios, desorganización de la conducta, lenguaje o pensamiento, y deterioro funcional) debe derivar a un psiquiatra para que realice un estudio diagnóstico durante 30 días para lograr o no la confirmación diagnóstica. Este estudio incluye pruebas de laboratorio, pruebas psicométricas, y diagnóstico según el DSM-IV y el CIE-10; lo que se justifica en la gran cantidad de enfermedades respecto a las cuales habría que diferenciar la esquizofrenia (Sida, Adicciones, Trastornos de personalidad, etc.). Descartar o confirmar la sospecha diagnóstica puede tomar hasta 6 meses, lo que se denomina periodo de seguimiento. Durante ese período se le da acceso al paciente a medicamentos neurolépticos y hospitalización si fuera necesario. Las personas con trastornos psicóticos no afectivos, serían las que más reciben hospitalización después de los trastornos del apetito (Vicente y Cols., 2005). Además, se plantea la necesidad de acciones de rescate por parte del derivador si el individuo no asiste a las entrevistas de estudio diagnóstico, quien en un plazo de 30 días debería ponerse en contacto con el mismo y darle una nueva hora, a menos que la familia y el individuo decidan dejar el proceso. Por otra parte, el logro de la certeza diagnóstica en relación a la esquizofrenia permite incorporar al individuo al protocolo de tratamiento de la esquizofrenia.

Como se ha mencionado anteriormente, se diferencian fases de tratamiento para la esquizofrenia según la fase del «evolución» del cuadro. El Hospital de Día como dispositivo clínico-comunitario se insertaría a nivel de la fase aguda con el objetivo de lograr la estabilización, pero tendría actividades dentro de la fase de recuperación y reinserción. La elección del lugar de tratamiento está consignada en el documento a partir de la condición de la persona diagnosticada con esquizofrenia: si la persona no tiene una red de apoyo y no se adhiere al tratamiento o si se pone en riesgo a si misma o a los otros se aplicará la hospitalización completa de corta estadía; si la persona tiene un trastorno conductual menor y baja adherencia al tratamiento pero con red de apoyo, se derivará a hospitalización diurna; si la persona no presenta alguna de las otras carencias y solo necesita apoyo, se le entregará un tratamiento ambulatorio (Minsal, 2002). De esto se desprenden dos características que, al menos en el discurso de la institución, definirían a los usuarios del Hospital de Día de esta investigación: sufren de un «primer episodio de esquizofrenia», con algún grado de trastorno conductual y/o baja adherencia al

tratamiento con presencia de una red de apoyo. A partir de ello es posible preguntarse de qué forma esas definiciones estarán presentes en el discurso de los jóvenes del hospital de Día, cómo se habrán expresado en el curso de su tratamiento, qué significa esa red de apoyo, entre otras cuestiones.

Finalmente, quisiera considerar los posibles flujos en los que estaría implicado el Hospital de día según su documento rector (Minsal, 2002):

- Desde y hacia la Atención Psiquiátrica Ambulatoria Especializada (Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria en COSAM, CRS, CDT o Consultorio de Especialidad), procurando siempre favorecer el componente de atención territorializada.
- Desde y hacia la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía.
- Desde Servicios de Urgencias.
- Hacia los Equipos de Salud Mental de Atención Primaria para atención general.
- Hacia otras especialidades.

Me ha interesado presentar estos elementos relativos a los flujos posibles en los que se han visto envueltos las personas a las que pretendo pedir un relato biográfico, pues considero que pueden ser tanto esos movimientos de una institución a otra como las definiciones que construye el discurso de las mismas, los que pueden definir la reconstrucción del trayecto en torno a la enfermedad y tratamiento, tomando especial relevancia los puntos de los relatos que den cuenta de las decisiones, sus autores, autoridades, argumentos y la matriz en que se sostienen esos movimientos en relación a los modos componer el relato sobre sí mismos y sus cambios.

### ***3. Elementos para comprender los efectos de la enfermedad y su gestión en los modos de construir subjetividades.***

#### ***3.1 Carreras Morales.***

Los efectos que tiene un proceso de enfermedad sobre la biografía individual han sido ampliamente estudiados (Cooper, 1964; Goffman, 1961, 1963, 1991; Foucault, 1991a,

2006a; Laing, 1960; Popp-Baier, 2001; Gómez, 2004; Parizot y cols., 2005; Prins, 2008; Szasz, 1976). Desde la psiquiatría clínica, y en el marco del concepto de «Primer episodio de esquizofrenia» (criticable por diversos aspectos, pero vigente institucionalmente) se dice, por ejemplo, que después de un primer episodio psicótico, el individuo puede desarrollar reacciones de duelo o de culpa en relación a aquello que hizo durante ese periodo, acciones en las que no se reconoce, lo que produciría quiebres biográficos (Conrad, 1997). Pero además, y las intervenciones psicosociales propuestas por el Ministerio de salud (2000) lo consideran, el proceso asociado al diagnóstico de una enfermedad mental trae consecuencias en la recepción que el medio social tiene de dicho individuo (Moll y Saeki, 2009). Goffman (1963) estudió este proceso de estigmatización como el paso de un individuo que es percibido y se percibe a sí mismo como normal, a su percepción por los demás y por sí mismo como desacreditado. Para ello se utiliza el concepto de Carrera Moral que describiré a continuación.

Para Goffman (1963) la vida social puede ser pensada desde un modelo dramático, en el cual los actores despliegan en las interacciones sociales diversos modos de presentarse a sí mismos (y a los otros) que tienen por objetivo obtener valor social y evitar su desacreditación en esos contextos. En este sentido, se vuelven relevantes las formas en que la persona actúa frente a una audiencia que reconoce en esas acciones una cierta clase de persona, a través de la que acabará por atribuirle, de esta manera, un cierto «carácter» a ese individuo.

En ese sentido la carrera moral de un individuo es su historia en términos de estima pública (Harré, 1979). Es decir, una carrera moral es el resultado de las actitudes de respeto y/o desprecio que otros han tenido con un individuo, actitudes sancionadas en rituales institucionalizados. Esto dado que la acumulación de dignidad o desprecio que un individuo soporta en un grupo social, se produciría como efecto de su paso por «azares», es decir, ciertos acontecimientos donde un actor puede apostar dignidad, con la posibilidad de perderla o ganarla. El valor de esos eventos está dado por su contexto institucional y por ello, las carreras morales tendrían ocurrencia en espacios sociales limitados, con gente limitada y con un número de azares también limitado. Desde la perspectiva de Goffman (1961) una carrera moral es un proceso que se relaciona íntimamente con el espacio social en el que ocurre, de manera que el ingreso a una institución implica una suerte de «borradura» de las señales que un actor posee como resultado de carreras

morales anteriores. Y a su vez, la institución ofrece un sistema de azares a los actores que les permitirá encontrar una posición en la distribución de roles de la institución (el sistema de azares, los valores y las posiciones, son parte de un mismo nivel en la institución). En este sentido Harré (1979), plantea que una institución tiende a desarrollarse dándole primacía a la reproducción de su orden expresivo (este orden performativo-moral en el que se juega la dignidad) antes que a la realización de sus funciones prácticas (o ideológicas).

Como parte de una carrera moral, ciertos individuos pueden ser poseedores o hacerse acreedores de un «estigma», un atributo de valor social que es identificable como desacreditador. Goffman (1961, 1963) plantea que personas con estigmas similares tenderán a pasar por las mismas carreras morales, entendidas como las experiencias de aprendizaje y modificaciones del yo relativas a esa condición. En este sentido, una carrera moral puede tener dos procesos mínimos: uno por el que los individuos aprenden a incorporar las creencias de la sociedad mayor en torno al significado de poseer un estigma particular; y otro, por el cual se aprende que se posee un estigma en particular y las consecuencias que ello implica en relación a la persona misma.

Por otra parte, Goffman (1961) entrega algunas consideraciones importantes en torno al individuo poseedor de un estigma que vale la pena considerar en función de este estudio. En primer lugar, que la vida misma de un individuo con estigma se transforma en un objeto digno de biografía a partir de esa posesión, por lo que es de esperar un relato biográfico que asume como centro el estigma. En segundo lugar, que esa unicidad posible de una biografía se desvanece al observar la multiplicidad de yoes que se descubren en el individuo cuando se lo observa desde la perspectiva de rol social (en este caso, podría decir desde la lógica de los posicionamientos discursivo-narrativos). Es interesante conectar ese punto con la «Ilusión Biográfica» de Bourdieu (1986), dado que Goffman esta considerando que la biografía cambia en función de las distintas situaciones sociales que enfrenta un individuo, pero no en función de las variaciones de los distintos capitales y de su posición en distintos campos (así como en función del valor que asuma su estigma). Esto es interesante por las consecuencias que tiene para el concepto de carrera moral, en tanto se supone que sería posible describir carreras preestablecidas a partir de las posibilidades mínimas de aquellos procesos. En tercer lugar, que en relación a la identidad personal, la producción de una cierta biografía estará dada por el grado de

conexión informativa respecto a otros puntos de la biografía que se pueda suponer al otro. Esto será relevante para las consideraciones metodológicas, en relación a las condiciones de las entrevistas que se realizaron (revisar apartado Metodológico más adelante).

En el sentido de la noción de estigma, cabría agregar que su aparente pertenencia a un individuo será entendida como efecto de una historia de interacciones con otros, interacciones efectuadas en un «discurso sobre lo que son/somos», del cual ciertas posiciones socialmente disponibles son producto. Estos discursos que interpelan, inscriben, sujetan, son lo que Bourdieu denomina «*Institución de la Identidad*»:

“La institución de una identidad, que puede ser un título de nobleza o un estigma, es la imposición de un nombre, de la asignación de una esencia social, un derecho de ser y un deber ser. Significar a alguien lo que es, es asignarle un modo de conducción, el indicativo es imperativo. La esencia social es el conjunto de esos atributos y atribuciones que produce el acto de institución como acto solemne de categorización, que produce lo que designa. La formula de la magia performativa del acto de institución es *convíértete en el que eres*” (p. 80, Bourdieu, 1985)

Sin embargo, no solo se posiciona a los individuos en estos discursos. Harre (1979) plantea que la posesión de un estigma particular puede ser manejada por el actor de forma que este no lo obligue a seguir cierta carrera moral, mediante técnicas alternativas para conseguir acreditación social. Parizot y cols. (2005) apoyan esta posibilidad, planteando que la carrera moral esta marcada por negociaciones en torno a la identidad a través de las auto-justificaciones o racionalizaciones que se despliegan frente a los otros o por si mismo. En este sentido, los cambios relativos a estos procesos se expresarían en cambios en el modo de auto-presentarse a sí mismo y a los demás. Es por eso relevante preguntarse si esos procesos se cierran, o si en cambio, los individuos siguen teniendo poder y libertad para negociar, consigo mismos y los otros, una identidad más gratificante. Para estos autores, además, las carreras morales no son univocas sino que implican múltiples trayectorias interconectadas y dependientes de sus contextos institucionales y modos narrativos, como ocurre para el caso de la salud y la enfermedad, donde podemos encontrar trayectorias de salud, trayectorias de sufrimiento, trayectorias de tratamiento y uso de los servicios médicos, trayectorias a través de otras instituciones, etc.

### **3.2 La Trayectoria Biográfica Y Otros Esquemas Narrativos.**

Otro concepto que ha sido útil para analizar las biografías relacionadas con la gestión del sufrimiento es el concepto de trayectoria. Glaser y Strauss (1975, en Riemann y Schütze, 1991) a partir de sus estudios sobre la experiencia de la muerte como efecto del padecimiento de una enfermedad crónica, separan de la noción de «curso» de la enfermedad (su despliegue fisiológico), el concepto de «trayectoria» de enfermedad, apuntando a las complejas relaciones entre el desarrollo de una enfermedad y los tratamientos que se implementan para manejarla. Enfatizan que en torno a la enfermedad se monta toda una organización de trabajo terapéutico pudiendo ser investigado el impacto sobre cada actor involucrado en la historia de la enfermedad y su tratamiento. Así, los estudios de trayectorias se han enfocado en la organización secuencial de estos procesos, en la perspectiva de los diferentes participantes, y en los eventos públicos y experiencias personales involucradas. Se critica a los estudios como los de las carreras morales de Goffman (1961, 1991) que no son lo suficientemente detallados para describir los procesos particulares, a la vez que enfatizan una dimensión relacionada con una subyacente intencionalidad de los actores que no es apropiada para describir estos procesos. La idea es entender los mismos desde una óptica que muestra la pérdida de control sobre las propias circunstancias que se experimentan o la imagen de ser conducido o arrastrado por fuerzas externas y ajenas a la persona.

La Trayectoria Biográfica de Enfermedad apunta también a que la enfermedad tiene un movimiento que es flexible. En este sentido, la trayectoria no es el curso de la enfermedad, sino el resultado de lo que el individuo, su familia y los profesionales hicieron durante el desarrollo de la enfermedad, y por ello solo se construye a posteriori (Gómez, 2004). Sobre la forma en que se moldee la enfermedad van a actuar voces variables entre las que se producen desacuerdos y conflictos sobre las distintas proyecciones e ideas en torno a la gestión del tratamiento (De la Cuesta, 2004).

A pesar de que el concepto fue originalmente desarrollado como una categoría para el estudio de los procesos de enfermedad crónica, Schütze (1995 en Treichel y Schwelling, 2003) expandió el uso del mismo al generalizarlo como un concepto teórico básico para el análisis de los procesos sociales y biográficos. Para Schütze (2007) la historia de vida se despliega como una secuencia ordenada de experiencias personales en cuyo



ordenamiento estaría implícito el desarrollo de la identidad del hablante. En esa dirección, distingue cuatro principios ordenadores de las historias de vida que serían las «*estructuras del proceso biográfico*»:

1. Los *Esquemas de Acción Biográficos*, que representarían los intentos activos de una persona para darle forma al curso de su vida, expresado por la presencia de formulación de intenciones, expresión de modos de pensar y/o sentir positivos y optimistas, presencia de un desarrollo de planes, cálculos y la evaluación de su realización, entre otras.
2. La *Trayectoria Biográfica*, donde la persona se muestra como incapaz de darle forma activamente a su propia vida, de manera que solo reacciona a eventos incontestables.
3. Los *patrones de expectación institucional*, donde las personas se muestran siguiendo cursos de vida definidos por una forma institucional y normativa, caracterizados por un lenguaje que establece una relación entre las expectativas y sus realizaciones, los ordenes temporales y los ciclos que estas implican, la voluntad que se tiene para seguir las normativas y procedimientos del orden institucional, e incluso los distanciamientos y críticas a esos ordenes.
4. Las *Metamorfosis Creativa de la identidad biográfica*, que representa un desarrollo novedoso que comienza dentro de la persona, al principio irritante por su incompatibilidad con otras competencias y expectativas, pero que luego se vuelve aceptado y se descubre como el verdadero ser del narrador. En el habla se caracteriza por un lenguaje de desarrollo creativo interno, de cambio, de verse complicado en relación consigo mismo, de discrepancia entre ese cambio y las expectativas que se tienen respecto a la persona, de moverse a mundos sociales nuevos, hasta el encuentro con una estabilidad desde ese cambio.

Se debe comprender que estos cuatro esquemas biográficos se presentaran con dominancia en ciertos momentos del relato o incluso compitiendo entre ellos, aunque el resultado de la historia de vida de una persona es más bien el efecto combinado de varias estructuras biográficas. Es importante destacar que el concepto de trayectoria (y los otros procesos biográficos) hacen notar que los hechos sociales no solo son descritos en términos de acción intencional, sino que también se pueden narrar como reacciones a conjuntos de eventos y estados externos que se han experimentado durante un tiempo relativamente largo (Treichel y Schwelling, 2003). Lo que la narración bajo un esquema

de trayectoria biográfica denotaría sería un proceso social de desorden (o erosión del orden) biográfico, apuntando experiencias de fracaso en el control intencional de la vida o en el logro de las expectativas institucionales, que implican una progresiva pérdida de orientación y un extrañamiento respecto a sí y a los otros.

Según Riemann y Schütze (1991), las características básicas de un proceso de trayectoria biográfica son las siguientes:

1. La persona es abrumada por eventos incontrolables, falseando sus expectativas a corto y largo plazo.
2. La persona se siente dominada y controlada por fuerzas externas que producen desorganización, generando un clima de sufrimiento.
3. Una sensación de destino e incertidumbre se deriva del desconocimiento de la naturaleza de esas fuerzas.
4. La persona, en la fase pick del proceso, estará completamente desorganizada y se sentirá separada de la existencia cotidiana.
5. La identidad personal es afectada por la sensación ser extraño a sí mismo y se inicia la exploración de estas zonas extrañas.
6. La persona, a medida que se vuelve más dependiente de otros, pierde la capacidad para relacionarse cotidianamente con los demás.
7. El mundo social de la persona se empieza a encoger y algunos submundos a los que antes tenía acceso ya no están disponibles.
8. Habrá una interrelación entre las dinámicas de la enfermedad y las reacciones de los actores que acumularan desorden en la vida de la persona, cambiando su relación a su identidad personal y a su biografía.
9. Los largos periodos del sufrimiento pueden dar a la persona la posibilidad de movilizar un trabajo biográfico y creativo que permita desarrollar capacidades personales no reconocidas.

Además, Schütze (2007) plantea que un proceso de trayectoria se expresa en el relato en términos de un modo de narrar que expresa reacciones condicionadas por intervenciones externas, por la descripción de un sufrimiento profundo y sostenido, de cansancio o incluso parálisis frente a lo que sucede, de la progresiva transformación de las dinámicas de la trayectoria en el tema central del relato, así como la expresión de sentirse fuera de

sí mismo o incluso estar desconectado de sí. Por su parte, Treichel y Schwelling (2003) destacan algunas características de los relatos que se relacionan con trayectorias de sufrimiento. Por ejemplo, el establecimiento al comienzo del proceso de un potencial para un desarrollo negativo, es decir, la adquisición por parte del protagonista de una proclividad a ser herido que se combinará con dificultades externas. Por otra parte, en relación al desarrollo de acciones que se vuelven simples reacciones a eventos incontrolables, estas autoras destacan la introducción de los otros como voces relevantes en la biografía, pudiendo estos participar de la construcción de esos eventos que se sobreponen al protagonista. Asimismo, esto se relaciona con la imposibilidad de desarrollar un habla distanciada de las palabras de los otros, como si el narrador no estuviera más al mando de lo que pasó y solo pudiera referirse a esos hechos de una manera directa, sin una forma interpretada.

La perspectiva que se ha reseñado en este apartado nos indica ciertos modos en que la experiencia biográfica de la enfermedad se organiza, deshaciendo la ilusión de que ese relato, por ser asignado a una vida individual, será enunciado siempre como parte de la agencia del narrador. Sin embargo, cierto olvido de los usos posibles de la narrativa en la relación social a la vez que una permanencia de la lectura representacional de la relación relato-experiencia, que se aprecia en estas perspectivas, pueden ser consideradas desde los puntos que abordaré en el siguiente apartado.

### ***3.3 Herramientas Discursivas para la Producción de Subjetividad.***

Es necesario decir que desde la perspectiva de este estudio se puede criticar a los desarrollos en torno al concepto de trayectorias biográficas de enfermedad, la clase de objetividad que suponen alcanzar por medio de la descripción de los relatos. Es decir, para estos estudios el individuo posee una identidad previa a la composición narrativa que le es conferida en el relato y podría ser rastreada en sus afecciones a través de un proceso objetivo que el relato representa. Desde las críticas de Bourdieu (1986) o los planteamientos de De Certeau (1980) se puede pensar que los relatos biográficos no son una descripción desapasionada de hechos objetivos sino que más bien son usados por los hablantes para establecer el modo en que debe entenderse o posicionarlos. Contar una vida no sería la simple puesta en forma narrativa de un conglomerado de hechos, sino que en ese proceso se perderían (el contexto referencial del pasado, las dimensiones

subjetivas de ese pasado) y se agregarían (el cierre de actos mirados retrospectivamente, el uso de la narración en el presente) diversos elementos (Devillard, 2004).

Toda una serie de corrientes de la psicología y la investigación social se relaciona con estas observaciones, bajo la influencia del llamado «giro lingüístico» y del desarrollo del análisis del discurso, entre otras influencias (Ver Garay, Iñiguez, y Martínez, 2005). El matiz general de estas perspectivas es la consideración del papel del lenguaje como basal para la comprensión y estudio de los procesos psicosociales, sin tomarlo como un vehículo de informaciones y referencias entre hablantes diferenciados sino como el material y el proceso en el que se constituye la realidad, lo social y lo subjetivo. En esta dirección, la llamada psicología discursiva apunta al estudio del modo en que en el lenguaje se construyen distintas posibilidades de subjetividad, es decir, cómo aquello que entendemos como «psicológico» o parte de la «interioridad» de una persona, es efecto de los modos de hacer uso del lenguaje y de las estrategias de poder en que se inscriben esos usos. En esta tradición de investigación, se puede rastrear una evolución hacia la consideración de las prácticas retóricas y narrativas del lenguaje en uso, es decir, en la interacción social, como modos de construir realidades sociales en el habla (Arensburg, 2011; Garay, Iñiguez, y Martínez, 2005; Wetherell y Edley, 1999).

En continuidad con lo anterior, la perspectiva narrativa de la identidad (Iñiguez, 2001; Brockmeier y Harré, 2003) considera la importancia que tiene el lenguaje para la constitución de la subjetividad, entendiendo que las narraciones que hacemos de nosotros mismos comportan valoraciones y distinciones producidas en contextos sociales que moldean la forma en que sentimos y hacemos desde el modo en que nos relatamos. En este sentido, la identidad se entiende como construida en el discurso sobre nosotros mismos y expresada en las posiciones subjetivas resultantes de ese proceso, pero se asume que no todas las posiciones son igualmente promovidas en las relaciones de poder de la sociedad en que se enuncian. De este modo, no se trata de buscar el referente de un pasado en las historias, ni de describir la representación que se tiene de la realidad en las mismas, sino de analizar los modos de construir, narrándola, la realidad.

Sin embargo, no todos los enunciados del discurso asumen una forma narrativa (Brockmeier y Harré, 2003) aunque toda narrativa es un enunciado inscrito en ciertas formas de discurso. La narrativa en este sentido es un subtipo del discurso de difícil

delimitación tanto por implicar diversas formas y estilos, así como por estar presente en la mayoría de los enunciados. De cualquier forma, la narración puede ser distinguida porque requiere la presencia de personajes, puntos de vista y acciones, así como de al menos un enredo, o nudo dramático, que evoluciona en el tiempo del relato. La narración se reconoce por ordenar secuencias, estructuradas espacial y/o temporalmente, con indicaciones de entrada y salida de la misma (Riessman, 2002). Pero además, las narrativas tienen una función prescriptiva en el orden social, al desplegar reglas e instrucciones de lo que se debe o no hacer en la vida, y este patrón, individual y biográfico, está a su vez integrado a un patrón generalizado en la cultura (Brockmeier y Harré, 2003). Para el caso de esta investigación, se considerará las narrativas como las historias en torno a eventos, personajes y entornos específicos, es decir, como la recapitulación de la historia en torno al enfermar, el diagnóstico y el tratamiento posterior incluyendo bajo esa definición las sub-historias que la componen.

Considerando lo anterior, puedo decir que es posible estudiar la construcción de subjetividad en las narrativas biográficas a partir de entender la subjetividad como producto de operaciones en el lenguaje que tendrían una matriz narrativa. En este sentido, las prácticas discursivas serían centrales en la constitución de la subjetividad: es decir, lo que sea ser una persona, tener una interioridad, una identidad, o una forma de ser en el mundo es algo que puede ser comprendido a partir de los métodos lingüísticos para dar cuenta de sí mismo, en la caracterización de sí mismo y sus acciones, en las performances emocionales culturalmente reconocibles, y en los modelos de historias disponibles para dotarse de sentido (Wetherrell y Edley, 1999). Todos estos fenómenos lingüísticos son descritos por la noción de «prácticas psicodiscursivas», que se menciono anteriormente, y definen como consecuencia metodológica que el estudio de los relatos de enfermedad y tratamiento como parte de la construcción de la subjetividad, requiere del análisis del discurso narrativo como herramienta principal. Éste se preocuparía de las formas de contar la experiencia, más que de los puros contenidos a los que el lenguaje se referiría; es decir ¿Por qué una historia es contada de esa manera? (Riessman, 2002). Este modo de acercarse a los relatos ilumina una dimensión individual, histórica y social de ver y pensar, para el caso presente por ejemplo, la enfermedad y la salud, que se presenta en el proceso narrativo.

Los planteamientos anteriores permiten organizar un punto de vista en torno al material de trabajo de esta investigación. Asimismo, es necesario contar con herramientas conceptuales-analíticas para pensar los procesos que pudieran estar en curso en los textos analizados.

En primer lugar, se debe tomar en cuenta que las narraciones están disponibles para los hablantes como modos de contar las historias culturalmente estructurados o definidos. Gergen (1994) plantea la existencia de tres tipos de tramas que organizan los relatos. Las *tramas progresivas*, en primer lugar, son historias en las que la evolución del relato se correlaciona con una mejoría en la vida de protagonista. Las *tramas regresivas*, en segundo lugar, serían relatos en los que la historia produce una desmejora o pérdida de valor como producto de enfrentamiento al nudo de la historia. Y finalmente, las *tramas de estabilidad*, que serían historias que acumulan eventos casi similares donde las circunstancias que se describen no dejan de ser anécdotas sin consecuencias para el protagonista. Para el caso específico de las narrativas de enfermedad, Adame y Hornstein (2006) plantean que esta clase de historias mostrarían cómo las personas reclaman un orden narrativo que les permite re-moldear el sentido que tienen de sí mismos y los otros. Estas autoras realizaron una investigación sobre narrativas escritas sobre experiencias autobiográficas de locura y estrés emocional y distinguieron tres clases principales de narrativas:

1. *Narrativas de interrupción traumática*, donde el estrés emocional es categorizado como confusión, pérdida de control y ansiedad. Hay un momento de crisis que se relata como inesperado, impredecible y que transforma al sí mismo en algo extraño. Sin embargo, al terminar la crisis la persona regresa a su estado normal.
2. *Narrativas de sufrimiento revelador o propositivo*, donde la vida es interrumpida por una crisis emocional que es aparentemente negativa pero que luego se revela positiva, dado que produce una revelación personal, y por tanto, no se vuelve a ser como antes sino que se reconstruye a sí mismo cambiando la dirección de su vida.
3. *Narrativas de continuidad*, en las que no hay ni crisis ni distinción entre un sí mismo previo y posterior al estrés emocional. No hay epifanías ni momentos que distingan

estar enfermo de estar normal, o estar sano. El diagnóstico se torna parte de la identidad eterna de quien narra y no como un momento de la historia.

Adame y Hornstein (2006) además destacan no haber descrito ninguna narrativa de deterioro donde el sí mismo posterior a la crisis fuera graficado como negativo respecto a la vida previa. Además, y en concordancia con Goffman (1961) y Foucault (1963, 1991a, 2006b), destacan el hecho de que las conceptualizaciones que los modelos médicos realizan sobre el sufrimiento humano restringen el tipo de narrativas que pueden ser producidas, así como la posibilidad de que los individuos le otorguen nuevos sentidos a sus vidas creando de esta manera sentimientos de pasividad y desesperanza. En este sentido, el discurso médico puede cerrar ciertas posibilidades narrativas, por ejemplo, a través de las metáforas que introduce para entender ciertos tipos de enfermedades. Así, en el caso de las enfermedades físicas, habría una clara distinción entre el individuo, que no estaría afectado, y el cuerpo, que sería lo que estaría temporalmente «roto», que reforzaría la concepción de que estos pacientes «tienen» una enfermedad. En cambio, en las enfermedades mentales se le asignaría a la persona una categoría diagnóstica como parte de su identidad, estableciendo un cierre sobre lo que la persona es, que subyuga todo aquello que la persona podría ser sin ser la enfermedad.

Por otra parte, las narrativas siempre requieren ser contadas por alguien a otro, es decir, se producen en medio de una audiencia y en un contexto, lo que las transforma en historias contadas desde puntos de vista, siguiendo las diferenciaciones y valores locales que distribuyen los derechos y deberes de los personajes que intervienen, por lo que siempre están situadas en conversaciones. Esta es la perspectiva que asumen Davies y Harré (2007), al proponer la teoría del posicionamiento (como alternativa a las teorías basadas en el concepto de rol) para la comprensión de la interacción social y la producción discursiva de la identidad. Para estos autores, lo que un individuo «es» es parte de un proceso cambiante cuya dinámica es parte de la dinámica discursiva. En ese sentido, la identidad de un individuo está siempre situada y posicionada respecto a sí mismo, a los otros y al pasado de ese conjunto de posiciones. El posicionamiento sería el proceso discursivo que trata de localizar y estabilizar las identidades en las conversaciones, es decir, en la «vida» del discurso. El concepto de conversación, en este sentido, es básico desde una perspectiva inmanentista del lenguaje según la cuál el orden social que se reproduce en el discurso debe ser entendido solo a partir de producciones

concretas de la interacción (y su historia). En ese sentido, se considera que las conversaciones, en las que se producen los procesos de posicionamiento, se inscriben en prácticas discursivas o usos institucionalizados del lenguaje (Disponibles como posesiones sociales, públicas y polifacéticas) cuyo poder radica en las posiciones de sujeto que ofrecen: puntos de vista que confieren derechos, conceptos, modos de percepción, imágenes y metáforas a las que recurrir. Así, se puede pensar que la posición es una relación en el discurso entre un yo, un otro y un auditorio, dependiente de la interacción en curso, mientras que el posicionamiento sería el proceso mismo de distribución de las posiciones por medio del cuál se crea un plano de inteligibilidad que las dota de sentido (Gálvez y Tirado, 2004). En la conversación, de esta manera, se negocia la pertenencia/exclusión, o la aceptación/rechazo, de ciertas categorías sociales, según ciertas formas narrativas que permiten desplegar argumentos, metáforas, temas, entre otros elementos, para apoyar una producción identitaria específica (Davies y Harré, 2007).

En esta dirección se puede comprender la subjetividad como efecto de una performance realizada en la narración y en la interacción. La narrativa personal contiene herramientas que permiten sostener la ejecución de una identidad privilegiada en cierto momento de la interacción entre los hablantes, como el uso de un cierto tipo de historia, la atribución de cierta posición a la audiencia, las posiciones recíprocas entre los personajes, y, por supuesto, la posición que se otorga a sí mismo (Riessman, 2002). Uno de las formas discursivas más evidentes para producir posiciones es la posibilidad de posicionar (se) como agente, a través por ejemplo de la primera persona y los verbos que otorgan voluntariedad, o como pasivo, a través de indicadores de obligación o compulsión (Riessman, 2002; Reynolds, Wetherell y Taylor, 2007). Además, toma mucha relevancia la forma en que las personas construyen enunciados sobre su experiencia previa o sus posibles trayectorias de vida, tratando de situar una versión en una interacción cara a cara con un oyente real, pero también frente a audiencias y críticas imaginarias (aunque disponibles en el discurso social), lo que se puede entender desde el despliegue de un trabajo retórico con efectos de subjetividad (Taylor y Littleton, 2006).

Entonces, se puede comprender que el desarrollo del trabajo de construcción de subjetividad en el relato es también, y es principalmente, un trabajo que se realiza en la interacción y en el habla. En este sentido, lo que puede interesarnos para el caso de los jóvenes del Hospital de Día es cómo ciertas versiones de su propia historia funcionan



para los hablantes en ciertas interacciones particulares, que se conectan con momentos anteriores de la conversación, momentos posteriores o expectativas de historias que se han introducido, así como también con las definiciones que los hablantes defienden sobre sí mismos (y que habrían defendido en otras conversaciones) y los discursos sociales que constriñen o posibilitan esas construcciones. Por esto mismo, las posibilidades de contar historias que construyen nuestras subjetividades no deben ser entendidas como infinitas: hay restricciones, en función de los discursos hegemónicos que están presentes, pero también en función de las historias que ya se han contado antes. Es decir, que tanto por los posicionamientos previos del narrador (y actuales, por ejemplo, en las posiciones en juego entre entrevistador y entrevistado) como por otras condiciones, es inevitable que se produzcan inconsistencias en las narraciones de la subjetividad que requieren reparaciones o explicaciones. Es decir, la narración al desplegarse puede requerir introducir otras modalidades discursivas (descriptivas, explicativas; Prins, 2008) o puede requerir estrategias retóricas para retomar cosas dichas. Por ejemplo, en el último caso, mecanismos de control narrativo (Sisto y Fardella, 2009) que vuelven sobre formas de haber contado la historia, modificándolas en función de nuevos requerimientos performativos.

Por todo esto, se hace necesario, a nivel metodológico, una búsqueda de las posiciones que se deducen a nivel de las huellas de la enunciación en el texto, lo que permitiría rastrear las posiciones desde las cuales en cada momento el individuo cuenta su historia. De esta manera, Georgaca y Gordo-López (1996), estudiando la construcción subjetiva en trozos de entrevista con mujeres diagnosticadas con psicosis desde la teoría de la enunciación, describen posicionamientos que les permiten a las hablantes lograr una identidad unificada, formarse una identidad múltiple situada o incluso, producir un desvanecimiento de la narradora. Para el primer caso, que es el que me interesa en este contexto, los autores destacan la presencia de un mecanismo retórico de doble posicionamiento o *Footing*, que le permite al hablante lograr una diferencia entre un yo normal y un yo enfermo en el discurso. Este mecanismo establecería esa distinción construyendo al yo normal mediante la ausencia de modalizaciones o atributos, mientras que el yo enfermo aparecería como agente pasivo, objeto de las intervenciones médicas, así como también lingüísticamente evaluado desde el yo normal. El efecto de este trabajo sería el logro de una distancia analítica que construye el yo enfermo como algo ajeno al yo normal, y que reproduciría las posiciones institucionales de médico y paciente. Un

proceso similar es descrito por Harré (1979) con el nombre de monodrama, un tipo de guión de acciones sociales en el que se intenta resolver la disparidad entre lo que se cree ser y lo que los otros creen que uno es. En este sentido, el uso de varias voces permite resolver esta tensión retrospectiva sobre sí mismo. Es posible crear versiones a partir de la separación yo - mi: donde el «yo» se narra como perdiendo control sobre el «mí», que queda situado como un ser independiente. Esta separación puede ser entendida como una técnica de autocontrol, un modo de producirse a uno mismo que permite separar las cualidades personales indeseables atribuyéndolas a un cuasi-amigo aislado; el «mí». Harré (1979) entiende este proceso como un modo de producir una pérdida en la acreditabilidad de las acciones, cuando el efecto de acreditarse ciertas acciones conlleva una pérdida de valor social para el actor

Siguiendo estas ideas, Bajtin (1979) describe como función conclusiva aquellas proposiciones en un texto que dan cuenta de una posición exterior que constituiría la autoría del mismo, y a la que se podría atribuir el cierre de las condiciones de los personajes, sus relaciones, y el mundo, físico y moral, en el que se mueven. Georgaca y Gordo-López (1996) destacan en este sentido que la presencia de una posición en el discurso que centraliza y coordina las múltiples posiciones que se articulan y se narran, es central. Esa posición y su presencia o no en el discurso de las pacientes, posibilitaría el efecto discursivo de una subjetividad que se presenta como normal, como fragmentada o, en su ausencia, como difuminada. En el último caso, el discurso no construiría una subjetividad con una clara posición de autoría, y la presencia de múltiples voces generaría un efecto polifónico, en el que todas las posiciones discuten sin una versión que sancione a todas las demás, (efecto muy popularmente atribuido al habla de sujetos psicóticos, con un importante ejemplo literario: Eltit [1989]). En contraposición, la presencia de una función conclusiva generaría efectos monológicos en el relato, razón por la cual será fundamental rastrear en los relatos de esta investigación aquel fenómeno.

### ***3.4 Algunos Elementos de Síntesis.***

En el apartado anterior se revisaron algunos aportes de la perspectiva discursivo-narrativa que permitirán conformar una posición de investigación para el análisis de los relatos de los usuarios del hospital de Día. Sin embargo, es necesario detenerse un momento a establecer una relación entre estas perspectivas sobre la producción de la subjetividad y

una forma de entender la subjetividad como un producto histórico-social, tal como se desprende del trabajo de Foucault (1976, 1991a, 1991b, 1996, 2006a, 2006b, 2007).

Mostré cómo, en relación a los relatos biográficos, el posicionamiento corresponderá a los procesos discursivos en los que se negocia la localización propia y la de los demás. En esa negociación se vuelve imprescindible el recurso a un argumento que establece las reparticiones propias de ese proceso. Contar un relato en el que está en juego una versión sobre sí mismo, implica repartir personajes y actos, es decir, crear una ficción donde el otro es atrapado por el autor, en un esfuerzo por auto-producirse. Esto no está lejos de la concepción de experiencia en Foucault (1994 en Castro, 2004) quien entiende las *experiencias* como formas históricamente situadas de subjetividad, que pueden ser expresada como una ficción implicando tanto un relato que organiza la trama de los eventos, los personajes, los objetos, etc., al mismo tiempo que los lugares que se separan de lo narrado para tomar una postura, construir una mirada que objetiva los eventos, establecer los compromisos difusos con ciertos personajes del relato, desarrollar los discursos que los sostienen, etc. Sin embargo, el despliegue de esta ficción siempre lleva la marca de una correlación tanto de dominios de saber (discursos que buscan enunciar la verdad de esas experiencias), de normatividad (prácticas que aplican sobre ellas algún trabajo de normalización) y de subjetividad (producción de relaciones consigo mismo y los otros en este proceso). De modo que, es necesario pensar el modo en que se produce subjetividad en la narración como una tecnología de subjetivación (Rose, 1996) que estará situada en un momento histórico que a su vez puede ser analizado en función de los tres campos básicos que describe Foucault (1996, 2007): formas de veridicción, procedimientos de gubernamentalidad y técnicas del yo.

Entiendo, de esta forma, los relatos biográficos de las personas que han sido tratadas en las instituciones de salud mental para trastornos psiquiátricos severos, como materiales en los que están en juego formas de producción de subjetividad históricamente situadas, bajo una modalidad narrativa que permite su análisis con las herramientas descritas en los apartados anteriores. La narración de la experiencia biográfica de enfermedad y tratamiento pondría en juego una historia, una trama, personajes, giros, estrategias retóricas y posiciones discursivas, «prácticas psicodiscursivas» si se sigue la propuesta de Wetherell (2008), o sea las formas mediante las cuales el discurso produce distintas posibilidades de subjetividad.

Como ya he defendido anteriormente, la subjetividad se entiende como un efecto que se rastrea en las narrativas sobre lo que somos. En ese sentido, es necesario pensar la narrativa como el lugar de la enunciación de una subjetividad, pero sin que ello signifique asumir esa enunciación como un acto efectuado desde la libertad de un individuo que estaría en condición de definirse sin restricciones. Entiendo, desde Marinas (2001 en Arensburg, 2011), que en las narrativas se hace presente una tensión entre aquello que dicta quienes somos y la dinámica singular que se produce en la realización misma de la narración. Por un lado, estarían las prácticas discursivas estableciendo una normatividad, una matriz en la cuál poder asumir una posición ya definida, y por otro lado, en un espacio casi cercano al error, el habla como una posibilidad de interpretar el discurso y producir una subjetivación diferente, producto de otra matriz discursiva. Por ello, es necesario retomar la conexión que se puede establecer entre las narrativas y una cierta forma de producir «interioridad» o «personas», es decir, el modo en que un régimen de subjetivación (Rose, 1996) se vincula a los objetivos de un programa que es parte de una racionalidad política específica.

En el caso que nos atañe, la hipótesis que se ha trabajado es un símil entre una racionalidad de gobierno liberal y las reformas realizadas a los sistemas de Salud Mental Pública en el Marco de las Políticas Neoliberales. Desde esta perspectiva, se puede pensar que la clase de relaciones consigo mismos, o modos de «experimentarse», que estarán en juego en relación a los usuarios de Hospital de Día, apuntarán a lograr una relación de regulación de sí (Doron, 2008b) o, al menos, un modo de relacionarse consigo mismos o con su parte «enferma», que les permita dominarla para poder ejercer, correctamente (normativamente), su libertad. Para Rose (1996) la experiencia de nosotros mismos debe ser comprendida como el efecto de una variedad de tecnologías que toman por objeto la producción de ciertas modalidades de «ser persona», estableciendo auto-relaciones (de cuidado, dominación, conocimiento, regulación, etc.) y prácticas concretas (como la Confesión, la escritura, la psicoterapia, la farmacoterapia) que son desarrolladas bajo una autoridad y un régimen de verdad (El conocimiento experto: psicólogos, psiquiatras, médicos, etc.). Para este autor, en nuestra época, las disciplinas «psi» han sido fundamentales en la elaboración de la experiencia de nosotros mismos como persona así como los ideales de conducta a los que estamos sujetos, de manera que, prestando herramientas a otros discursos de mayor fuerza, estas disciplinas han unificado

una verdad sobre la subjetividad que domina los regímenes de subjetivación contemporáneos.

De esta forma, esta comprensión de la subjetividad como un producto de tecnologías histórica y políticamente situadas, es la que me parece más adecuada para desarrollar la problemática de este estudio, plegándome al proceso mismo que produce una subjetividad en la narración, antes que asumiéndola para ir a buscarla como un producto sin producción. Sin embargo, con ello también se vuelve fundamental una consideración de carácter epistemológico-metodológico, en tanto las narrativas en torno a las experiencias de paso por la institución Hospital de Día no pueden dejar de ser tomadas como tecnologías de producción de subjetividad, montadas en ocasión de este estudio y desplegadas bajo el alero de las prácticas y discursos de la misma institución, y en la relación que se estableció conmigo, el entrevistador, en cada ocasión. De ahí la necesidad tanto de analizar los relatos como una performance discursiva de subjetividad, así como de estudiarlos en relación al proceso de posicionamientos que en la interacción misma estuvieron en juego (Ver apartado Metodológico).

### **Objetivos de la investigación.**

Esta investigación busca describir las formas de producción de subjetividad presentes en los relatos de las experiencias biográficas de enfermedad y tratamiento de los usuarios de un Hospital de Día para adolescentes diagnosticados con trastornos psiquiátricos severos.

Para lograr esto se han definido los siguientes objetivos:

1. Describir y analizar las formas de producción de subjetividad en los relatos de las experiencias biográficas de enfermedad y tratamiento de los usuarios de un Hospital de Día para adolescentes diagnosticados con trastornos psiquiátricos severos.
2. Describir la figura del Hospital de Día y su función en los relatos de las experiencias biográficas de enfermedad y tratamiento de los usuarios de un Hospital de Día para adolescentes diagnosticados con trastornos psiquiátricos severos.

## **Marco Metodológico.**

### **1. Enfoque cualitativo.**

La presente investigación se preocupa por la producción de subjetividad en ciertos dispositivos sociales y por la experiencia y perspectiva de los sujetos en relación a su paso por los mismos. En términos teóricos, asume que la subjetividad es efecto de las narrativas que los actores sociales pueden desplegar. Por otra parte, se desarrolló en torno a la (re)construcción de casos que fueron relatos biográficos individuales sobre la enfermedad, posteriormente trasladados del registro oral al registro textual conformando así el material de análisis final. De esta manera, se puede decir que esta investigación es de carácter cualitativo, en tanto se ajusta a los rasgos de la investigación cualitativa propuestos tanto por Flick (2004) como por Wiesenfeld (2000): La adecuación de métodos y teorías, Inclusión de la perspectiva de los participantes, la comprensión como principio epistemológico y el carácter subjetivo e implicado ética y políticamente de la investigación, la importancia del lenguaje y el discurso como constructor de realidades, y el texto como material empírico.

### **2. Investigación Interpretativa.**

Se puede considerar la presente investigación como de tipo Interpretativo en tanto se intenta investigar formas de producir subjetividades a través de los relatos de los usuarios de un Hospital de Día, es decir, rastrear en esos textos las estrategias discursivas implicadas en las posiciones subjetivas y tramas narrativas que se despliegan. Considero que el proceso de investigación participa de la construcción de la realidad social, en tanto su producto final será una interpretación, producida desde un punto de vista particular (el del investigador), que recoge las diversas miradas de los actores (sus interpretaciones), para dar cuenta de los campos de tensiones que permiten reconstruir el significado de una realidad social particular (Fernández, 2006). De esta manera, la interpretación no será una revelación o traducción del decir de los participantes, sino una reconstitución de su decir, en tensión con la formulación de la investigación misma, de manera que se hace necesario asumir que la posición de analista-interprete será siempre particular y situada, pero que además tendrá efectos sobre la realidad social estudiada.

### **3. Técnica de investigación.**

Enmarcaré esta investigación, hablando en sentido amplio y siguiendo a Cornejo (1995), como de un(a) “enfoque/perspectiva/método biográfico”. Esto en tanto se persigue acceder a la trayectoria en torno a la enfermedad a través de la producción de un relato biográfico. De esta manera, me interesa el relato de estos sujetos en relación a un punto en particular de su experiencia que sería la historia de su enfermedad y tratamiento. Esta perspectiva es adecuada para esta investigación ya que en palabras de Mallimaci y Jiménez (2006):

Hablar de la vida de una persona significa mostrar las sociabilidades en la que esta persona está inserta, y que contribuye a generar con sus acciones: es hablar de las familias, de los grupos sociales, de las instituciones a las que está ligada, y que forman parte más o menos intensamente, de la experiencia de vida del sujeto (p. 177).

Todo esto colocado en un contexto teórico de análisis del poder y de la producción de subjetividad ligada a su ejercicio a través de las instituciones de Salud Mental.

Por otra parte, considero relevante en la caracterización del método, el que la historia de vida a producir es una narración que re-articula la temporalidad del hablante tejiendo nuevas relaciones entre el pasado, el presente y el futuro. La historia de vida sería un «tiempo recompuesto» según De Gaulejac (1993), ya que en ella se olvida, se deforma, se transforma y se reconstruye el pasado en función de las exigencias del presente, presiones circundantes, condiciones de producción del relato, estrategias de poder del locutor y del entrevistador, entre otras. Siguiendo a este autor, asumo que los relatos de las historias de vida se producen entre el fantasma y la realidad, es decir, que se refieren a hechos reales en tanto tienen efectos reales cuando son contados en una ficción que modifica la relación del individuo a esa realidad social producida en la narración misma. En ese sentido, considero los relatos producidos en la interacción con mis entrevistados como contingentes a las condiciones de producción del discurso (Pêcheux, 1978) en las entrevistas así como a la posición actual en la diacronía posible de nuestras (del entrevistador y entrevistado) vidas sociales, de modo que se podrían hacer y re-hacer múltiples historias para estos mismos individuos.



#### **4. Entrevista Autobiográfica-Narrativa como Técnica de Producción de Información.**

El objetivo de esta investigación implicaba la producción de un relato biográfico en relación a la historia de la enfermedad y el tratamiento de los usuarios del Hospital de Día. Para ello, se utilizó una técnica de recolección de datos verbales, específicamente una entrevista que encaje en el método biográfico. Para tomar la decisión de seleccionar una técnica específica de entrevista tomé en consideración que se estaba buscando generar un relato en torno a un periodo específico de la vida de un individuo, y que esa situación de relato sería a la vez una situación de interacción artificial y restringida por las reglas culturales que establecen modos estructurados para narrar una historia (Gergen, 2006).

Tomando en cuenta estos elementos utilicé la entrevista autobiográfica narrativa de Schütze (1983 en Appel, 2005). Esta clase de entrevista se caracteriza porque busca crear una narración improvisada sobre el tema de estudio apuntando a un relato coherente con principio, desarrollo y final. La entrevista se estructura en tres tiempos: el primero se inicia con la «pregunta generadora de narración» y es no-directivo, ya que el entrevistador simplemente escucha el relato del entrevistado hasta que este indica el final de la narración; en el segundo tiempo se realizan preguntas de narración para completar los fragmentos que no se detallaron exhaustivamente; finalmente, la «fase de balance» se utiliza para que el entrevistado genere explicaciones teóricas sobre lo que sucedió y reduzca el significado de la totalidad del relato a su denominador común (Flick, 2004). Por otra parte, esta clase de entrevista asume que el enfrentamiento del entrevistado a la petición de un relato biográfico pondrá en juego “Coerciones narrativas” (Schütze, 1983 en Appel, 2005) que se refieren a las presiones en la interacción, que obligaran a que el entrevistado sea forzado a recordar y contar experiencias y hechos que pueden resultarle molestos, dolorosos o vergonzosos. En este sentido, la entrevista autobiográfica narrativa puede resultar un tanto violenta, al producir una situación de interacción artificial que obliga al entrevistado a enlazar los hechos de su pasado, a detallar sus contextos y personajes relevantes, bajo una forma que no necesariamente se utilizaría en una interacción cotidiana (Flick, 2004), lo que se considero para la construcción del consentimiento informado. Consideré esta entrevista como la más adecuada para los objetivos de esta investigación dado que me permitía enfocarme en un episodio específico de la vida de los participantes entregándoles un margen más amplio y flexible para la

producción de su relato. Sin embargo, en algunas de las entrevistas realizadas solo se utilizó la primera parte de la entrevista propuesta por Schütze por motivos de factibilidad.

Se solicitó a todos los participantes su consentimiento oral y escrito para participar en las entrevistas así como para la grabación de las mismas. En el caso de usuarios en tratamiento, se consultó además a sus terapeutas de referencia. Se resguardó su confidencialidad y el anonimato, pidiéndoles que eligieran un seudónimo. Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio digital y luego transcritas a texto bajo convenciones de transcripción explicitadas en el anexo.

## **5. Estrategia de Análisis.**

El plan de análisis incluyó un abordaje de los relatos biográficos en relación a los temas relevantes y los ordenamientos lógicos de las acciones, así como también métodos que apuntaron a la función pragmática del uso del lenguaje, enfocando su dimensión como productor y reproductor de realidades sociales (Bertaux, 1993; Garay, Iñiguez y Martínez, 2005; Ruiz, 2009).

Para las consideraciones del análisis dejé de lado el supuesto de homología entre hechos objetivos y experiencia, que Schütze (1983 en Flick, 2004) plantea para las narraciones biográficas improvisadas, dado que no me interesaba describir el proceso objetivo de la trayectoria biográfica sino más bien el modo en que es construido en el relato (que es, asumo, lo único a lo que puedo acceder mediante las técnicas que elegí). Sin embargo, me importaba describir la trama general de los relatos de los usuarios del Hospital de Día tal como ellos la construyeran, por lo que, siguiendo algunas de las consideraciones de Schütze (2007) para el análisis biográfico, dividí los relatos en segmentos definidos por marcadores que indicaban un cambio en la narración y luego utilicé esas divisiones para construir un mapa de las historias que trató de respetar las expresiones y momentos del relato original. En este sentido, este mapa trató de establecer las conexiones (causales, asociativas, cronológicas, argumentativas, etc.) entre diversos momentos de los relatos, para así permitirme tener una visión general de los mismos y de sus articulaciones comunes.

En función de los objetivos de esta investigación, la principal herramienta para el análisis de la producción de subjetividad en los relatos de enfermedad y tratamiento de los usuarios del Hospital de Día, fue el análisis del discurso narrativo (Riessman, 2002; Sisto y Fardella, 2009). En este tipo de análisis, se toma las narraciones como discursos que construyen realidades a través de diversas estrategias y modos de habla que son negociados en la interacción cara a cara (Taylor y Littleton, 2006). Para esto se han desarrollado conceptos como repertorio interpretativo, dilemas ideológicos y estrategias retóricas (Reynolds, Wetherell y Taylor, 2007), Control narrativo y Composición narrativa (Gubrium y Holstein, 1998; Sisto y Fardella, 2009), entre otros. Sin embargo, pensando en rescatar la singularidad de cada relato, decidí no buscar, como proponen la mayoría de los y las investigadoras, patrones de habla reiterativos en los relatos como conjuntos dado que considere que eso implicaba desconectar las historias de sus antecedentes y consecuentes en términos de trama. Lo que hice, en cambio, fue buscar segmentos de los relatos que contribuyeran a comprender la construcción de subjetividad de los hablantes, principalmente por medio de la producción de posiciones discursivas así como también mediante la selección de segmentos relevantes para comprender la construcción de subjetividad en relación a modos de hacer y negociar el relato así como de construir e introducir los diversos objetos y personajes en el mismo. Todo esto considerando siempre el momento del relato en que se introducía una cierta estrategia o forma de habla, y conectándolas con el devenir de la historia posterior y anterior.

## **6. Muestra.**

La estrategia de muestreo fue un muestreo teórico (Flick, 2004). Se inició con un caso definido de antemano según los criterios que se presentarán a continuación para seguir con una selección de casos según su pertinencia para contrastar elementos identificados en el discurso biográfico que se habían analizado hasta ese momento.

Los participantes de este estudio fueron definidos por su pertenencia a un programa de Hospitalización Diurna para adolescentes de la Región Metropolitana, pudiendo encontrarse aún en tratamiento o habiendo egresado del mismo. Sin embargo, es importante destacar que fue necesario, especialmente para los usuarios en tratamiento, hacer una consideración ética sobre la conformación en la muestra: no formaron parte de ésta aquellos adolescentes que siendo parte del programa no se encontraban, según su

propia opinión o de los profesionales del centro, en condiciones de afrontar la entrevista. Bajo este criterio los casos posibles para la muestra quedaron conformados por usuarios del centro que llevaban un tiempo suficiente allí como para que sus procesos terapéuticos estuvieran avanzados así como usuarios egresados del centro. Era necesario incluir a usuarios egresados pues se podía asumir que en ellos se podría rastrear la construcción del proceso de recuperación en el tratamiento y su relación con el Hospital de Día.

Así, los criterios muestrales para comenzar fueron: usuarios en tratamiento o egresados de un Hospital de Día para Adolescentes de la Región Metropolitana, que, según su evaluación propia y/o de los profesionales que trabajan con ellos, se encuentren en condiciones de realizar una narración biográfica en torno a la trayectoria de su enfermedad.

Las entrevistas fueron realizadas finalmente a cuatro usuarios. El primero de ellos, Alexis es un ex-usuario del Hospital de Día, que fue diagnosticado de esquizofrenia y que al momento de la entrevista cumplía alrededor de 1 año desde su egreso y se encontraba preparándose para dar exámenes libres de nivelación de estudios secundarios. A raíz de la entrevista con Alexis, consideré necesario indagar el relato de un usuario del centro pronto a egresar.

Así, el segundo entrevistado fue Kenji quien es un usuario del Hospital de Día, diagnosticado de esquizofrenia, que al momento de la entrevista llevaba entre 3 y 4 años de tratamiento estando pronto a ser dado de alta y sin realizar más actividades aparte que su asistencia al hospital.

Luego de estas entrevistas, decidí que era relevante incluir la variable género en la conformación de la muestra por lo que pedí entrevistas a dos usuarias más. La primera, con Maite, quién al momento de la entrevista se encontraba cumpliendo cerca de un año en tratamiento en el lugar con un diagnóstico que había variado entre «principio de esquizofrenia» y «depresión», habiendo interrumpido sus estudios secundarios.

Y finalmente, mantuve una entrevista con Tamara, usuaria egresada del Hospital de Día, que al momento de la entrevista cumplía cerca de un año de su egreso, habiendo retomado sus estudios secundarios y su actividad laboral.

<b>Género</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
<b>Situación</b>		
<b>En tratamiento</b>	Maite	Kenji
<b>Egresado</b>	Tamara	Alexis

Tabla 1. Composición de la Muestra.

## 7. Reflexividad en la investigación.

Si se sigue la línea argumentativa que se ha establecido en la construcción de esta investigación, se puede entender que la objetividad es necesariamente redefinida en este contexto: se transforma en una objetividad dependiente de sus condiciones de producción, que implica la figura del investigador por los efectos del decir de la investigación (Fernández, 2006). En el campo de la investigación cualitativa, la reflexividad puede ser entendida como la acción de explicitación y análisis de las relaciones y afectaciones mutuas entre el lugar de observación, el proceso de observación y la realidad observada, que se producen durante una investigación y que resultan en la escritura final de un texto científico (González, 2009; Meneses, 2007). En función de esto, acotaré algunas cuestiones sobre mi posición en el campo de investigación, que pueden volverse relevantes a la hora de hacer lectura de la sección de análisis.

Mi contacto con la institución a la que pertenecían las personas que entrevisté es lo que considero más importante de exponer. Trabajé durante casi once meses en el lugar, como alumno en práctica profesional de Psicología. Llegué allí interesado por la perspectiva de trabajar desde un enfoque (Psicoanálisis) y en una modalidad (Psicoterapia Institucional) específica en aquel lugar, así como por mi interés por el trabajo con pacientes adolescentes diagnosticados con cierta clase de trastornos (trastornos de orden psicótico tal como lo consideraba en ese tiempo). En esta modalidad de trabajo que he mencionado, el contacto y el compartir cotidiano en talleres y espacios de libre disposición de tiempo fue la base de la relación que mantuve con los usuarios del Hospital de Día. Así, antes que como investigador, las personas que entrevisté me conocieron como

estudiante de psicología y en un modo bastante peculiar de entender el rol de psicólogo asociado al trabajo clínico (Podría decirse, desde una relación más cotidiana y horizontal).

A partir de las conversaciones que sostuvimos (y mucho antes de que comenzara a solicitar entrevistas a algunos usuarios), ya era conocido por ellos el que yo me encontraba haciendo mi memoria para obtener el título profesional y que quería hacerla en ese lugar. Obviamente, la aprobación para realizar esta investigación tuvo un proceso de presentación y problematización con el equipo profesional que fue tremendamente productivo para pensar el curso de la investigación misma. A esto se sumó, el que esta memoria de título tuvo su primer desarrollo en el contexto de un diplomado en metodologías cualitativas, del cuál resulto un primer avance de esta investigación.

Fue en ese contexto en el que inicié las solicitudes de entrevistas. De esta forma, es comprensible que los entrevistados hagan alusión a mi pertenencia al Hospital de Día o a mis estudios de Psicología durante nuestras conversaciones. La primera entrevista que realice con Alexis tuvo lugar fuera de la institución, en una plaza y luego en un restaurant, algo que fue decidido en conjunto por nosotros dos. Al menos a mí, me interesaba no hacer la entrevista de los usuarios egresados en el lugar de tratamiento, con la hipótesis de que eso no solo me posicionaría a mí, sino a ellos también, en un «lugar» que no estaba fuera del Hospital de Día. Seguí el mismo razonamiento a la hora de hacer la última entrevista, con Tamara, que también se realizó en un parque, elegido por ella. En cambio, las entrevistas que realice con Kenji y con Maite fueron en el Hospital de Día, aunque en un espacio abierto del mismo (el antejardín), tratando de evitar que nuestras conversaciones tuvieran de contexto el escenario del box de atención. Las entrevistas estuvieron espaciadas en el tiempo, durante un lapso de unos siete meses. Creo que esta diferencia en el tiempo pudo haber estado más presente en la entrevista de Maite, que fue muy cercana a mi despedida de la institución.

Cabría agregar otros elementos que sitúen mi posición respecto a la producción de los datos que fueron parte de esta investigación (por ejemplo, las variaciones en la forma de pensar la investigación misma), sin embargo me limitaré a lo expuesto, como elementos mínimos para situar este texto, el apartado de análisis y las conclusiones.

## **Análisis.**

En esta sección describo los principales resultados que he obtenido de la revisión de los relatos en torno a la enfermedad y tratamiento de los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes. Estos relatos fueron extraídos de cuatro entrevistas realizadas a jóvenes de la institución cuyas características se han mencionado anteriormente. La presentación del análisis se realizará en dos partes: en un apartado describiré las singularidades y generalidades de los relatos, mientras que en un segundo apartado me concentraré en segmentos específicos del relato que resultan relevantes para esta investigación.

### **Análisis I. Generalidades y Singularidades de los relatos.**

En los relatos de los usuarios del Hospital de Día se pueden describir cuatro tiempos:

- *La situación anterior,*
- *Las causas y el empuje a la enfermedad.*
- *El paso por la enfermedad y tratamiento.*
- *La Salida a la actualidad.*

En lo que distingo como «La situación anterior» los entrevistados relatan un momento previo a cualquier inicio de la enfermedad que es descrito tanto negativa como positivamente, pero en todos los casos como un momento pasado de estabilidad. Este momento se vería desequilibrado y acelerado al iniciarse el tiempo de «Los comienzos y la caída en la enfermedad» que aparece como un capítulo en que se establece una situación o una serie de eventos en alguna relación (causal o no) con ciertos procesos que les comienzan a suceder a los entrevistados, valorados negativamente y que terminan en la entrega, mediada por otro(s) que se preocupa(n) por lo que les está sucediendo, a una figura que representa un saber en relación a ese malestar (médicos y psicólogos). Allí se iniciaría el tiempo del «Paso por la enfermedad y tratamiento», tiempo en el que pareciera iniciarse una nueva situación, donde los procesos calificados como malestar encuentran su punto más álgido y que incluye la ausencia de recuerdos, una orientación discursiva basada en las instituciones y las personas que conocieron y finalmente, un paso hacia el hospital de día que por lo general implica un proceso de contraste. La «Salida a la Actualidad», episodio ubicado en el relato en torno al Hospital de Día, se inicia por lo general con el relato de un cambio que hace disminuir el malestar

(a veces al nivel de un bienestar o simplemente un estar menos mal) y que termina con el establecimiento de una situación futura, más o menos concreta y a veces con una evaluación de lo que ha contado o de la situación actual.

Es interesante notar que todos los relatos terminan describiendo una situación de mejora o superación, sin distinguir el relato de usuarios aún en tratamiento y usuarios egresados. Se puede observar que el relato de la enfermedad está marcado principalmente por la pérdida de control sobre sí mismo y las circunstancias, y este tono se mantiene durante el proceso de tratamiento. Es lo que analizaré más adelante como **la construcción ajena de la historia**. Sin embargo, con excepción de una entrevista, en algún punto ese tono del relato es quebrado y se gira hacia un relato sobre la recuperación. Como mencioné anteriormente, ese punto de quiebre guarda una relación con la aparición del Hospital de Día. Hay una forma común de producir esa dislocación que analizaré en el apartado titulado **la consistencia del Hospital de Día y el relato de la Mejoría**. En ese quiebre pareciera ocupar un lugar la aparición de apoyos para el protagonista, de posiciones que permiten desarrollar un proceso que va del estar mal al estar bien, y que es relatado como efecto de la agencia del protagonista. En este sentido, los entrevistados pueden proyectar al final de sus historias un futuro próximo, o al menos, un anhelo respecto a ese porvenir, en relación a sus estudios y trabajo.

Tal como se mencionó, el establecimiento de un tiempo previo al inicio de la enfermedad, vivido como estable, es una propiedad común de los relatos. En este sentido, tres de estos relatos establecen una relación con ese tiempo como de pérdida, ya sea de una pérdida negativa o de una pérdida positiva. Esa pérdida consiste tanto en características propias de los protagonistas, su modo de ser o comportarse, como en pérdidas de una situación de vida, es decir, de amigos y lugares. De alguna forma, el relato en estos casos toma una forma que encauza la entrada a la enfermedad como el inicio de esa pérdida y la salida de ésta como un regreso a la vida pero bajo nuevas condiciones. Al menos un relato, el de Maite, toma una forma diferente, es decir una forma que no implica una pérdida irremediable, donde la situación previa, vivida positivamente y en relación a su modo de ser, siendo pérdida y conduciéndola así a la enfermedad es luego, a través de un aprendizaje, recuperarla como tal. En el relato de Tamara, si bien pone en juego una pérdida, llama la atención que su modo de nombrar el conjunto del proceso de enfermarse



y recuperarse se hace a través de la palabra «Break», como un modo de resignificar ese tiempo como una interrupción decidida y definida por ella.

Por último, en relación a aspectos generales, es necesario decir que en todos los relatos existieron segmentos de narración que no necesariamente tenían una función articuladora en el relato sobre el desarrollo y tratamiento de la enfermedad, sino que parecían tener mayor peso en relación a lograr una posición para los entrevistados en la relación de conversación con el entrevistador. Con esto quiero decir que si bien mi consigna pedía una historia en relación al desarrollo de un malestar, lo que se contaba en las entrevistas no se restringía a esa forma, sino que también existían desvíos a través de anécdotas, comentarios sobre otros temas, descripción de situaciones presentes, entre otras. Creo que es importante considerar estos desvíos que no se insertan fácilmente en la historia principal desde la óptica de la interacción en curso, dado que en ese contexto pueden ser vistos como intentos de presentación de sí mismos que buscan evitar la equiparación entre la vida del entrevistado y la vivencia de la enfermedad.

Ahora, también es necesario hacer algunas consideraciones sobre las singularidades de los relatos. Más allá de sus características formales comunes, estos tuvieron diferencias que deben ser evidenciadas. Para empezar, diré que el relato de Alexis fue uno de los más largos y también uno de los más detallistas. En particular, el relato de Alexis es el único en el que se narra con mayor detención el inicio de los síntomas y su descripción, además del recuerdo que tiene de sí mismo en esos momentos. Los demás entrevistados solo mencionaban algunos síntomas sin entrar en detalles. En este sentido, Alexis también es quien describe con mayor detalle los lugares por los que pasó, en particular las actividades que realizaba en el Hospital de Día y los cambios que vivió en el mismo. En contraste, Tamara cuenta una historia en la que el paso por las instituciones es descrito superficialmente. Por otra parte, como ya se mencionó, su modo de referirse al conjunto de la historia de la enfermedad como «Break» es algo que no sucede en otras historias. Kenji, por otra parte, nos ofrece un relato bastante particular. En el suyo hay porciones de la historia que no son recordadas, especialmente en relación a la hospitalización, y en cambio el centro del relato está marcado por la muerte de su abuelo relativamente cercana a su salida de la hospitalización. Kenji no arma una historia donde al final su estado actual sea descrito como mejor que al inicio de la enfermedad; se describe como logrando superar las descompensaciones, sin embargo la cercanía de su

egreso del tratamiento en el Hospital de Día al momento de la entrevista, es descrita como negativa, en tanto lo dejaría sin una actividad concreta (pues no quiere seguir estudiando ni trabajar). En lugar de esta proyección concreta y a corto plazo, Kenji, a partir de la muerte de su abuelo, establece una línea de proyección futura, pues en su generación son pocos hombres y se ve a sí mismo en la obligación familiar de conservar el apellido. Finalmente respecto a Maite y su historia, cabría decir que es notable en ella, aparte de la forma de la historia descrita anteriormente, una constante reconsideración de las causas que la hacen «caer» en depresión; es decir, Maite a lo largo del relato va agregando y ponderando las causas de esa caída. Cabe resaltar que ese mecanismo narrativo también se presenta en Kenji pero solo en una ocasión.

Hechas estas consideraciones a continuación analizaré los principales fenómenos discursivos que son relevantes para comprender los efectos de subjetividad asociados a los relatos de los usuarios del Hospital de Día.

## **Análisis II.**

### **1. La construcción ajena de la historia.**

**13. Maite:** ah bueno yo(.) yo e:: e(.) cuando::: todo empezo e::: cuando yo tenía doce años(1) yo::::: empece a: °cortarme a tirar las cosas° (1) e:: empezo todo por una pataleta con mi hermano una pelea(.) y:::: y ahí me llevaron al medico::: porque yo me estaba(.) me que- me::: (alteraba yo::) (.) me hacia daño una vez me corte(.)una pura vez (1) y::::: (1) y todo empezó así que::: con una pataleta <y una vez me intente suicidar> (.) eh con una bufanda (.) y::: mi hermana me pillo::::: y ahí me enviaron al medico al(0,5) al roberto del río que es salud mental=

**14. César:** =ya

**15. Maite:** y:::(.) y::: (1) entonces ahí partio todo po me dijeron primero que tenía depresio:::::n (1) despue::s me llevaron pa(.) me trasladaron al felix ↑bulnes y ahí me dijeron que lo mio podía ser >principio de esquizofrenia< (2)

*Fragmento 1. Entrevista Maite. (Ver Anexo para simbología de transcripción).*

En la cita anterior, Maite está iniciando su relato. En el primer párrafo, Maite establece las causas de que la hayan llevado al médico, al principio a partir de la pataleta que tiene con su hermano, después en relación a un intento de suicidio. Hay una separación en el texto entre los enunciados en que Maite se atribuye una responsabilidad (*yo empecé a*) y los que indican el inicio de algo (*y todo empezó*). Es como si no fuera posible establecer una conexión entre la protagonista del relato y el proceso que en el relato se inicia, como si esa conexión se supusiera pero no fuera posible narrarla. Es incompatible hablar desde la voz «yo» a la vez que se habla de un proceso que ocurre a pesar de ese «yo», un proceso que simplemente «le» ocurre.

En este apartado revisaré un conjunto de fenómenos en los relatos, que pueden ser utilizados para caracterizar la historia de la enfermedad narrada por los usuarios del Hospital de Día como una historia que es construida como ajena, como un fenómeno que se les impone a sus protagonistas y del que los narradores intentan distanciarse.

### ***Imponerse las causas.***

Partiré revisando fragmentos pertenecientes al inicio de las entrevistas. La primera parte de la entrevista, la reacción a la consigna, es relevante pues define en cierta forma el meollo de la historia, es decir, de qué se va a hablar y que va a iniciar el movimiento del relato. Tomemos, por ejemplo, la entrevista de Kenji:

**15. Kenji:** mira(.) esto pasó como el año dos mil dos mil cuatro más o menos(.) comenzó porque::: mis compañeros me molestaban mucho(0.5) eh::: igual te tenía buena asistencia y buenas notas pero el problema es que se me se me quitaron las ganas de ir porque me molestaban mucho

**16. César:** porque te molestaban mucho? cómo era que te molestaban?

**17. Kenji:** [sí me pegaban me molestaban poh (5)

**18. César:** qué pasó después?=  
=

**19. Kenji:** =no después hasta::: no sé:: eh:: es que no sé es que yo empecé como una una depresión(.) no sé y::: cada vez me fui hundiendo más

**20. César:** hundiéndote?

**21. Kenji:** si (2)

**22. César:** y cómo era eso? (.)

**23. Kenji:** no sé po:: qu:: que cada vez me sentía más menos confia::do con menos ga::nas(.) no se ehm:: no sé:: como que tenía ya(.) la mirada perdida(.)

*Fragmento 2. Entrevista Kenji.*

Kenji parte estableciendo la causa del proceso que se inicia en que sus compañeros lo molestaban. Eso tendría un efecto sobre su modo de ser que le habría sido imposible de afrontar. La forma en que Kenji nombra ese efecto y proceso es «*Depresión*» y lo describe como un proceso de hundimiento (metáfora presente en otras entrevistas) que consistiría en la pérdida de ganas, confianza, y finalmente, de la mirada. Esta última forma de describir su cambio es interesante, aunque no hay mucho material para interpretarla, sin embargo se podría pensar que con ello se alude a una desconexión con el mundo exterior. Esta forma de relatar el inicio de sus síntomas lo sitúa como sujeto a un proceso exterior con causas externas que va produciendo una pérdida respecto a lo que él mismo sería. Eso que se pierde se podría rastrear con la referencia a las buenas notas y la asistencia. En esta clase de relatos introductorios pareciera producirse un modo de narración en el que el protagonista no actúa ni expresa nada excepto aquello que le pasa por encima. En este sentido, y en relación con el resto del material, esta clase de relatos sobre la acumulación de causas y efectos, servirían para introducir el quiebre con la vida previa que lleva hasta el curso más exaltado de la enfermedad.

Sin embargo, es necesario decir que el establecimiento inicial de las causas del proceso no es definitivo y se negocia a lo largo de la entrevista. Para tomar un ejemplo de un fragmento posterior en la misma entrevista:

**454. César:** eh:: y hay algo entremedio que tú sintai que falta que(.) no me hayai contado? Como::=

**455. Kenji:** =no nada(.) además que lo que- lo que:: me bajoneo más fue en el colegio:: (0,5) era la(.) <la niña que me gustaba>

**456. César:** la niña que te gustaba(.)

**457. Kenji:** si

**458. César:** cómo se llamaba?

**459. Kenji:** eh:: el mismo nombre que el con la que andaba ↑Karla se llamaba igual

**460. César:** Karla? igual que:: con la que andabai?

**461. Kenji:** si(.) pero en realidad m:: yo tuve >hartas oportunidades para decirle lo que sentía< pero siem- pero- pero(0,5) como siempre como que tuve miedo

- y no sé en realidad no (inaudible)=
462. **César:** =ya
463. **Kenji:** como que la deje(.) ha- hartas veces con la(.) como que:: con los signos de interrogación(0,5)
464. **César:** a ella?
465. **Kenji:** si
466. **César:** cómo es eso? no entiendo (.)
467. **Kenji:** no que eh:: que iba a hablar con ella:: al final no hablaba(0,5)
468. **César:** ah:: ya(.) ya=
469. **Kenji:** =y hasta ahora no entiendo porque al final puedo decir algo:: pero:: pero:: por ser (sincero) fui cobarde o no?
470. **César:** [mmm °si po::° puede ser(1) y:: entonces tu me decis que eso también estuvo ahí en el colegio aparte de:: eso del bullying y::
471. **Kenji:** si po en el colegio (2)
472. **César:** la niña que te gustaba?
473. **Kenji:** si (3)

*Fragmento 3. Entrevista Kenji.*

En este extracto, correspondiente a la parte final de la entrevista con Kenji, frente a la pregunta por si quisiera agregar algo que no me hubiera contado Kenji empieza a relatar que en su colegio había una niña que le gustaba a la que nunca se le pudo declarar. Sin embargo, lo sitúa en contraposición a algo más (455) frente a lo que este hecho sería relevante: probablemente, la cuestión de que lo molestaban sus compañeros. Al situarse como *cobarde* en relación a no habersele declarado a esta niña, la relación que se establece entre Kenji y esta causa de su *bajoneo*, queda dentro del ámbito de su agencia, dado que habría perdido las oportunidades y no habría hablado. Kenji logra así desmarcarse de la situación que había establecido para sí mismo al inicio de la entrevista, como víctima del *bullying* de sus compañeros, para situar su hundimiento en la depresión, en una zona de la que se hace responsable. Esta clase de giros posibilitan posicionamientos distintos y pueden ser entendidos como mecanismos de reparación narrativos, como se revisará en la discusión.

## ***Relatarse como objeto***

A su vez estos modos de establecer las causas que dan la partida al relato, se pueden relacionar con otro elemento observado en las entrevistas. De la misma forma en que las causas pueden situarse como sucesos exteriores que superan a los protagonistas, también en las entrevistas aparecen formas de habla que narrativizan una posible experiencia de objetivación. Así, por ejemplo:

**159. Kenji:** de aquí:: vine como dos semanas antes de que me ingresaran vine como dos semanas venía así venía un rato y me iba(.) y:: y después que me ingresaron y volví de nuevo(.) ahí empecé a ir todos los días(2) Por ejemplo aquí antes habían otros profesionales po la ca::rmen (.) había un lo eh::: el luis rome::ro el luis maña:::n la pila::r (.)

*Fragmento 4. Entrevista Kenji.*

En el fragmento anterior el relato de Kenji se ubica principalmente a través de la referencia a los tiempos de estadía y permanencia en el lugar, relatando sus movimientos desde la voz «me», afectado por las decisiones de otros. Cabe destacar que el modo en que se establece una diferencia en relación al pasado es en función de los profesionales que estaban en el lugar y no, por ejemplo, en relación a su propio estado anterior.

En ciertos momentos de la conversación, los entrevistados se ven enfrentados a la necesidad de contar la forma en que se trató lo que les pasaba y las decisiones que se tomaron en torno a ellos. Es en esos momentos donde se introduce lo que llamaré el relatarse como objeto. Con esto quiero decir que en esos trozos predomina una voz pasiva, donde el protagonista del relato queda ubicado como un destinatario sumido a las acciones de los demás. Esto se aprecia en (y provoca) narraciones donde el personaje identificado a los entrevistados no decide sobre las acciones que lo afectan, entregándonos una crónica desapasionada de los hechos. Sería una forma de contar su propia historia a través de la ubicación de lugares, descripción de hechos e introducción de personajes relevantes, pero sin implicación de ellos mismos, más que en una posición de testigos.

Algo similar se aprecia en el siguiente fragmento:

60. **Alexis:** (...) y fui donde la psicóloga y le conté lo que me pasaba y me dijo(0,5) sabes que tienes estrés(.) ansiedad generalizada(0,5) y le conté que veía cosas también que las de la sombra y::
61. **César:** mj:: ((aquí yo anote "psicóloga" en mi cuaderno))
62. **Alexis:** y::: y ella me dijo que me mando a un psiquiatra para descartar esquizofrenia y dijo(.) no creo que tengas esquizofrenia pero por si acaso y me mandaron a un Cosam de Pudahuel(.)
63. **César:** [ya
64. **Alexis:** Y::: ahí::: de nuevo vi a una psicóloga y la psicóloga me dijo(.) no la psicóloga el liceo la del Cosam(.) me dijo::: (1) parece que tienes algún tipo de::: algún tipo de de psicosis parece(.) así que te vamos a mandar al psiquiatra y:: me mandaron al psiquiatra que se llama el doctor(.) doctor Carmona(.) él que atiende a la Tania también(.) ahora yo fui como tres veces y nunca más lo volví a ver a él (...)

*Fragmento 5. Entrevista Alexis.*

Se repite un modo de contar que ubica a Alexis en este caso como algo que circula entre profesionales e instituciones, dónde su voz no se cita en ningún fragmento y en cambio sí aparecen las voces de los personajes autorizados. Además Alexis introduce, a través de ellos, categorías psicológico-científicas que serán muy importantes en su caso para relacionarse con la enfermedad.

### ***Usos de los Otros y El Olvido.***

Narrarse en una posición pasiva produce esta aparición de los otros como personajes que hablan y deciden en torno al protagonista. Sin embargo, esta necesidad de otros puntos de vista para sostener la narración no solo se aprecia a partir de esa forma impersonal de habla. También se observa en otros momentos del relato. Por ejemplo:

13. **Tamara:** (1) y ahí empecé a::: como te dijera (.) a:: a empezar la::: mi enfermedad(1) y después cuando mi mamá captó que yo estaba mal e:: que(.) que yo:: en realidad estaba mal que:: que empezaba a:: (ya me enfermé) (.) de ahí:: mi mamá me llevó al::: consultorio donde trabaja ella:: y vamos a un psiquiatra (1) (...)

*Fragmento 6. Entrevista Tamara.*

En el fragmento anterior, vemos como Tamara narra el inicio de su contacto con las instituciones de Salud Mental. Es de notar que en todos los relatos hay un momento en el que el protagonista es, mediando algún personaje cercano, entregado a las figuras autorizadas en torno al malestar. Por ejemplo en este fragmento, Tamara menciona que ella empieza su enfermedad, sin embargo el valor y el reconocimiento de lo mal que está debe llegar desde su madre. En todos los relatos se asocia contar el inicio de la enfermedad, el «caer/hundirse en depresión», las pérdidas que implica (de motivación, de socialidad) y las ganancias (lo que se ve, lo que se oye), con un momento en que se introduce la figura de otro, que se hace cargo del protagonista y lo lleva al Médico o Psicólogo, introduciendo las secuencias subsiguientes sobre el diagnóstico, el tratamiento, la hospitalización (si la hubo) y la llegada al Hospital de Día.

Así como el recurso a la voz y acción de otros en el fragmento anterior guarda una relación con la trama de la historia, en otros momentos esa apelación se utiliza para resolver la problemática del olvido. Se podría suponer que no recordar qué fue lo que pasó en cierto periodo del tiempo, en el contexto de una entrevista que pide la historia de un lapso de tiempo específico y que solo uno de los participantes de la interacción «posee», va a ser algo problemático. Más aún, si consideramos que las experiencias que he pedido que se relaten implican lo que en psiquiatría se llama «despersonalización» o «desrealización», siendo además que en el tratamiento se incluyen fármacos poderosos, internaciones forzosas, terapias electroconvulsivas, entre otros elementos que podrían dificultar el recuerdo. Y efectivamente, a medida que leía las entrevistas fue imposible no notar la proliferación de los vacíos, de los «no sé» y de pequeños relatos sobre «desaparecer» o «ser vaciado» de los recuerdos. En ese sentido, era relevante observar qué estrategias discursivas se desplegaban frente a la aparición de estas formas de olvido. Por ejemplo,

*((llega J. y nos saluda. También llega H. y nos saluda))*

**56. Kenji:** continuo hablando?

**57. César:** ya

**58. Kenji:** es::: es que te digo algo sinceramente

**59. César:** [mmh:

**60. Kenji:** cuando yo me enfermé (1) cuando estaba hospitalizao (0,5) no me



acuerdo de na=

61. **César:** =no te acordai nada cuando estabai hospitalizao
62. **Kenji:** [no (.) es:: mi mamá me dijo  
que::: había perdido la la noción. (0,5)
63. **César:** la noción? de qué?=  
64. **Kenji:** =del tiempo(.) (de la vida de:)(.) así:: vine a recuperar (.) todos mis  
sentidos (1) has::: un mes de hospitalizado (...)

*Fragmento 7. Entrevista Kenji.*

153. **César:** em::: tu me contabai que cuando::: cuando::: estuviste mal como que  
hay cosas que no te acuerdas como que te transformabas en o:::tra en otra  
persona=  
154. **Maite:** =si (2)  
155. **César:** de eso(1) de eso tienes recuerdos o::: en realidad es algo que(.)  
156. **Maite:** no me acuerdo (0,5)  
157. **César:** no? (1) y que(.) te han dicho algo sobre eso? (2)  
158. **Maite:** si mi mamá=  
159. **César:** =tu mamá  
160. **Maite:** me dice que me pongo como lo:::ca (1)  
161. **César:** si?  
162. **Maite:** que:: tiro las co:::sas(1) pero después yo no me acuerdo me pongo a  
dormir(1) no me acuerdo de nada más(2) y tambié::n yo entro en esta depresión  
>porque mi abuelita se murió ella era< mi:: (1) mi:: (.) yo era la regalona de ella  
(.) y mi abuelita se murió y:: y yo no quería hacer na:: no quería come::r(1) hubo  
un tiempo que estuve super flaca porque no comía nada(2) (...)

*Fragmento 8. Entrevista Maite.*

Luego de una interrupción, Kenji (Fragmento 7) comienza a abrir un espacio en la conversación, a través del «sinceramente». En lo anterior, Kenji venía contando cómo dejó de ir al colegio y supongo que, a través de esa palabra, Kenji muestra que esa historia no tenía un punto de llegada a la historia de hospitalización que seguiría después. Negocia conmigo el contar cómo no recuerda, a lo que yo accedo (60, 61) y así Kenji

puede, conservando la verosimilitud del relato, delegar en otro personaje, el de su madre, el testimonio de lo que le pasó (notemos que se narra a sí mismo en voz pasiva) y la causa del olvido: la pérdida de un atributo de su personaje. De hecho, en el párrafo 60 la pérdida se narra pasivamente pero en 64, al recuperar *la noción*, aparece el protagonista y se sitúa como centro nuevamente. En Maite (fragmento 8) se puede leer también la introducción de otra voz, su madre, para poder hacer el relato de algo que Maite no recuerda. Ahora claro, en este fragmento la aparición de ese personaje externo esta anclada en la pregunta que yo hago en 157. Sin embargo, la forma en que Maite se refiere a lo que le pasa en esos momentos adquiere una forma impersonal tal como se ha revisado. Es interesante que en este fragmento la palabra «loca» se use como tirar cosas, como descontrolarse, y es un atributo que se mantiene separado de Maite a partir del dormir y no acordarse. De hecho, en 162 al decir que en realidad ella no sé acuerda de lo que pasa en esos momentos, cambia la conversación para hablar sobre otras causas de su *entrada en depresión*.

Sin embargo la relación con el olvido no solo conduce a la necesidad de recurrir a otras voces para continuar la propia narración. También se producen alternativas. Por ejemplo, otra entrevista:

41. **Alexis** : (...) Y le conté eso (2) y (.) después empecé a:: a: (1) no tener después(.) empecé como a no tener muchos amigos::: no hablar así con na:::die y tenía los(.) andaba como así así con los ojos hacia arriba me dijo mi hermano y:: (2) m:::: pode podemos parar
42. **César**: sí
43. **Alexis**: para recordar
44. (( aquí me enrede con el mp4 porque nunca antes había usado su grabadora. mientras buscaba como pararlo sin perder la grabación le hablé a Alexis y quedo grabado))
45. **César**: com cómo llegaste a esto de tener amigos y después::
46. **Alexis**: No sé(.) es que:: yo tenía muchos amigos yo iba a una iglesia(.) yo fui a la iglesia desde los 6 hasta los 14 y después
47. **César**: [ya
48. **Alexis**: y después los quince me aparte de esa iglesia(.) ya podemos seguir

((me apresura con las manos. yo recién estaba entendiendo el aparato así que no tuve que detenerlo))

**49. César:** (risas) ya (.) te acordaste (...)

*Fragmento 9. Entrevista Alexis.*

Alexis inicia un nuevo relato en 41 que se interrumpe luego de introducir la referencia a otra voz (su hermano) que la de su propio personaje. Al decir que eso se lo dijo su hermano, se puede pensar que Alexis se saca a sí mismo de la posición autorizada para enunciar el relato de ese episodio y se vería obligado a continuar el relato desde otro punto de vista que el propio. En esas circunstancias hace uso de una de las reglas que se habían ofrecido en el consentimiento, de detener la entrevista en cualquier momento. Alexis ofrece una explicación para detener la interacción que es darse un espacio para recordar. Al empezar a buscar como accionar la grabadora yo introduzco un cambio en la situación, ya que en ese instante ya no son tres los participantes sino dos (yo y Alexis, sin el registro), y mi intervención posterior es una invitación a renegociar las referencias de orientación para continuar la historia. Alexis accede a ese intento y re-inventa la historia desde otra referencia que ahora sí lo incluye como narrador principal, y que, mediante la referencia cronológica, lo sitúa nuevamente en el papel de observador objetivo de su vida.

De lo anterior es posible decir en conclusión, que la experiencia de no acordarse de algo es tratada en la interacción como una falla, en tanto implícitamente se supone la exigencia (desde el entrevistador) de una forma específica de recuerdo que sería la que logra la narración orientada cronológicamente y contada desde la perspectiva del propio entrevistado, por lo que cuando ese tipo de narración se ve interrumpida, se habla de ella como un olvido y se renegocia la continuidad de la conversación a través de la búsqueda de nuevos orientadores (escenarios, voces apropiadas y creíbles, etc.). De esta manera, el entrevistado puede recurrir a situar su personaje como un objeto descrito por otros o puede renegociar las referencias de orientación de la narración para retomar una posición externa desde la que narrarse a sí mismo.

## ***Separarse del pasado.***

Otra característica de los modos de relatarse en el primer momento de la historia se puede ejemplificar en los siguientes fragmentos:

**21. Alexis:** (...) y:: primero yo no sabía no no me daba cuenta que era que:: si era verdad o era mentira lo que me pasaba porque:: (.) no sé era extraño(.) Uno de mis sueños alucinaciones yo estaba como en mi casa y el techo se abre (.) como si se abre y veo como toda la oscuridad del espacio así como una sombra (.) creí que era el diablo no se uh:: creí que era el diablo y::: (0,5) y digo porque me me haces sufrir tanto wa:: y despues me- me vino una crisis de pánico (.)

*Fragmento 10. Entrevista Alexis.*

**37. Alexis:** y::: y me siento que algo viene y me lleva todo lo que tenía mis sentimientos todo (.) y me siento vacío (.hhhhh) y me desmaye(1) y no estaba nadie en mi casa pero:::(0,5) pero yo(.) no le conté a nadie también hasta:: hasta hace poco(1) y::: me levante y::: y:: y seguí la vida no más Heh (1)

*Fragmento 11. Entrevista Alexis.*

**187. César:** y que- que recuerdas? qué te- que te produce?=  
188. Tamara: =lo que pasa es que yo ahí uno (.) no fum- >yo no te tocaba ni un cigarro<(.) ni un co- ni un trago na (.)

**189. César:** ya  
**190. Tamara:** yo me encerraba en la(.) en la pieza y lloraba y lloraba(0,5) y pescaba un bisturi <me cortaba> (1) lo primero que hacía:: cortarme(.)

**191. César:** ya

**192. Tamara:** e::: igual::: (0,5) igual te queda la marca en el brazo igual cuando(.) yo no sé como mi jefe me contrato con la marca en el brazo po (0,5) porque lo prime↑ro que hacen(.) es revisar los ↑brazos (2)

*Fragmento 12. Entrevista Tamara.*

Alexis (Fragmento 10) está contando el inicio de sus alucinaciones e introduce la dificultad para distinguir la verdad o mentira de esa experiencia. Quizás esto es más evidente en la conjunción sueño-alucinación: como buscando la diferencia entre una experiencia normal y una experiencia anormal. La fuerza visual del relato va aumentando hasta que se introduce la voz del protagonista quién se disuelve en lo que el narrador distingue como crisis de pánico. En el fragmento 11 observamos algo similar en términos del modo en que se cierra el relato de la experiencia, sin embargo, al momento en que los otros relatos en torno a los síntomas de Alexis introducían un término que daba cuenta de lo que pasaba al final, en este no se introduce nada excepto una forma de minimizar la gravedad o lo terrible de la experiencia para así poder introducirla como parte de la vida cotidiana. En este fragmento se podría decir que Alexis relata su experiencia como algo soportable y que, a diferencia del anterior, no requiere una matriz científica para sostenerla. Tamara, en el fragmento 12, venía de contar la forma en que recibía apoyo de otros usuarios del Hospital de Día y profundiza en los momentos en que se cortaba los brazos. Tamara introduce una diferencia entre ese entonces y el ahora en 189, donde en el presente la alternativa de fumar o tomarse un trago reemplaza el acto de encerrarse, llorar y cortarse. De esta forma Tamara se posiciona en el pasado como siguiendo un curso inevitable de acciones, donde cortarse es algo que queda fuera de la agencia de su personaje, mientras que en la actualidad se dispone de alternativas a esa acción, la narradora puede hacer algo que no podía hacer (algo que guarda relación con la historia singular de Tamara, dónde poder salir sola, «carretear», trabajar, es significado como haberse mejorado de la enfermedad).

Creo que en las citas anteriores se puede apreciar un procedimiento que consistiría en enfrentar las experiencias mediante la construcción de un relato (muy vivido, nítido y visual, en el caso de Alexis) donde la narración está puesta en el punto de vista del protagonista, mientras que al mismo tiempo se introduce una distancia desde un narrador actual que le da un cierre a esa experiencia. En este sentido, este modo de relatar ayudaría también a construir la diferencia entre una posición introducida en el relato, como un sí mismo pasado, y una instancia narradora desde el presente, como un sí mismo diferente de ese pasado. Como se mencionó anteriormente, en el ejercicio de tratar esa experiencia y controlarla, el discurso médico-psiquiátrico entrega buenas herramientas de distanciamiento, como es el caso de Alexis. Sin embargo, también es posible relatar esas experiencias y separarse de ellas desde otros discursos como el que

se apreció en el fragmento 10, un relato de tono más abnegado que ayuda a Alexis a conseguir una posición que termina valorando su capacidad a diferencia de lo que logra mediante la introducción de las categorías científicas. O en el caso de Tamara, desde el recurso al argumento singular que esta desarrollando en su narración. Es necesario decir que Kenji fue el único entrevistado que nunca entró en detalles en torno a sus experiencias sintomáticas. Podría pensarse que este modo de no hablar de esas experiencias ni re-vivirlas para el protagonista, puede ser una forma de controlarlas y a su vez controlar su historia al no profundizar en ellas y por tanto no marcarlas como eventos relevantes en su trayecto.

En lo anterior, se han revisado diversas figuras del relato que apoyan la tesis de una construcción de la historia como algo ajeno al narrador, al menos en los primeros momentos del relato de la enfermedad. Hacer una descripción no implicada de lo que pasó, establecer las causas como incontestables, relatarse como objeto, recurrir a la voz de otros y a las acciones de otros personajes así como separar al narrador actual del protagonista, son todos mecanismos que contribuyen a construir una imagen del pasado propio y del inicio del proceso de enfermedad como una experiencia que no dependió de los protagonistas, que se impuso, y en la que su presencia como sujetos agentes se ve disminuida. Además estos giros y figuras, en particular en relación a la experiencia de los síntomas y al recurso a los otros, permiten generar una separación entre el narrador actual y el personaje en el pasado, una cierta distancia entre la enfermedad y la actualidad que también sostiene lo ajeno de ese pasado y que va a ser mediado por un discurso que se revisará posteriormente. Sin embargo, esta imagen del pasado no es monolítica, es decir, también tiene fisuras que permiten la reintroducción de la agencia y la relación entre protagonista y narrador, como se revisó anteriormente, en la renegociación de las causas y de las referencias de orientación de la historia.

Por lo tanto, lo que prima en esta primera parte del relato es la experiencia ya vislumbrada en los fragmentos 6, 7, 9 y 10, en relación al olvido, a la desaparición, al vaciamiento, del sujeto que experimenta el proceso. Si sumamos esto al despliegue del relato de la enfermedad, que narra una progresiva introducción al tratamiento como una despedida(o una interrupción) de la vida anterior, se puede pensar que en esa experiencia también esta presente la desaparición de la condición de sujeto en quién nos narra esa historia. Si hay poco o no hay recuerdo, puede ser porque no hay más sujeto que aquel que ha

quedado objetivado al momento de iniciar el transito por las instituciones de Salud Mental. Se profundizará en esto en la discusión.

Es necesario decir que el transito previo a la llegada al Hospital de Día establece la orientación de la narración a los lugares por los que se paso o los profesionales que estuvieron a cargo del tratamiento. Por ejemplo, para Tamara, que estuvo simultáneamente en tratamiento en el Hospital de Día y en otras instituciones:

17. **Tamara:** y del crs a mi me:::: me derivaron al hospital diurno(.)
18. **César:** ya
19. **Tamara:** y ahí yo empecé ya con el tratamiento:::: con el Doctor Díaz que ahí(.) y ahí:::: me derivaron al felix bulnes(.)
20. **César:** al felix bulnes?
21. **Tamara:** y ahí yo estuve en psiquiatria infantil(.) con el doctor Díaz(1) Estuve como:: sus cinc- o seis meses u- sei::::s años más o menos(.)
22. **César:** seis años en el felix bulnes(.)
23. **Tamara:** [en el felix bulnes con el psiquiatría:: infantil (1) y desde ahí:::: estuve en psiqui- y ahí me derivaron a los veinte años me derivaron a psiquiatría adulto (1) Con el Doctor Donoso(.)
24. **César:** ya
25. **Tamara:** y ahí:::: empecé de doctor a doctor(.) y ahora estoy con el doctor Damas(.)

*Fragmento 13. Entrevista Tamara.*

Se puede leer en el fragmento 13, como esas orientaciones por los nombres de los profesionales y de los lugares se vuelven relevantes. Sin embargo, también aparece la relación entre esas orientaciones y una definición de sí a partir de las referencias institucionales; en tanto, el cambio que relata sobre sí misma en ese tiempo es el cambio de su pertenencia al área de psiquiatría infantil a psiquiatría adulto. En este fragmento, se resumen seis años de tratamiento, es decir, ese tiempo se puede relatar simplemente como el pasar de *doctor a doctor*.

En la mayoría de las entrevistas, el periodo en que ocurrió la hospitalización es marcado como el periodo de más álgido del malestar. Ese periodo coincide con los olvidos y con

una descripción explícita de lo mal que se llegó a estar. Me interesa rescatar de esto que por lo general el Hospital de Día empieza a ser relatado a partir de la salida de la Hospitalización, o luego de cerrar la narración sobre los otros lugares por los que se ha pasado. De esta manera, el Hospital de Día queda contrastado con las otras instituciones, se establece una diferencia y, al menos una forma particular de hablar de él que analizaré en el siguiente apartado.

## **2. La consistencia del Hospital de Día y El relato de la mejoría.**

**122. Alexis:** (1) y una vez estaba como cada una semana iba a mi casa como dos días(.) de ahí regresaba de nuevo al Roberto del río y en semana santa estuve como un:: una semana en mi casa yo feliz(.) en mi cama y:: una vez que- que me dice la:: encargada de y me eh:: la jefa de los psicólogos no sé(1) me dice eh:: ya ya estas listo para que te vayas(.) E::(.) yo dije por fin me voy a ir y dije(.) me dijeron te vamos a derivar a otro hospital O:: de nuevo de nuevo de día y de noche (.) no está vez de día no más y cómo se llama Hospital de día ah ya yo dije y:: una vez que salí del Roberto del Río al otro día me dep- fuí al hospital de día y:: (...)

### *Framento14. Entrevista Alexis.*

En el Fragmento anterior, Alexis narra el momento de su salida de la Hospitalización, específicamente el momento en que lo derivan al Hospital de Día. Alexis parte estableciendo una situación en la Hospitalización en la que puede ir a su casa y volver al hospital. La citación de la voz de la encargada y la suya propia producen una negociación entre lo que su personaje dice como posibilidad de irse y lo que la encargada le dice, que es derivarlo a otro lugar. La aparición de este lugar se puede tomar como calculada en el relato, es decir, se viene preparando la introducción del mismo y por ello se hace necesaria la intervención de otro personaje que presenta el lugar. Así, se puede decir que el Hospital de Día es introducido en relación a un cambio en la situación del protagonista (cambio definido desde el profesional que le comunica que *ya esta listo*) y que a la vez, es definido como un lugar distinto, desde la cantidad de tiempo que el protagonista tendrá que pasar en él.



## ***El Hospital de Día y el Encuentro.***

El Hospital de Día hace su aparición en los relatos a partir de la presentación desde otros personajes, principalmente profesionales, hacía los protagonistas. En ese sentido, los relatos están orientados a introducir el Hospital de Día como momento y esa introducción es producida marcando una diferencia. Es necesario hacer notar que el Hospital de Día es la única institución en las narraciones que tiene esa clase de presentación. Esto puede ser considerado como producto mezclado de la situación de entrevista y de la trayectoria objetiva de los usuarios, tanto porque, desde mi posición de practicante en la institución que investigo, mi consigna puede quedar situada como una pregunta por o desde la institución misma, como por el hecho de que el Hospital de Día es el final del trayecto en el tratamiento que siguen los usuarios. Sin embargo, si nos concentramos en la función de la presentación del Hospital de Día se puede decir que esta estrategia retórica introduce un lugar en el que el protagonista aún no está y que, por este medio, se produce la expectativa de que va a ocurrir algo en ese lugar.

**16. Maite:** y::(.) y:: (1) entonces ahí partio todo po me dijeron primero que tenía depresio:::n (1) despue::s me llevaron pa(.) me trasladaron al felix ↑bulnes y ahí me dijeron que lo mio podía ser >principio de esquizofrenia< (2) y ahí todos me hablaron de este hos↑pital poh (1) me dijeron que:: aquí hacían talle::res (1) que eran person- e::: que aquí iban a::(2) que iban a juntar dinero me iban a ayuda:::r y no sé que más (.) me dijeron que iban puros enfermos ((se ríe)) em::: el(.) el medico me decía(1) que tenían:::(.) que tenían el mismo problema mío (1) yo pensaba que era una este de locos así que(.) ((Riéndose)) que habías personas vestías de bla:::nco que habían ca:::mas (2) >y fue todo lo contrario porque cuando llegue< todos me apoyaron y::: y yo pensé que había que quedarse aquí po(.) y no po (1) es todo distinto porque aquí es bue:::no te ayu:::dan (1) gracias a ustedes he salido adelante po(.) pero lo mío también empezó porque me intentaron violar a mí (2)

### *Fragmento 15. Entrevista Maite.*

Por ejemplo, en el Fragmento 15, Maite viene de relatar como comienza su proceso de enfermedad. El inicio de este fragmento esta marcado por la búsqueda de la definición de lo que le pasa, que coincide con un traslado entre instituciones. Es de notar que al llegar a la definición «*principio de esquizofrenia*», Maite comienza a hablar del Hospital de Día en

función de lo que le contaron del lugar. Construye una imagen del lugar desde la voz del médico a partir de las actividades y la ayuda que le podían dar, pero principalmente, desde la condición de enfermos que tienen «*el mismo problema que ella*». Maite contesta esta imagen, con la imagen que construye su personaje, como la de un lugar de locos, vestidos de blanco y que duermen en el lugar. El giro que hace a partir de «*y fue todo lo contrario*» produce un contraste entre esas imágenes y lo que el lugar sería, donde se comienza a hablar del Hospital de Día como un espacio donde recibe «*apoyo*» y logra «*salir adelante*». Además, en la referencia a «*ustedes*» se puede leer la posición del entrevistador situado como miembro de la institución.

Lo que se describe del Hospital de Día, el modo en que se le da consistencia en los relatos, es esencialmente a través de la gente y la confianza que se encuentra en el lugar. Tal como aparece en el Fragmento 14, el Hospital de Día se establece como un espacio donde se recibe apoyo o ayuda de otros. Son estos modos de describir el Hospital de Día los que permiten entender en que consiste la diferencia que relatan sus usuarios entre esta institución y otras.

Para dar algunos ejemplos:

**33. Tamara:** y ahí::: empecé de doctor a doctor(.) y ahora estoy con el doctor Damas(.) y cuando YA:: empecé ya:: bien e- empecé ya a mejorarme todo e:: a mi ya me estaba derivando ya:: pal egreso(.) pa salirme pa retirarme del hospital (.) y ahí yo ahí:: conocí:: en el hospital diurno conocí al: (.) que actualmente que es mi amigo:: casi que como amigo:: hermano(.) ahí conocí al lu::is (0,5) conocí al: (.) al Jose (.) igual ellos dos cuando:: estaba mal igual me::: como me:: (1) me:: me apoyaron >todo< (.)

*Fragmento 16. Entrevista Tamara.*

En este Fragmento, Tamara parte relatando el relato de su tratamiento en el Hospital a partir de la referencia a pasar de doctor en doctor y terminar en un Doctor en específico. Al subir la voz en «*ya*», Tamara introduce un quiebre en el relato que será aclarado posteriormente. Relaciona el comienzo de su mejoría con su llegada al Hospital de Día, introducido a partir de la palabra «*conocí*» la misma que usa para referirse a los amigos que tuvo en el lugar. Se mencionan sus nombres y se establece una relación más cercana

incluso que la de amigos a través de la palabra «hermano». El cuadro que establece Tamara genera la posibilidad de recibir su apoyo cuando ella estaba mal. Tamara relata una forma de enfrentar su malestar que implica a otros, una especie de enfrentamiento que deja de ser individual e introduce una reciprocidad en la disponibilidad del apoyo. Esto dado que más adelante en la entrevista, Tamara no solo será receptora del apoyo de otros sino que también conferirá el propio. Es a partir de la existencia de ese apoyo que se comprende la mediación que introduce la mejoría en el relato, como se vera después.

**406. César:** es que me preguntaba como que:: me dijiste que despues del funeral de tu abuelo como que no pasó mucho (.) como:: me da como la impresión como que:: >no pasó mucho acá en el hospital tampoco< como que [no hiciste muchas cosas no no

**407. Kenji:** [eh:: en realidad no me acuerdo mucho

**408. César:** no te acordai mucho?

**409. Kenji:** no es que(.) >pasó hace muchos ↑años (0,5)

**410. César:** ya(.) pero:: si tu me tuvierai que contar la historia:: tuya acá en el hospital que- que me contarai?

**411. Kenji:** no sé:: que- que vengo del dos mil- del dos mil seis(.) no se:: que sigo vinie::ndo que he hecho hartas cosas aquí ah:: he conocio gente amigos mi psico::loga(.) hartas personas (2) ↑eso (2)

#### *Fragmento 17. Entrevista Kenji*

En este fragmento de Kenji, a diferencia de lo que ocurre en las demás entrevistas, no hay un lugar definido que marque la entrada al Hospital de Día. Tampoco hay presentaciones o introducciones al lugar. Tal como se lee al comienzo del Fragmento 17, Kenji no desarrolla un relato sobre el Hospital de Día, sobre cómo llega allí, si es diferente o no, cómo se sintió, etc. En su relato, lo que en el fragmento 17 es definido como no acordarse, es su estadía en el Hospital de Día como el paso del tiempo, como un tiempo del que no se acuerda o, para decirlo de otra forma, del que no hay nada de que acordarse. Sin embargo y a pesar de esa ausencia, cuando le pido a Kenji que me hable del Hospital de Día lo que me cuenta se desarrolla a partir de dos orientaciones: la fecha en que llego al lugar y la gente que conoció en el mismo. Si bien en Kenji, el Hospital de Día no se narra como el lugar dónde ocurre su recuperación, el lugar se compone a partir

tanto de los profesionales como de los usuarios que conoce allí. Por otra parte, Kenji se apoya en los demás, sin embargo en un sentido distinto:

616. **César:** (...) no po(.) heh heh heh na(h)da- (0,5) oye qué entendí tú por descompensarte?=  
617. **Kenji:** =no sé(.)  
618. **César:** que te pasa cuando te descom?  
619. **Kenji:** [emp- empezai a escuchar voce::: no dormí::: (0,5)  
por ejemplo aquí los chiquillos todos so-son re tontos sabí por qué?  
620. **César:** por qué?  
621. **Kenji:** porque l- la mayoría(0,5) >son súper tontos porque se< cortan los bra::zos se hacen ta::jos yo nunca me he cortado ↑nada (.)  
622. **César:** [m:::  
623. **Kenji:** son tontos po- porque se ha- hacen daño solos(.) eso es verdad po o no?  
624. **César:** m::: entonces tú soy diferente a ellos? no así esas cosas  
625. **Kenji:** ↑no:: po porque porq- porque nunca (.) >porque nunca he podido hacerme daño a mi mismo=  
626. **César:** =m:: (2)

*Fragmento 18. Entrevista Kenji.*

En el fragmento 18, mi intención era pedirle a Kenji una clarificación de lo que entendía por descompensarse, palabra que había usado en un momento anterior. Lo interesante es que cuando en 619 me entrega una descripción de lo que eso significa (que a la vez retoma un relato anterior en torno a esos síntomas) gira para distinguirse de los demás usuarios del Hospital de Día. Esta vez les dice «*tontos*» (no «*cagaos de la cabeza*» como les dice a los chicos del hospital psiquiátrico). De esto me entrega razones inmediatamente, aunque modulando que sean todos y aumentando el calificativo, pero el punto esencial en el que puede separarse a sí mismo es gracias a que él nunca se ha cortado o se ha hecho tajos. Hacerse daño a sí mismos como tontera, y no haberse hecho ese daño como una forma de, a pesar de pasar por las descompensaciones, valorarse en relación a los demás. Discursivamente, Kenji construye su diferencia frente a los demás usuarios del Hospital de Día desde aquello que él no hace y los demás sí, lo que al mismo

tiempo le permite dejar atrás o disminuir la importancia de las «descompensaciones» que es con lo que se inicia la conversación. De esta forma, Kenji logra, construyendo esa diferencia, producir una valoración positiva para sí mismo, posicionándose como mejor que los demás, o en otros casos, como con más esperanzas, como menos alienado, como, a pesar de lo que sufre, logrando mejorías.

A diferencia del caso de Kenji, los demás entrevistados relatan lo que encuentran en el Hospital de Día no desde la producción de una diferencia sino desde el encuentro con otros con los que se puede compartir el enfrentamiento al malestar. No se relata con particularidad las actividades específicas del Hospital de Día (talleres, psicoterapia, etc.). En cambio, aparecen los nombres de las personas con las que se comparte, tanto usuarios como profesionales. Según los relatos, lo más relevante del Hospital de Día no son las actividades que se desarrollan en el mismo sino más bien el logro de una confianza con las demás personas. En relación a esto:

- 214. Alexis:** y:: (2) los primeros días me gusto el hospital de día pero después no(.) como que no me sentí no me gustaban mucho los talleres de teatro por ejemplo(.) empezaba a faltar por cua- ponía cualquier excusa para faltar (.) hubo una vez que falte como tres semanas y me:: me llamaban no iba nunca(.) tres semanas no fui al hospital de día(1)
- 215. César:** y por qué? te aburriai?(.)
- 216. Alexis:** sí:: no no se(.) no me gustaba(.) y una vez que(1) y faltaba mucho también falte una vez porque me daba amigdalitis(.) casi siempre pero también si me dolía la uña también faltaba igual no sé ((risa)) claro por faltar no más (.)y:: y si iba al hospital de día llegaba tarde era como a las 10 la entrada y llegaba como a las 12 (.) era por puro flojo no más(.) y:: después empezó a gustarme los talleres no más todo eso(.) empecé a venir regularmente los lunes a viernes(.)
- 217. César:** cómo es eso de que te empezaron a gustar(.) qué te paso=
- 218. Alexis:** =no se:: es que:: empecé a tomarle el gusto a los talleres(.) por ejemplo el de biblioteca musical yo traía música que me gustaba y era:: más(.) exponía con los demás les mostraba lo que me gustaba por ejemplo y eso me gustaba(.) (...)

*Fragmento 19. Entrevista Alexis.*

En el fragmento 19, Alexis narra su primer encuentro con el Hospital de Día. Al principio cuenta como a partir de que no le gusta uno de los talleres empieza a dejar de asistir poniendo excusas. Lo interesante de este fragmento es el modo en que Alexis narra el cambio de su relación con el Hospital de Día como «tomarle» el gusto a los talleres. Al hablar de ese cambio comienza a referirse a sí mismo, a la posibilidad de mostrarles a los demás lo que le gustaba. Eso lo aleja de la caracterización de sí como «flojo» que hace un poco antes. De esta manera, se puede decir que el Hospital de Día se construye en este fragmento como un espacio que se mantiene constante, dónde es el protagonista quien cambia, dejando de ser flojo, y mediante ese cambio se hace posible su permanencia en el lugar, al tomarle el gusto y el gusto de mostrar a los demás lo que a él le gusta.

### ***Del apoyo a la Mejoría: el cambio y sus logros.***

Se ha mostrado anteriormente como el Hospital de Día es caracterizado en el relato como un lugar donde los protagonistas encuentran a otras personas con las que pueden juntarse para enfrentar el malestar. A partir del encuentro con ese apoyo, un quiebre del relato (quiebre iniciado en el contraste asignado al Hospital de Día) se hace posible y se pasa al relato de la recuperación o mejoría. Ese quiebre puede ser explicitado, como ocurre en el siguiente fragmento:

**33. Tamara:** (...) (1) me:: me apoyaron >todo< (.) entonces yo ahí yo::: (.) cuando el::: ya mi familia me apoyaron y:: e::: los chiquillos y ahí empece yo empece dije ya(0,5) con este::: con apoyo que tengo ya::: con el apoyo de lo::: (.) de los profesionales yo allí yo dije ya (.) yo me pongo en las manos de dios y:: y el sabe lo que hace(0,5) y ahí yo::: ahí:: empece a mejorarme e::: (1) no sé si conoce a la Nora? a la psicóloga?

**34. César:** [a la psicóloga? (.)] ya=

**35. Tamara:** =la Nora ya me encontró bien(.) me dio el egreso y ya:: poco días ya el treinta de septiembre yo:: (.) me fui de alta °po° (1) y ahí:: yo ahí salí del hospital(.) y del hospital:: con mi psicóloga? con la:: Verónica Núñez(1) ella me:: cómo te dijera me dió el::: la dirección del colegio todo y ahí empecé al tiro (1)

*Fragmento 20. Entrevista Tamara.*

En este fragmento (que continúa el fragmento 16 citado anteriormente) Tamara narra ese quiebre en el relato, que se hace evidente en las citas a su propia voz. Mediante el «y ahí empece yo empece dije ya» Tamara provoca un corte con la trayectoria de enfermedad, introduciendo en su cita la decisión de mejorarse, la entrega en este caso, a «las manos de Dios». Es necesario destacar que el encuentro con el apoyo tanto de las personas que conoce en el Hospital de Día como con el de su familia son el antecedente de su decisión. A su vez, el relato produce una trama donde a partir de ese quiebre se hace posible la mejoría. Es decir, la mejoría queda mediada por la decisión de entregarse a ese apoyo y a Dios. Si se compara este modo del relato con algunas de las formas en que la historia se volvía ajena en el apartado de análisis anterior, es posible decir que en este fragmento también se mantiene una posición pasiva u objetivada respecto al proceso. Sin embargo, como se revisará a continuación, es en la voluntad de los protagonistas (implícita en este fragmento, como se entiende a partir del giro que produce la cita a su voz) y en los cambios en sí que viven en el Hospital de Día, donde se sostiene el discurso que produce la mediación entre el malestar y la recuperación.

El proceso de recuperación que relatan los usuarios del Hospital de Día puede ser diferenciado a partir de dos dimensiones, una referida a los cambios que se producen en los protagonistas que condiciona la recuperación y otra, en relación a lo que se representa como signos de haber *salido adelante*. Partiré por la primera de ellas:

137. **César:** m::j (1) y tu aca(1) tu decíai que te ha servido porque te hay sentido como acogi:::da como::=
138. **Maite:** =si me he sentido super bien(.) comoda (2)
139. **César:** pero si tu pensarai así como::: qué es lo que ha hecho::: el hospital de día como:: que ha cambiado en tí °no sé respecto a ante:::s°
140. **Maite:** [que camb=
141. **César:** =con respecto a otros lugares por ejemplo?
142. **Maite:** no::: yo prefiero (.) en vez de otro lugares yo prefiero el hospital este (2) porque ha cambiado mucho mi vida porque me han enseñado cosas muy(.) muy grandes(1) me han enseñado a quere::rme (1) me han enseñado a aprend- me(.) me han enseñado a aprender de la vi:::da(0,5)
143. **César:** como aprender de la vida?

144. **Maite:** por ejemplo::: me han enseñao e::: a estudia:::r (.) cosas me::: me enseñaa:::n (.) cosas nuevas po (2) y::: ha sido °todo muy bueno pa mi° esto (4)

*Fragmento 21. Entrevista Maite.*

En este fragmento, se parte definiendo la situación de Maite en el Hospital de Día. En 139 le pido a Maite que establezca alguna diferencia entre el Hospital de Día y otros lugares en los que estuvo en relación a lo que habría cambiado en ella. Maite contesta expresando su preferencia por el Hospital de Día dado que le habría *enseñado cosas muy grandes*. Eso permitiría hacer una diferencia con otros lugares. Ahora bien, lo que le han enseñado consistiría en *quererse, aprender de la vida*, y es frente a esto último que yo pido una aclaración. Maite trata de definir lo que sería aprender de la vida y llega a decir que son *cosas nuevas*, cerrando el punto, y agregando que eso ha sido bueno. En este fragmento, se puede leer la construcción de lo que hace el Hospital de Día en la protagonista como la entrega de una enseñanza que a su vez implica un cambio en el personaje, o en la relación del personaje con lo que sería su vida. Algo similar se aprecia en lo siguiente:

319. **César:** entonce::s (0,5) tu historia sería más o menos así (.) tu estabas en el colegio:: (.) despue::s(.) tu mamá te llevo a:::l consultorio(.) después al c r s (0,5) y despue::s al hospital de día(.) y al felix bulnes (1)
320. **Tamara:** °y ya yendo al felix bulne:::s° llevo como:::(.) sus ocho años allí=
321. **César:** en el felix bulnes?
322. **Tamara:** si (3) pero en el hospital::: diurno::: (.) crecí como persona igual (0,5)
323. **César:** ya::
324. **Tamara:** °y eso°
325. **César:** y eso:: (.) a qué te refieres con es↑o::?
326. **Tamara:** que::: (.) porque ahí ahí niños que::: quedan::: (loco) así:: (0,5) yo ahí yo crecí como persona:: como::: (0,5) como::: ahí:: aprendí:: a(.) a:: madura:::r (0,5) y eso (5)

*Fragmento 22. Entrevista Tamara.*



En el Fragmento 22, yo parto realizando una recapitulación de lo que Tamara había contado. Tamara hace una especificación sobre lo que yo dije y luego, en 322 interviene para hablar sobre el Hospital de Día. Esto a su vez, por la continuidad de esa afirmación propone una diferencia respecto al Hospital General que se menciona antes. Tamara dice que lo que le paso en el Hospital de Día fue «*crecer como persona*». En 326, se profundiza en eso, en tanto crecer como persona es *madurar*, en contraposición a los niños que quedan *locos*. De este fragmento, se desprende que la maduración, el crecimiento como persona, es lo que permite no haber quedado como loco.

De los fragmentos anteriormente citados se desprende que el Hospital de Día es relatado como un lugar que entrega un cambio en la relación de los protagonistas respecto a si mismos y sus circunstancias, y que ese cambio puede ser entendido como el posibilitador de la mejoría. En este sentido, estos cambios vividos como nuevos aprendizajes o más bien como posiciones frente a la vida, deben ser entendidos en relación al contenido de la mejoría tal como es relatada por los usuarios del Hospital de Día.

En segundo lugar, en los relatos se despliegan un conjunto de indicadores que van construyendo la forma en que se produce la mejoría desde el estado de malestar. Por ejemplo, al analizar el siguiente extracto:

288. **Kenji:** (...) (2)y mi papá que era e::l mayor de sus hijos habló p-eh:: pero te digo a mí papá eh:: yo nunca lo había visto tan destrozado(.) estaba destrozado onda llo-lloraba como como:: no sé como que no:: no se podía contener(.) no sé
289. **César:** cuando lo viste tu-tu a tu papá?
290. **Kenji:** cuándo cómo?
291. **César:** porque tu me dijiste que no pudiste ir a verlo o sí?
292. **Kenji:** aonde?
293. **César:** a-al entierro
294. **Kenji:** no si fuí
295. **César:** ah::: ya ya si °sorry° (.) entonces tu veiai a tu papá que estaba súper mal= (0,5)
296. **Kenji:** si po:: e-él habló pal entierro(1)
297. **César:** él habló

298. **Kenji:** [°si° (0,5)
299. **César:** y qué te pasó a tí ahí?(0,5)
300. **Kenji:** no ↑nada
301. **César:** [no?
302. **Kenji:** igual me sentí pe:::nca porque me puse a llo:::ar (0,5) no pero igual pero::: yo creo que- que a::: a::: haber superado su muerte es buen logro no?
303. **César:** °si po°
304. **Kenji:** e:: un buen logro por parte mia no?
305. **César:** ((asentí con la cabeza)) (4) entonces eso fue importante para tí como e-ese mo:::mento
306. **Kenji:** ((asiente con la cabeza)) (5)

*Fragmento 23. Entrevista Kenji.*

Kenji, narrando como fue el funeral de su abuelo, cuenta como veía a su papá en ese momento: destrozado, llorando, incapaz de contenerse. Luego de un momento en el que me reoriento en la narración, le pregunto a Kenji, en 299, que fue lo que le pasaba a él, lo que obliga a situar la narración desde su propia voz. Allí comienza situándose desde una posición desventajada, por llorar, equiparándose a la destrucción que veía en su papá. Sin embargo, gira en el «no» para situar la superación de la muerte de su abuelo como un buen logro. Trata de confirmar ese logro mediante mi aprobación a lo que yo termino accediendo. De esta manera, se puede ver que la introducción del relato del funeral de su abuelo en Kenji, le permite establecer un punto de valoración de sí mismo, dentro de una narración que cuenta predominantemente con pérdidas. Ese punto le permite situarse en el relato como mejorando, algo que se produce a partir de la comparación con la situación de su padre, que se destroza, mientras él logra superar esa muerte a pesar de llorar. Lo que se pone en juego en este trozo es que es posible pensar que Kenji establece un lugar en el relato donde se comprueba el comienzo de su salida de la enfermedad, comienzo que ocurre fuera del Hospital de Día, y que también tiene una característica individual, como una capacidad para enfrentarse a los sucesos dolorosos (se podría contrastar con las causas que pone Kenji para el comienzo de su proceso, el Bullying, su cobardía para hablar con la niña que le gusta).

En el siguiente fragmento se puede observar una variación de lo anterior:

39. **César:** (...) y entraste a estudiar::=
40. **Tamara:** =el año pasao
41. **César:** ah ya
42. **Tamara:** el primero de abril del año pasao=
43. **César:** =ya
44. **Tamara:** y ahora::: como::: ya me siento mejor y ya(.) >antes yo no podía salir sola po< (2) tenía que salir con mi mamá con mi::: hermano no ma(.)
45. **César:** ya
46. **Tamara:** y ahora::: puedo salir al- pal centro °pa todos lados° (0,5)
47. **César:** m:::
48. **Tamara:** y::: eso (5)

*Fragmento 24. Entrevista Tamara.*

En el Fragmento 24, en 48, Tamara cierra la primera narración de su experiencia de enfermedad y tratamiento. En este sentido se puede pensar que el discurso que menciona antes de llegar a 48 es la evaluación de lo que ha contado, el comienzo del cierre. Esa evaluación ocurre desde el presente, al decir *ahora* Tamara hace coincidir a la narradora y a la protagonista, en un estado de mejoría que es sostenido desde lo que antes no se podía hacer y lo que ahora sí. En ese sentido, «*poder salir*» *sola* es el signo que en Tamara define la mejoría, lo que a su vez se conecta con la superación de una dependencia de su madre y su hermano. En este sentido, se puede decir que Tamara construye su mejoría desde el logro de una autonomía como capacidad individual, es decir, la reconoce en poder salir sola, cuando antes salía acompañada.

Ese logro de una autonomía no debe ser entendido simplemente como una diferenciación o una separación de los demás. No se refiere simplemente al logro de una individualidad, sino más bien a una forma de control sobre ellos mismos. En el siguiente fragmento se puede profundizar en ello:

247. **Maite:** (...) me aislaba(.) no compartía con nadie (2) lo único que yo hacía era estudia::r estudia::r (2) sacarme notas y no conversaba con nadie(1) como que mi amigas me invitaban para ir a compartir con ella::s me llevaba::n pero(.) ahí yo seguía aislada (2) pero cuando chica no era así(.) cuando tenía como diez año::s no ocho por ahí yo era(h) to::: era alegre (h)po era:::

compartía con to::o (1) >y ahora de nuevo soy así< ahora comparto con todo::  
y lo que más me gusta es conversar (1) conversa:::r baila:::r distrae::rme (.)  
como que- volver a ser la Maite de nuevo=

248. **César:** =ya

249. **Maite:** °no sé° ((se rie)) (2)

250. **César:** (2) o sea como que:: en realidad ese periodo fu- era::: era como otra  
Maite como que(.) tu sientes ahora que fue algo muy distinto::? (.) de lo que tu  
eres?(0,5)

251. **Maite:** si=

252. **César:** si? (2) y::: y hay cosas que rescates de ese tiempo::? (.) cosas que::  
por ejemplo >ahora tu sientes que estas mejor que antes< supongo=

253. **Maite:** =mucho mejor

254. **César:** sí? (.) por ejemplo algo que:: (1) algo que te gustara? (1) de todo  
eso(.)

255. **Maite:** nada

256. **César:** nada? Nada::=

257. **Maite:** =no::: (.) no porque no compartía con nadie(2) estaba aisla:: no  
hablaba nada(1) era::: era muy tímida (4) y ahora no::: po ahora estoy bie::n  
(1) ahora comparto con todos(1) si tu me conocis po ((risas)) (1) me rio por  
to::do también a todo le busco el sentido del humor (5) así que::: eso po (.)  
gracias a Dios estoy bien ahora (5)

#### *Fragmento 25. Entrevista Maite.*

En el fragmento 25, Maite estaba hablando sobre sus expectativas de entrar al colegio y de sus antiguos compañeros. Luego de una pregunta mía, comienza a hablar sobre la experiencia de interrumpir sus estudios y empieza a relatar como era ella en ese tiempo. Maite se define principalmente como *aislada*, preocupada de estudiar y sin compartir. Contrapone esta situación a su forma de ser en «*cuando era chica*», situación que en el ahora habría recuperado, de modo que esa forma de ser sería lo que ella realmente es, volver a «*ser la Maite de nuevo*». Vemos como Maite, a partir de mi pregunta en 254, define la situación que narra anteriormente, su modo de ser en el colegio, como una situación de la que no rescata nada. En ese sentido, ser tímida, aislada, no compartir, son formas de ser que valora negativamente; en 257, establece una contraposición desde el

«*ahora estoy bien*», que define lo que habría sido su mejoría, como compartir y reírse. De esta manera, el fragmento 25 da cuenta de la mejoría entendida como lograr establecer relaciones con los demás y también como poder distraerse (a diferencia de concentrarse en estudiar, en sacarse notas), lo que puedo interpretar como el logro de una capacidad de gestión de sí mismo, de ser capaz de manejar aquello que definía su malestar o lo que le incomoda de sí.

### ***Lecciones sobre Voluntad y Madurez.***

Se puede decir que tanto la presentación del Hospital de Día como lugar donde ocurre el encuentro con un apoyo, el relato de la mediación de la mejoría desde un proceso de aprendizaje o maduración y la construcción del contenido de la mejoría como el desarrollo de una capacidad para relacionarse consigo y con otros, son relatos, metáforas e imágenes, que están conectadas. Así, se puede decir como una especie de argumento analítico que el Hospital de Día se establece como lugar en que ocurre el encuentro con un apoyo que lleva a una nueva actitud (madurez, aprender de la vida) y que está última permitiría desarrollar una autonomía, una autorregulación que indicaría el fin del malestar. Sin embargo, a este argumento es necesario agregar un último elemento que permitirá entender el modo en que los relatos de los usuarios producen una posición subjetiva que los ubica en relación a su proceso de enfermedad. Este último elemento será el discurso sobre la mejoría, la lección o moraleja que les queda a los protagonistas a partir de la vivencia del proceso.

103. **César:** (...)y eso es como un logro que tu vei(.) de haber estado en el hospital  
(.) como:: haber podido salir por ejemplo a:: (.) °andabai en el banco  
ahora<sup>o</sup>(.) o sea ir so::la hacer esos tramites esas cosas(.) cachai? (1) qué  
otras cosas pensai que han cambiado de entonces?=  
104. **Tamara:** =e::: la ma(h)dur(h)ez  
105. **César:** la madurez?  
106. **Tamara:** si(.)  
107. **César:** como e::: como  
108. **Tamara:** [es que antes yo era más infantil (.)  
109. **César:** ya::  
110. **Tamara:** yo::: por ejemplo a los quince yo jugaba con muñecas po(0,5)  
111. **César:** ya

112. **Tamara:** y a los quince pucha: (. ) jugaba a: a la escondida(0,5) todos los juegos de chico: los jugaba(.) pero cuando yo ya tuve los dieciocho años ya yo ya(.) ya yo ya empecé a: madura:r (0,5) que la casa que el trabajo(.) todo=
113. **César:** ya (2) pero: tu lo relacionai eso con(.) con haber pasado por un tratamiento:: por haber estado co::
114. **Tamara:** m:: puede ser que si (.) o sea igual: yo sigo con tratamie::nto todo
115. **César:** si?
116. **Tamara:** <igual e:: con pastillas con:: (. ) es que yo>(. ) lo que pasa es que con la enfermeda:: yo siempre he dicho(.) yo no puedo la enfermedad no me puede ganar a mi (.) yo le tengo que ganar a la enfermedad(0,5) entonces como yo ya:::: empecé a ganarle a la enfermedad y::: (1) y ahora me preocupo <del colegio del trabajo de mi casa (.) de repente salgo con mi: hermana>(. ) o de repente los viernes cuando los tengo libres salgo a carretear: todo(. )

*Fragmento 26. Entrevista Tamara.*

Con anterioridad al fragmento 26, Tamara venía hablando sobre su trabajo y en específico que antes (de mejorarse) su mamá la tenía que ir a buscar. Yo marco ese cambio y trato de relacionarlo con el Hospital de Día. Sin embargo la pregunta que formulo en 103 es más general, le pregunto sobre otras cosas que han cambiado. La risa entre las palabras de Tamara en 104 muestra que decir «*la madurez*» no es algo simple, al decir «*madurez*» Tamara lo dice riéndose lo que le permite conservar una posición de valor como narradora y a la vez poder relatar lo que la llevo a madurar. La madurez como cambio queda definida en negativo por los juegos *de chico* y en forma positiva por la preocupación por la casa, por el trabajo (tal como se profundiza en 116). Le pregunto a Tamara si eso tiene algo que ver con el tratamiento por el que pasó y Tamara se reubica como aún en tratamiento, pues aún debe tomar pastillas. Vemos que a partir de esto Tamara le da una voz reflexiva a su personaje que enuncia «*la enfermedad no me puede ganar a mi, yo le tengo que ganar a la enfermedad*», de manera que es esa enunciación, esa voluntad de la protagonista es lo que produce que le empiece a ganar a la enfermedad. Ganarle a la enfermedad queda unido a la idea de madurar, dado que a partir de tener la voluntad de ganarle a la enfermedad ella puede preocuparse del trabajo, de la casa, del colegio, y se le hace posible salir (ya no se preocupa de los juegos),

coincidiendo así con lo que sería ser maduro. La madurez como un efecto de la determinación de ganarle a la enfermedad y en ese sentido, la enfermedad posicionada como rival, como adversario que intenta ocupar la vida.

En este sentido, creo que es posible decir que en los relatos de los usuarios del Hospital de Día existe una suscripción a un modo de hablar y evaluar el proceso de la enfermedad como ligado a la fuerza de voluntad individual, fuerza que debe contraponerse a la enfermedad. Esa suscripción ayudaría a entender porque la introducción del Hospital de Día en los relatos implica un momento reflexivo de los protagonistas, desde donde deciden tener confianza para superar el malestar (por ejemplo, Fragmento 20 y Fragmento 15). Ahora si revisamos el siguiente fragmento:

**220. Alexis:** y::: a ver déjame pensar un rato (10) empecé a venir regularmente al hospital de día y despue::s en(.) cuan(.) ya:: ya me empecé a juntar con el José con el enrique y(.) me gustaba venir al hospital de día (.) y de repente me dice la Sandra ((su psicóloga en el hospital de día)) alexis ya es estas listo para irte (.)dije por qué >yo quiero venir más todos los días< empecé a venir más todos los días de la semana después una vez a la semana después una vez cada dos semanas(.) después solamente a la terapia individual y después en septiembre del dos mil::: nueve(.) me dieron de alta en el hospital de día(0,5) yo creo fue un buen proceso para mi porque aprendí muchas cosas (: ) descubrí nuevos amigos y::: aprendí que si uno aunque uno tenga una enfermedad puede salir adelante y:: si se lo propone(.) eso

*Fragmento 27. Entrevista Alexis.*

El fragmento 27 es el final del relato que Alexis hace sobre su proceso en el Hospital de Día a partir de una pregunta que le realizo en la parte final de la entrevista. Alexis cuenta como le «*tomó el gusto*» al Hospital de Día y como empieza a venir «*regularmente*», las personas con las que se junta, para finalmente contar como su psicóloga le comunica que ya va a irse. Luego empieza a marcar como la cantidad de tiempo que permanece en el lugar empieza a descender hasta que llega la fecha en que le dan de *alta*. Alexis evalúa su proceso en el Hospital de Día y es interesante que lo haga desde el hecho de haber aprendido algo y que lo que aprendió sea la posibilidad de salir adelante, aunque se tenga una enfermedad, si se lo propone. En este sentido, Alexis utiliza un modo de cerrar el

proceso que tiene la forma de moraleja, y que así se puede conjugar con los otros mecanismos narrativos que se han revisado, en especial, los que suponen una modificación de los protagonistas que hace posible la mejoría (aprendizaje o maduración). Para Alexis, en esta dirección, lo que el Hospital de Día le enseña es esa posibilidad de la voluntad que logra sacarlo adelante, donde la enfermedad queda situada como exterioridad, como fuerza ajena y contraria a los intereses de una voluntad que debe ser más fuerte.

Me referí a esta forma de entender el proceso de mejoría como moraleja pues puede ser encontrada aplicada a otros momentos de la entrevista. Veamos el ejemplo de Tamara:

451. **César:** (...) terminai el otro año el colegio(0,5) como:::::(.) ↑na po que me contarai::: (1) qué esperai ahora::: de lo que se vi↑ene? (.) que querí hace:::r
452. **Tamara:** [ o sea:::: yo cuando termine el año (0,5) yo este otro año(.) yo voy a hacer la práctica de mecanico(0,5) termino trabajando y:::: ahi:::: yo(.) quiero entrar a estudiar un:::: preuniversitario (0,5) pa estudiar:::: parvulo de inglés(2)
453. **César:** parvulo?
454. **Tamara:** o::::: o psicología(0,5)
455. **César:** psicología::: (1)
456. **Tamara:** una de las dos cosas(2)
457. **César:** y por que queris estudiar esas cosas?=  
458. **Tamara:** =no se es como:::: (0,5) me tinca el::: parvulo de ingles o::: psicologia(0.5)
459. **César:** ya
460. **Tamara:** °y eso° (2) igual::: (1) si uno quiere salir adelante::: lo va a hacer (2)

*Fragmento 28. Entrevista Tamara.*

Tal como se puede leer en el Fragmento 28, Tamara cuenta lo que espera que ocurra una vez que termine el colegio. Establece una serie de evento ordenados que terminarían en concretar la posibilidad de que ella pueda estudiar párvulo de ingles o psicología. Me interesa destacar que el discurso que Tamara articuló para establecer su relación con la enfermedad (ver Fragmento 26) se vuelve a utilizar aquí pero para aplicarlo a su futuro.



Las categorías siguen siendo las mismas (querer y salir adelante) sin embargo el opositor de este proceso ya no aparece definido como enfermedad. Esto es importante en tanto las líneas que los relatos de los usuarios del Hospital de Día trazan hacían el futuro comparten sus contenidos en términos de volver al colegio y estudiar algo o trabajar. La necesidad de una fuerza que los mantenga en ese curso se puede conectar al discurso que les permite salir de la enfermedad. Sin embargo, el reverso de ese discurso lo podemos encontrar en Kenji:

422. **César:** (...)tu estay ahora e::n proceso de egreso(.) o no?
423. **Kenji:** parece(3)
424. **César:** y qué pensai de eso?()
425. **Kenji:** si:: es que e-el problema es que sa-sa- salgo de aquí de- despues que voy a hacer? nada o no?=  
426. **César:** =cuando salgai de acá?
427. **Kenji:** si::
428. **César:** te preocupa como que no vay a hacer nada?()
429. **Kenji:** si po::(.) >cómo que< qué voy a hacer? si:: >no sé estudiar no tengo trabajo qué más voy a hacer? < (.) si po:: es que además no puedo estar- no puedo estar todo el día en la casa jugando wii o no? (5)
430. **César:** o sea que tu veís como:: no veí mucho en lo que podai hacer cuando salgai?
431. **Kenji:** [°si°
432. **César:** y no:: (.) y:: esto como hacer algo despue::s(.) intentar hacer algo? °no°?=  
433. **Kenji:** =es que:: es que colegio(.) en el colegio:: ya perdí la esperanza(0,5)
434. **César:** si?=  
435. **Kenji:** =en el colegio ya-↓ya perdí la esperanza(15)

*Fragmento 29. Entrevista Kenji.*

En este fragmento de la entrevista con Kenji le pido que se refiera al inicio de su proceso de egreso del Hospital de Día. Kenji parte estableciendo que es un problema para él y que el problema es que no va a hacer nada fuera del Hospital de Día. En 425 Kenji formula una pregunta cuya respuesta es que no sabe estudiar ni tiene trabajo. Jugar con su

videojuego queda descartado como posibilidad (y queda la duda de si eso tendrá que ver con como Tamara describe la madurez, como dejar de jugar). Al preguntarle si no podría intentar hacer algo en 432, Kenji cierra esa posibilidad estableciendo que con el colegio perdió la esperanza, quedándonos ambos en silencio. Ese silencio se vuelve significativo pues la respuesta de Kenji es incontestable, en tanto esa pérdida se vuelve definitiva e impide considerar la trayectoria que otros usuarios siguen, como posibilidad: volver a la escuela, encontrar un trabajo. En cambio, Kenji se posiciona en otra posibilidad del discurso que destaca la voluntad como factor decisivo donde su lugar es el de un personaje cuya voluntad no basta para recuperar el curso normado de la vida, sino que en cambio no sigue (o podría decirse, se resiste) a seguir ese curso. La pérdida de las esperanzas le permite a Kenji mantenerse en la situación de aquel cuya vida ha sido interrumpida por la enfermedad, logrando mantenerse en ese espacio de interrupción en el que lo que le pasa y lo que lo define debe ser establecido desde afuera, en este caso, desde las actividades del hospital de Día, donde la posibilidad de que ya no estén allí es para el protagonista algo que le crea un problema.

## **Discusión y Conclusiones.**

El objetivo de la presente investigación era abordar los relatos en torno a la enfermedad y el tratamiento de los usuarios de un Hospital de Día para trastornos psiquiátricos severos que desarrolla su trabajo con adolescentes, analizándolos en tanto narrativas que producen la subjetividad de los hablantes a través de variados mecanismos que se abordaron en el apartado anterior.

Se describieron, en primer lugar, los cuatro tiempos que se identificaron en los relatos: una «situación anterior» de estabilidad que se ve interrumpida por una serie de eventos en «Los comienzos y la caída a la enfermedad», para luego iniciar un trayecto por las instituciones de salud mental en el «paso por la enfermedad y tratamiento» que termina con la llegada al hospital de día y la «salida a la actualidad», donde el malestar disminuye, se retoma la vida anterior y se establecen perspectivas futuras. Como se dijo anteriormente, los relatos establecen un trayecto que implica la producción de un malestar y la superación del mismo hacia una situación de mejoría, que sin embargo supone una pérdida de la situación anterior. En la tipología que ofrece Gergen (1994) se podría ubicar estos relatos en una *trama progresiva*, donde el enfrentamiento de la dificultad implica la pérdida de una situación anterior, que sin embargo lleva a una situación nueva que es vivida positivamente, como un cambio en sí mismo. Por otra parte, si se compara los relatos de esta investigación con los tipos que describen Adame y Hornstein (2006) para la escritura de experiencias autobiográficas de estrés emocional, se puede decir que las tramas de los relatos se organizan como *narrativas de sufrimiento revelador o propositivo*, dado que el evento que inicia el proceso de enfermedad y tratamiento es tratado como negativo para el protagonista, pero posteriormente será relatado como positivo en tanto posibilita un cambio en el protagonista que es descrito como mejoría.

Es posible pensar que la forma y el contenido de los relatos en sus primeros dos momentos y en lo que analicé como «La construcción ajena de la historia», entregan elementos que coinciden con los procesos biográficos de trayectoria. Los relatos articulan en sus primeros momentos un cambio desde una situación estable hacia una inmersión en el malestar. La construcción de una posición pasiva u objetivada desde la que se narra, coincide con el esquema narrativo de una trayectoria que supone el enfrentamiento a eventos incontestables de modo que la acción del protagonista desaparece o queda

condicionada por fuerzas externas. El sufrimiento se vuelve el tema del relato en esos momentos y los modos de contar que lo acompañan sostienen una posición en la que el narrador queda fuera de la responsabilidad por las acciones que se narran.

En este sentido, la progresiva centralidad que asume el malestar en el relato implica también el desarrollo de una separación con el modo de ser anterior al inicio del proceso. Se mencionó que se podía establecer una relación de pérdida respecto a lo que se era en el inicio, pero también una sensación de cambio hacia el final. Esto, en los relatos analizados, se puede relacionar con una pérdida de la vida anterior, pero también con el ingreso a un sub-mundo social definido desde la pertenencia a un tratamiento psiquiátrico o a una categoría diagnóstica, lo que concuerda con las observaciones que hace Goffman (1961) para las Carreras Morales en términos de una progresiva segregación de los individuos que son indicados y se asumen como desacreditados. Por ejemplo, en una investigación en Brasil, Moll y Saeki (2009) concluyen que las relaciones sociales, posteriores a enfermar, en los pacientes con esquizofrenia, tienden a limitarse a los familiares o a los conocidos en los centros de rehabilitación, lo que no les permite acceder a una red social más amplia. Para nuestro caso, se puede pensar que el momento en que los otros hacen «entrega» del protagonista a los personajes autorizados sobre el malestar, representa la apertura de una carrera nueva, que se confirma en el momento del diagnóstico.

A este respecto, la introducción de las acciones y las voces de otros en los relatos de los usuarios del Hospital de Día puede ser entendida desde la producción de una posición subjetiva. El uso de estos recursos ubicaría a los protagonistas, en el caso de recurrir a las acciones de otros, como objeto de la intervención de los demás personajes, mientras que, en el caso de recurrir a la voz de otros, terminaría por sacar a los narradores de la posición autorizada para hablar. Pareciera que el derecho de contar queda restringido por el hecho de haber visto y vivido, en pleno uso de las facultades, los acontecimientos que se van a narrar. Es, tal como plantean Treichel y Schwelling (2003), como si se produjera la imposibilidad de distanciarse de las palabras de otros, de no poder referirse a esos hechos más que de la forma en que se los han contado. Se puede decir, entonces, que la construcción de esa historia ajena produce una posición de testigo para los protagonistas, tanto de las acciones de otros sobre sí como de los dichos que otros tienen sobre lo que pasó.

Entonces, en los primeros momentos del relato y en lo que se ha llamado «La construcción ajena de la historia» se produce una posición de sujeto en la que los hablantes quedan ubicados como objetos-testigos. Como si asistiéramos a la desaparición de la condición de agente del protagonista y una pérdida de autoridad de habla por parte del narrador. Esa posición es resultado de mecanismos como hacer una descripción no implicada de lo que pasó, establecer las causas como incontestables, relatarse como objeto, recurrir a la voz de otros y a las acciones de otros personajes así como de separar al narrador actual del protagonista en el pasado. En varios puntos, estos modos de relatar podrían ser equiparables a las características descritas por Riemann y Schütze (1991) para las trayectorias de enfermedad, pero particularmente en torno a la narración del desarrollo de las dinámicas de enfermedad y tratamiento que producen una acumulación de desorden y un cambio en relación a la propia identidad y biografía del protagonista.

Por otra parte, a partir del análisis en el apartado anterior se puede decir que el eje agencia/sujeción es muy importante para entender estos relatos. En cierta forma, se puede pensar que la oposición entre «elección y fortuna» (Reynolds, Wetherell y Taylor, 2007) es esperable en los relatos autobiográficos y que el uso que se haga de sus polos dependerá de los efectos discursivos que estén en juego. En el caso de los relatos que he analizado, existiría por un lado una modalidad de posicionarse como pasivo frente al relato (derivada del narrarse como objeto de otros, de la introducción de voces no-yo al relato, etc.). Sin embargo, en medio de esos recursos, se pudo mostrar algunos momentos de agenciamiento del protagonista en el relato, como estrategias para recobrar cierto control sobre la narración. Por una parte, la renegociación de las causas como mecanismo de control narrativo (Sisto y Fardella, 2009) permitiría pensar en un evento interaccional donde se revisita la historia para defender una posición subjetiva específica, en tanto la causa del proceso puede situar al protagonista como responsable de ese inicio o viviendo los efectos del mismo. De esta manera, se abre la posibilidad de reintroducirse en cierto punto de la historia como un agente y no, por ejemplo, como siendo objeto del *Bullying* de sus compañeros, en el caso de Kenji.

En esta misma dirección, el establecimiento de una separación entre un sí mismo pasado y un sí mismo actual desde el que se narra, también puede ser entendido de otra manera.

Este mecanismo, que cierra las experiencias del protagonista desde una posición actual del narrador, puede ser tomado como el desarrollo de la función conclusiva (Bajtín, 1979) en la narración autobiográfica. La experiencia en el pasado es relatada vivamente, lo que permitiría cumplir el doble objetivo de hacer verosímil y legitimar la posición de testigo de esas experiencias a partir de la reproducción visual, corporal, sensorial, de las mismas, a la vez que permite encapsularlas como eventos pasados y controlados a través de las categorías que el narrador introduce desde la actualidad. En este sentido, a la vez que se logra separarse de ese pasado, se adquiere una posición autorizada para hablar, pues nadie más que el protagonista puede hacer ese relato detallado (por ejemplo, de los síntomas). Asimismo, esto puede ser relacionado con el mecanismo de footing o doble posicionamiento que describen Georgaca y Gordo-López (1996) para la producción de una subjetividad unificada: en este caso, también se produce una diferenciación entre dos voces, dónde una termina por concluir a la otra, y además, la voz que realiza esa acción se coloca desde una posición que en la actualidad se asume como recuperada o mejor que en ese antes.

En el desarrollo de los relatos se observó que la producción de posiciones alternativas a las posiciones objetivadas en el relato se liga a la explicación de lo que en el Hospital de Día les habría pasado a los usuarios. Se ha establecido anteriormente que el Hospital de Día aparece en los relatos marcando una diferencia con otras instituciones o con las expectativas de los usuarios. El Hospital de Día ingresa al relato como un lugar donde se conocen otras personas, donde se recibe un apoyo que marca una distinción. Es a partir de estas cualidades del Hospital de Día que se comprende su posición como mediador en la mejoría: tanto porque queda ubicado en una posición intermedia en el relato entre el malestar y la mejoría, así como porque es lo que se encuentra en él, lo que posibilita que los protagonistas mejoren.

Esto es evidente en relación a la aparición de un quiebre en el relato que antecede la recuperación. Se veía anteriormente como la posibilidad de comenzar a mejorarse queda definida por una decisión que se produce a partir del reconocimiento de un apoyo y la posibilidad de sostener una voluntad. En este sentido, el argumento que el Hospital de Día permite introducir puede ser entendido como un *Esquema de Acción Biográfico* (Schütze, 2007), un momento en que se produce un intento activo por darle un curso a la vida en la narración.

Se mencionó anteriormente como lo que ocurre en el Hospital de Día es relatado como un cambio, un proceso de aprendizaje o maduración. Consiste en un cambio en el modo de ser de los hablantes que asegura salir del malestar. Es decir, se entiende que lo que los ha sacado de la enfermedad es madurar, por ejemplo, asumir responsabilidades, saber *tomarse* las cosas, apreciarse. En fin, y en palabras de Tamara, «*crecer como persona*», y lograr una relación con cierta zona de sí mismos mediante la cual otros se hacían cargo de ellos.

De esta manera, en la objetivación, en la interrupción de la vida anterior, en el malestar mismo, la enfermedad, sin ser mencionada ni personificada en los relatos, adquiere la consistencia de un adversario. Es en esa adversidad que se hace posible el argumento que conecta la maduración, el aprendizaje, el apoyo, el Hospital de Día: es decir, la inclusión de la voluntad de enfrentar la enfermedad como condición para superarla. La moraleja que sacan los usuarios del Hospital de Día de su paso por la institución, de su encuentro con el apoyo, es la necesidad de una fuerza que ellos deben ejercer en contra de la enfermedad, para salir adelante, para recuperarse. El Hospital de Día figura, finalmente, como el espacio en el que se adquiere una lección de vida que luego se podrá aplicar a otras experiencias. En suma, una lección sobre la voluntad que se enfrenta a cualquier cosa, «*si se lo propone*».

Podría pensarse una relación entre el modo de tratamiento que queda implícito en ese circuito, donde lo anterior al Hospital de Día, asociado al diagnóstico y la figura del médico psiquiatra, queda situado como momento doloroso cuyo tono cambiará en el encuentro con el Hospital de Día, donde el relato se articulará en función de la recuperación. Pareciera que estos relatos transitaran desde la experiencia de objetivación en el diagnóstico hacía la recuperación y subjetivación a través del Hospital de Día, tal como se describió anteriormente.

Me he preguntado en esta investigación por la producción de subjetividad en los relatos de los usuarios de un Hospital de Día para adolescentes diagnosticados con Trastornos Psiquiátricos Severos. A partir del análisis previo y según las consideraciones anteriores se pueden desprender dos modos de producir subjetividad presentes en los relatos: uno, relacionado a la ajenidad de la historia en el primer momento, que sería la producción de una posición de testigo-objeto del proceso; y otra, asociada a la llegada al Hospital de

Día y la recuperación, que sería la producción de una posición como persona madura que ha superado la enfermedad a partir de su propia decisión. Tal como se mencionó anteriormente, el Hospital de Día queda situado entre esas dos posiciones como un mediador, como un lugar donde se adquiere lo necesario para pasar de una a otra.

Tomando en cuenta la posibilidad de entender estas posiciones subjetivas como parte del ejercicio de poder ligado a un dispositivo inserto en un modo de gobierno liberal, creo que la posibilidad de relatarse como teniendo un lugar de agencia en su propia recuperación o tratamiento sería algo esperable, lo que apoya Doron (2008a) en términos de la libertad regulada que estos dispositivos se encargarían de promover. El entenderse los individuos a sí mismos como unificados y autosuficientes, libres y autónomos, y entonces, como causa de todo lo que les pasa (Ema, 2009), es una concepción que se integra bien a la idea que desarrollan finalmente los usuarios y usuarias del Hospital de Día sobre sí mismos. Existe todo un trozo de la trama y del habla que enfatiza la experiencia de objetivación, experiencia ligada a instituciones de tratamiento asociadas a la producción de la enfermedad, donde los hablantes se adscriben diversas propiedades, el aislamiento, la incapacidad, el ser sobrepasados y sacados de sí mismos. Pero al contrario, el final del relato aparece como un descubrimiento del poder y la capacidad individual. Si se piensa en términos de distintos dispositivos asociados a regímenes de subjetivación específicos, es posible decir que, en los relatos de los usuarios del Hospital de Día, ésta institución aparece como ligada a la producción de una subjetividad que se entiende como libre, responsable, capaz, con un ideal de maduración que guía el proceso de recuperación. Los protagonistas, a través del Hospital de Día, logran establecer nuevas relaciones consigo mismos (de dominación: al separar su pasado y su presente; de regulación: al tomarse mejor las cosas), nuevas prácticas (como la confianza en personas que viven los mismos procesos) y todo ellos bajo una autoridad (Del Hospital de Día y de sus profesionales) y un régimen de verdad específico (el ideal de maduración, la fuerza de la voluntad). Y en ese sentido, solo se cuelean en los relatos las prácticas de la institución que promueven agencia y responsabilidad (el taller de biblioteca musical, donde puedo mostrar mi interés, mi trabajo, exponerlo ante los demás), mientras que otras quedan referidas a las relaciones sociales logradas a través de ellas.

He revisado algunos fenómenos discursivos presentes en los relatos en torno a la enfermedad y el tratamiento de jóvenes usuarios de un Hospital de Día para Trastornos



Psiquiátricos Severos, que me han parecido relevantes para abordar los modos de producción de subjetividad que se ponen en juego en ellos. Es en este sentido que he abordado estas historias como fuente de prácticas discursivas que construyen la subjetividad de los hablantes. Ya finalizando este proceso, creo que la forma en que pensé y desarrollé esta investigación puede haber jugado en contra de los objetivos que la misma perseguía. Esto porque la petición de un relato sobre la historia de la enfermedad y su tratamiento (enunciado como contar la historia desde que se sintieron mal hasta la actualidad) puede haber introducido un centro narrativo que haya bloqueado el libre despliegue de otras narrativas relevantes para la construcción de subjetividad de estos jóvenes. Aunque esas historias, como anécdotas o desvíos, no han dejado de aparecer en los relatos de mis entrevistados, otras investigaciones podrían tratar de sortear estos problemas mediante la petición de relatos de vida completos o mediante formulaciones menos específicas.

Por otra parte, creo que el estudio del modo en que las nuevas instituciones que han aparecido con los nuevos planes de Salud Mental, requiere no solo centrarse en los efectos de subjetividad que se intentaron rastrear en los relatos de los jóvenes del Hospital de Día, sino también en las prácticas de los usuarios y los profesionales, así como en los discursos de las políticas públicas, aspectos que aún quedan por abordar y que permitirían articular los diversos niveles que este problema presenta. Por lo que es dominio de esta investigación, los efectos de subjetividad esperados en términos de la aparición de un modo de ejercicio del poder biopolítico asociado a dispositivos de seguridad, no aparece como un discurso directamente conectado al discurso de las instituciones sino como una modalidad particular que ya se revisó anteriormente. En este sentido, se requieren más investigaciones tanto sobre las prácticas de las nuevas instituciones, sus diferencias, parecidos y relaciones con otros sectores del Sistema de Salud Mental, así como de sus relaciones con el discurso que las legitima.

Finalmente, se han descrito múltiples formas en que los usuarios del hospital de día quiebran la narrativa objetivada que se desarrolla al principio de los relatos. Estas, que podrían ser entendidas como resistencias discursivas a esos procesos de objetivación, han sido rastreadas en el discurso, y posiblemente no estén articuladas a una resistencia real, por decirlo de alguna manera, frente a los efectos que las acciones y las categorías (científicas, psiquiátricas, políticas) pueden tener sobre sus vidas. En relación a esto

cabría seguir ahondando en los modos que tienen los individuos que hacen uso de instituciones del Sistema de Salud Mental, de resistir o apropiarse de las definiciones que este les impone, a nivel tanto de sus prácticas como de sus discursos.

## **Bibliografía.**

- Abarzúa, M. (2010). Diagnostico de primer episodio de esquizofrenia: Trayectorias de adolescentes. *Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos*. Universidad De Chile Facultad De Ciencias Sociales / Facultad De Medicina. Magíster en Psicología Clínica de Adultos.
- Abarzúa, M. y González, M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología*, Vol. XVI, N°2.
- Adame, A., y Hornstein, G. (2006). Representing madness: How are subjective experiences of emotional distress presented in first-person accounts? *The Humanistic Psychologist*, 34, 135-158.
- Antaki, C. (2005) *An Introduction to Conversation Analysis*. Extraído de <http://www-staff.lboro.ac.uk/ssca1/sitemenu.htm>
- Appel, Michael (2005). La entrevista autobiográfica narrativa: Fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México [127 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art.16, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502160>.
- Araya, C. (2001). Hay que arar con los bueyes que se tienen: Servicios Públicos y Salud Mental. *Revista Persona y Sociedad*, Santiago, Chile. 2001
- Arensburg, S. (2011). *Dispositivo Jurídico y Tramas de Calificación Victimal. Estudio Cualitativo: Víctimas de delito y Ruta procesal penal en Chile*. Tesis Doctoral, Doctorado en Psicología Social, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Assoun, P. (2006). El malestar social no se psicoanaliza. *Psikeba – Revista de psicoanálisis y estudios culturales*. Extraído el 1 de junio de 2010 de [http://www.psykeba.com.ar/recursos/entrevistas/Paul-LaurentAssoun.htm#\\_ftn9](http://www.psykeba.com.ar/recursos/entrevistas/Paul-LaurentAssoun.htm#_ftn9)
- Bajtín, M. (1979). *Estética de la Creación Verbal*. México: Siglo XXI, 1998.
- Bertaux, D. (1993): "Los relatos de la vida en el análisis social", en Aceves, J., (ed.). *Historia oral*. México: Instituto Mora - UAM, 136-148.
- Bourdieu, P. (1985) *Qué significa hablar*. España: Editorial Akal.
- Bourdieu, P. (1986). La ilusión biográfica. En *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62/63.

- Brockmeier, H. y Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promesas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Extraído de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722003000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300011)
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Prometeo, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal.
- Coetzee, Jan K. & Rau, Asta (2009). Narrating Trauma and Suffering: Towards Understanding Intersubjectively Constituted Memory [49 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 14, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902144>.
- Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente*. 1ª ed. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Cooper, D. (1964) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Cornejo, J. (1995). Análisis bibliográfico y caracterización de algunas estrategias de metodología cualitativa: historias de vida y grupos focales. *B. Inv. Educ*, 10. Fac. de Educ. Stgo. pp. 231-249.
- Davies, B. y Harré, R. (2007). Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. *Atenea Digital*, Otoño, Número 12. Extraído el 19 de julio 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/537/53701213.pdf>
- De Certeau, M. (1980). *La invención de lo cotidiano. Las artes de Hacer*. México: Universidad Iberoamericana, 1999.
- De Gaujelac, V. (1993). Historia de vida y sociología clínica. En: De Gaujelac, V. y Roy, S., (1993). *Sociologías clínicas* (Paris: Desclée de Brouwer, 1993)
- De La Cuesta, C. (2004). *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Editorial universidad de Antioquia. Medellín.
- De Marinis, P. (1999). Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos (O: un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo). En: Garcia, F., y Ramos, R. (Comps.). *Globalización, riesgo, reflexividad*. Tres temas de la teoría social contemporánea, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Deleuze, G. (1995). Post-scriptum sobre las sociedades del control. En: Deleuze, G. *Conversaciones 1972-1990*. Pre-Textos, Valencia.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1972). *El antiedipo. Capitalismo y Esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Devillard, M. (2004). Antropología social, enfoques (auto) biográficos y vigilancia epistemológica. *Revista de Antropología Social* - Vol. 14 2005. Extraído de

<http://revistas.ucm.es/porta/abrir.php?url=http://revistas.ucm.es/cps/1131558x/articulos/RASO0404110161A.PDF>

- Díaz, F., Erazo, J., y Sandoval, C. (2008). Actuales Políticas Públicas para la Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. *Revista de Psicología*, Vol. XVII, Nº 1.
- Díaz, J. (2008). El sufrimiento medicalizado. *Cultura de los cuidados*. Año XII, n. 23 (1. semestre 2008).
- Doron, C. (2008a). La maladie mentale en question. *Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, nº2, *Les maladies mentales*, PUF, Paris, avril-mai 2008.
- Doron, C. (2008b). La regulation comme technique de gouvernement des conduites. ARABEN. *Revue de GREPH Grpe de Recherche en Epistémologie Politique et Historique*, nº4, *La régulation entre sciences de la vie et sciences du gouvernement*, Paris, Janvier.
- Eltit, D. (1989). *El Padre Mío*. Santiago: Francisco Zegers Editor
- Ema, J. (2009). Capitalismo y subjetividad. ¿Qué sujeto, qué vínculo y qué libertad?. *Psicoperspectivas*, VIII (2), 224-247. Extraído el 19 de julio 2011 desde <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Fernández Droguett, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política [52 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), Art. 38, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0604380>.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foucault, M. (1963) *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*.
- Foucault, M. (1973). *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano... Un caso de parricidio del siglo XIX presentado por Michel Foucault*. Editorial Tusquets: España.
- Foucault, M. (1976) *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Foucault, M. (1991a) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1991b) *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (1996). *Tecnologías del yo y textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2006a). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. (V.M. Salomoni, Ed., & H. Pons, Trad.) Argentina: Fondo de cultura económica.

- Foucault, M. (2006b). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France 1977-1978*. (H. Pons, Trad.) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Argentina: Fondo de cultura económica.
- Gálvez, A. y Tirado F. (2004). Claves psicosociales para la comprensión del conflicto en los entornos virtuales. *Revista Persona y Sociedad*. Volumen XVIII, Nº 1, abril.
- Garay, A., Iñiguez, L. & Martinez, L. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y procesos cognitivos*. No 7 pp 105-130. Extraído el 19 de julio 2011 de [http://www.uces.edu.ar/publicaciones/pdf/revista\\_subjetividad/revista\\_subjetividad\\_2005\\_n7.pdf](http://www.uces.edu.ar/publicaciones/pdf/revista_subjetividad/revista_subjetividad_2005_n7.pdf)
- Georgaca, E., y Gordo-López, A. (1996). ¿Sujetos fragmentados o múltiplemente situados? Un estudio psicoanalítico de los discursos psicóticos. In A. J. Gordo-López & J. L. Linaza (Eds.), *Psicología, discurso y poder: Metodologías cualitativas, perspectivas críticas* (pp. 301-315). Madrid: Visor.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y relaciones*. México, Editorial Paidós, 1996.
- Gergen, K. (2006) *El Yo Saturado. Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporáneo*. Editorial Paidós
- Goffman, E. (1961) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Goffman, E. (1991) *Los momentos y sus hombres: Textos seleccionados y presentados por Yves Winkin*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, M. (2004). Impacto en la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia. *Trabajo de investigación para optar el título de maestría en salud colectiva*. Facultad de enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Gonzales, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. *Index Enferm* v.18 n.2 Granada abr.-jun. 2009. Extraído el 15 de Julio del 2011 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Gubrium, J. y Holstein, J. (1998). Narrative practice and the coherence of personal stories, *The Sociological Quarterly*, 39(1): 163-187.
- Harré, R. (1979). *El ser social. Una teoría para la psicología social*. Alianza: Madrid.

- Iñíguez, L. (2001). Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En E. Crespo (Ed.), *La constitución social de la subjetividad* (pp. 209-225). Madrid: Catarata.
- Laing, R. D. (1987) *Razón, demencia y locura: la formación de un psiquiatra*. Barcelona: Editorial Crítica, Grupo editorial Grijalbo.
- Mallimaci, F. y Giménez Béliveau, V. (2006) "Historia de vida y métodos biográficos" en Vasilachis, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa* , 175-212. Barcelona: Gedisa México: Siglo veintiuno.
- Meneses, J. (2007). La reflexividad como herramienta de investigación cualitativa (I). *Nure Investigación*, nº 30, Septiembre - Octubre 07. Extraído el 15 de julio del 2011 de [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FORME T\\_303072007121312.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FORME T_303072007121312.pdf)
- Ministerio de Salud [Minsal] (2002). Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en Psiquiatría. Extraído el 1 de junio de 2010 desde [http://www.redsalud.gov.cl/temas\\_salud/proteccion/saludmental2.html](http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/proteccion/saludmental2.html)
- Ministerio de Salud [Minsal] (2005a). Guía Clínica Primer Episodio de Esquizofrenia. 1ª Ed. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2005b). Grupo de tarea "Red de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana". Plan de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana. Desarrollo de Servicios de atención cerrada y Urgencias. 2005, Ministerio de Salud: Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. En Psiquiatría Comunitaria en Línea. <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/weblinks/viewcat.php?cid=3>
- Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5).
- Moll, M. y Saeki, T. (2009). Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009 Nov-Dec;17(6):995-1000.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Proyecto de política de salud mental. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. Extraído el 1 de agosto 2011 de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/49.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf)
- Parizot, I., Chauvin P., Paugam S., (2005). The Moral Career of Poor Patients in Free Clinics. *Social Science & Medicine*, vol. 61, nº6, p. 1369-1380

- Pêcheux, M. (1978). *Hacia el análisis automático del discurso*. Madrid: Gredos.
- Pierbattisti, D. (2007). Mecanismos disciplinarios, dispositivos de poder y neoliberalismo: formas de intervención sobre la fuerza de trabajo. *Revista Herramienta N° 34* Marzo de 2007. Extraído el 1 de junio del 2010 de <http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-34/me-ca-nis-mos-dis-ci-pli-na-rios-dis-po-si-ti-vos-de-po-der-y-neo-li-be-ra>
- Popp-Baier, U. (2001). Narrating Embodied Aims. Self-transformation in Conversion Narratives —A Psychological Analysis [41 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(3), Art. 16, <http://nbn.resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0103165>.
- Prins, Engel H. (2008). "Maturing Out" and the Dynamics of the Biographical Trajectories of Hard Drug Addicts [114 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801303>.
- Renault, E. (2005). El sufrimiento social. Extraído el 1 de junio de 2010 de <http://www.espaienblanc.net/El-sufrimiento-social-Entrevista-a.html>
- Reynolds, J. Wetherell, M y Taylor, S. (2007). Choice and chance: negotiating agency in narratives of singleness. *The Sociological Review*. Vol. 55 N° 2: 331-351
- Riemann, G. y Schütze, F. (1991). "Trajectory" as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. In David R. Maines (Ed.), *Social organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss* (pp.333-357). New York: Aldine de Gruyter.
- Riessman, C. K. (2002). Analysis of personal narratives. In J. Gubrium, & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research*. Newbury Park, CA: Sage. Extraído de <http://alumni.media.mit.edu/~brooks/storybiz/riessman.pdf>
- Rose, N (1996). *Inventing our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge University Press.
- Ruiz, S. (2009). *Apuntes del Curso "Taller de Investigación Cualitativa: Análisis de Contenido y Análisis de Discurso"*. Escuela de Psicología. Universidad de Chile.
- Schütze, F. (2007). Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: How to analyse autobiographical narrative interviews—part I. Module B.2.1. INVITE—Biographical counselling in rehabilitative vocational training—further education curriculum, <http://www.biographicalcounselling.com/download/B2.1.pdf>



- Sisto, V. & Fardella, C. (2009). Control narrativo y gubernamentalidad: La producción de coherencia en las narrativas identitarias. El caso de profesionales chilenos adultos jóvenes en condiciones de vinculación laboral flexible [70 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 29, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902292>
- Szasz, T (1976) *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, S. y Littleton, K. (2006). Biographies in talk: A narrative-discursive research approach. *Qualitative Sociology Review*. Vol II N° 1: 22-38.
- Thumala, D. (2003). Modernidad y Sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. *Revista del Magíster en Antropología y Desarrollo Antropología Social Aplicada* N°8. Extraído el 1 de junio de 2010 de <http://www.revistamad.uchile.cl/08/paper07.pdf>
- Torres, R. (2001). *Experiencias De Psiquiatría Comunitaria En Chile*. Curso de educación continúa Gestión en psiquiatría y salud mental. Facultad de Ciencias Médicas USACH. Extraído el 1 de agosto 2011 de <http://sites.google.com/site/psiquiatricomunitaria2010/lecturas-obligatorias/ExperienciasdePsiquiatr%C3%ADaComunitariaenChile.pdf?attredirect=s=0&d=1>
- Treichel, B. y Schwelling, B. (2003). Extended Processes Of Biographical Suffering And The Allusive Expression Of Deceit In An Autobiographical Narrative Interview With A Female Migrant Worker In Germany. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, North America, 4, Sep. 2003. Extraído el 19 de julio de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/672>.
- Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, y Torres S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Rev Panam Salud Pública*; 18(4/5):263–70.
- Wetherell, M. (2008) Subjectivity or Psycho-Discursive Practices: Investigating Complex Intersectional Identities. *Subjectivity*, 22 (1), 73-81.
- Wetherell, M., y Edley, N. (1999). Negotiating Hegemonic Masculinity: Imaginary Positions and Psycho-Discursive Practices. *Feminism Psychology*, 9(3), 335-356.
- Wiesenfeld, Esther (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas [63 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002303>.

Winkler, M.I. (1999). Representaciones Sociales de Prácticas Mágico – religiosas en una Comuna Urbana. *Psyche*, 8 (1), pp. 83-91.

## Anexos.

### I. Notaciones de Transcripción usadas en los fragmentos citados.

(.)	Pausa Pequeña
(.3), (2.6)	Pausas con tiempo en segundos
↑ palabra, ↓ palabra.	Aumento del tono o disminución. Para aumento del tono con entonación interrogativa se uso el signo “?”
A: palabra [palabra B:           ]palabra	Los corchetes indican traslape del turno de habla.
Pal-	Indica interrupción de la frase.
pal:::abra	Indica que el hablante sostuvo la frase en el punto indicado.
(palabra)	Palabra inaudible en la grabación, se ofrece una posibilidad.
A: palabra= B: =palabra	Indica que no hay una pausa audible entre la intervención de los hablantes.
<u>palabra</u> , PALABRA	El subrayado indica que la palabra fu destacada. LA mayúsculas que además hubo un aumento en el volumen de la voz.
<sup>o</sup> palabra <sup>o</sup>	Uso de un tono calmado.
>palabra palabra< <palabra palabra>	Aumento o descenso de la velocidad del habla.

Extraído de Antaki (2005).