

DISCURSOS, ACTORES Y SABERES: POR UN DEBATE SOCIAL SOBRE EL (ACTUAL) MOVIMIENTO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEÑA

Leandro Barbosa de Pinho

(Facultad de Enfermería – Universidad Federal de Pelotas (Brasil))

Antonio Miguel Bañón Hernández

(Departamento de Filología – Universidad de Almería (España))

Luciane Prado Kantorski

(Facultad de Enfermería – Universidad Federal de Pelotas (Brasil))

RESUMEN: El estudio pretende analizar cómo los trabajadores de salud mental están considerados en tanto que actores relevantes en el proceso de reforma psiquiátrica, y en qué medida el actual movimiento de reforma psiquiátrica puede constituirse en un tema importante en el contexto general del debate social sobre la salud en Brasil. Se aplicó una entrevista no-directiva, compuesta de una pregunta-clave, a 17 profesionales de un servicio sustitutivo de una ciudad brasileña. Los datos fueron sometidos a una propuesta metodológica que comprende la inserción de actores en debates sociales en el campo de la salud y de la enfermedad. Los resultados demuestran que los servicios alternativos están provocando transformaciones fundamentales en el escenario de la reforma psiquiátrica brasileña y que tales transformaciones están fortaleciendo esa reforma en el debate social sobre la salud en Brasil. Concluimos que la reforma psiquiátrica está constituida por contradicciones y por conflictos, pero sus actores, sometidos a constantes enfrentamientos, se ven obligados a recrear sus tecnologías y procedimientos de intervención, buscando conocimientos alternativos y estableciendo nuevas relaciones.

Palabras Clave: estudios del lenguaje; salud mental; ciencias sociales; lingüística; análisis crítico del discurso.

DISCOURSES, ACTORS AND KNOWLEDGES: BY A SOCIAL DEBATE ABOUT THE (PRESENT) MOVEMENT OF THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT: The study aims to understand how mental health workers are regarded as actors in the process of psychiatric reform and how the current movement can be a major topic of social debate in the health area. It was applied a non-directive interview, consisting of one key-question, to 17 practitioners of mental health service in a Brazilian city. The data were subjected to a methodology of insertion of actors in social debates in the health and disease area. The results show as the mental health services are causing changes in the Brazilian psychiatric reform scene, essential to strengthen the movement in the category of social debate in the health area. We conclude that the psychiatric reform is made up of contradictions and conflicts, but their actors subjected to constant fighting, were forced to recreate their intervention technologies, to seek new knowledges and new relationships.

Key Words: language arts; mental health; social sciences; linguistics; critical

discourse analysis.

CONSIDERACIONES INICIALES

Todo ser humano está determinado, en su comportamiento comunicativo, por un conjunto de relaciones, conocimientos y manifestaciones. Sin embargo, tales aspectos, no siempre están fundamentados en una convivencia relativamente armónica. En realidad, la base sobre la que se mantiene ese conjunto de relaciones no es armónica, sino más bien conflictiva y hasta contradictoria en ocasiones. En otras palabras, al tratarse de relaciones humanas, cualquiera de nosotros se transforma en cierta manera en un "actor" cuando pasamos a formar parte de una sociedad. Pero para establecerse y permanecer en ella, ese "actor" necesita producir cambios (y, por supuesto, saber producirlos), conocer aquello que quiere cambiar, fundamentarse para defender las transformaciones sugeridas y también tener la plasticidad suficiente para adaptarse a las resistencias naturales que emergen con ellas.

Estos diferentes movimientos, a lo largo de la historia de la humanidad, formaron una red compleja de conocimientos, relaciones, discursos y actores, establecida muchas veces más sobre disensos iniciales que sobre consensos. Por ejemplo, cuando René Descartes fundó el conocimiento científico basado en la racionalidad experimental, más allá de las primeras polémicas, acabó generando nuevas redes de conocimientos y de relaciones en diferentes campos del conocimiento humano (lingüística, sociología, filosofía, política y salud, por ejemplo). Esto no quiere decir que el propio Descartes, como indicábamos, no fuese criticado, y, más tarde, en cierto modo "superado" en algunas áreas específicas por "actores" que ofrecieron nuevas perspectivas de análisis y de reflexión. Sin embargo, lo cierto es que continúa siendo un referente importante para empezar a explorar nuestro conocimiento del mundo en la actualidad.

En el campo de la salud mental, la locura siempre ocasionó ese tipo de cuestionamiento por parte de los diversos "actores" que se aproximaron a ella con la intención de ofrecer sus particulares explicaciones conceptuales. Podríamos decir que la locura siempre suscitó una gran preocupación social y científica, y que tal preocupación también se aprecia en las diferentes denominaciones recibidas a lo largo de la historia. En un determinado momento, fue vista como un fenómeno de excentricidad moral; en otro, como un desvío de la razón; luego, como un producto de las fuerzas de las tinieblas; después,

entendida como una manifestación disfuncional del organismo humano (Foucault, 2003). Sin embargo, lo que más intriga en esa complejidad de conceptos sobre la locura, es que todos ellos, de alguna manera, no consiguieron superarse uno al otro, pues siempre convivieron entre sí de manera contradictoria y conflictiva.

Asímismo, delante de esas contradicciones, hay actores que dejarán su legado para descubrir el conocimiento íntimo y complejo de la mente humana. Tal es el caso Philippe Pinel, en su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, publicado en Paris, en 1801, quien proporcionó una nueva cultura médica para investigar el fenómeno de la locura. Decía Pinel (1801,p. 81) que:

“... quizás haya llegado el tiempo en que la medicina, libre de las dificultades inherentes al espíritu de rutina y favorecida por una opinión pública que pueda asegurar su curso, pueda guardar una severa rigurosidad en la observación de los hechos, generalizarlos... y éstos solamente pueden ejercer su imperio en los hospitales psiquiátricos y hospitales generales, y de ese modo, realizará progresos sólidos en la historia y cura de ciertas enfermedades...”

Pinel, con ese pensamiento, inauguró una ruptura concreta con una realidad pulverizada por distintas concepciones metafísicas e incipientes sobre el asunto. Más que eso, produjo una reforma en el contexto de la salud, pues elevó la medicina mental a la sociedad, como ciencia del estudio de los cuerpos, con base en esa racionalidad experimental. Es decir que Pinel, se convirtió en un autor importante, porque trajo para la medicina un nuevo saber que pudiese dar prestigio social a la profesión, y, a la locura, una nueva (y desde aquella vez aceptada por la ciencia de la época) explicación. Desde aquel momento, ella pasa a ser vista como fruto de la lección intelectual y de la voluntad humana, produciendo, por eso, comportamientos y manifestaciones irracionales. Al loco, le quedaba el internamiento en instituciones especializadas y la sumisión al reglamento médico. Reglamento éste inflexible, basado en la observación constante de sus actos y en una disciplina regulatoria, únicos instrumentos capaces de proporcionar al médico herramientas y medios para restaurar la normalidad perdida por el individuo enfermo (Shorter, 2001).

Ese pequeño fragmento de la historia de la locura que presentamos sirve apenas para mostrar lo mucho que determinados conocimientos, actores y discursos pueden influenciar en un contexto social.

El período que siguió a la Segunda Guerra Mundial tuvo un papel decisivo en la crítica a ese saber cristalizado sobre la locura y sobre los instrumentos de intervención. Durante ese período, había una voluntad colectiva de crear una sociedad más justa, igualitaria y solidaria, que pudiese convivir con las diferencias sociales. Surgieron también los primeros psicofármacos, responsables por redimensionar el conocimiento médico sobre el origen de la locura. Pero a pesar de esos avances, era un contexto en donde todavía había una alta cronificación de los enfermos, lo que introducía en las instituciones un factor de diferenciación. Era necesario encontrar alternativas viables y dignas de tratamiento para la locura que pudiesen contemplar los diferentes espacios, actores, discursos y conocimientos (Desviat, 1994; Resende, 2001).

Las transformaciones que nacen en los últimos años en torno de la salud mental brasileña son fundamentadas en algunas consideraciones importantes. Primero, porque en otros países ya había procesos de desinstitucionalización en desarrollo, aunque diferentes unos a los otros; muchos de ellos, además, fueron exitosos e importados por otros países. Segundo, porque en Brasil crecía una conciencia sanitaria, al término del periodo militar en la década de los años 80, que estimulaba a la población a luchar y a reivindicar mejores condiciones de atención. Tercero, el sentimiento de que el cuidado no puede ser realizado en instituciones excluyentes, generadoras de meros rótulos y estereotipos, y sí en la comunidad, con las personas y junto a sus necesidades (Pacheco, Ferraz y Carlini, 2003).

Esa nueva conciencia, que redireccionó el saber y la práctica del cuidado psiquiátrico, está inmersa en la sociedad brasileña contemporánea. Esa realidad solamente se tornó posible cuando el actual movimiento de reforma psiquiátrica rompió con la ideología dominante del cuidado psiquiátrico centralizado en el ambiente hospitalario e institucionalizó, como política, una nueva ideología, relacionada con la atención primaria, focalizada en espacios concretos y defensora de la extinción de los manicomios. Hoy presenciamos diferentes servicios alternativos en funcionamiento, diferentes profesionales actuantes, mayor tolerancia de la sociedad con la locura y nuevas maneras de operar en el interior y en el exterior de los servicios de salud mental.

En este marco, podríamos decir que este estudio busca una contribución reflexiva, con el propósito de repensar determinados conocimientos y prácticas en el campo de la salud mental brasileña en la actualidad. Para lo cual,

recurrir a los discursos de algunos profesionales del área, para intentar entender cómo aquellos trabajadores están considerados como actores en ese proceso y en qué medida el actual movimiento de reforma psiquiátrica brasileña puede ser considerado como un tema relevante para ser discutido en un debate social más general, referido al campo de la salud.

EL DEBATE SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD – EL CASO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEÑA

Cuando se indaga sobre el campo de la salud y de la enfermedad, es evidente que cada movimiento socio-sanitario está inmerso en un contexto histórico singular, caracterizado inevitablemente por la aparición constante de contradicciones, oposiciones, desplazamientos, diferentes puntos de vista y determinantes. En mayor o menor grado, claro está, esas variables repercutirán tanto sobre la realidad social como sobre la materialidad discursiva.

El diálogo en torno del debate social se remonta a las raíces del conocimiento bajtiniano sobre género social, discurso e ideología (Bañón Hernández, 2002). Por género social¹ se entiende como aquel discurso que pertenece a extractos especializados de la sociedad (la salud, la política, la economía). En ese sentido, el lenguaje comprende la manifestación de los sentidos del grupo social, con sus diferentes concepciones del mundo, ideológicas o no, sobre una determinada temática en discusión. Es ella la que da un carácter peculiar a un determinado contexto, en un determinado momento histórico. Y el discurso, que representa ese extracto específico de la sociedad, sería la materialidad ideológica de ese lenguaje (Bakhtin, 2006).

En tal sentido, cualquier evento complejo y que produzca ese tipo de repercusión está a menudo representado en la opinión comunicativa de algunos actores, comprometidos y organizados en colectividad. En el caso de la salud y de la enfermedad, cuando hablamos de debate social, es necesario pensar cómo funcionan las características fundamentales de la enfermedad, las características de los enfermos, de las asociaciones colectivas de personas portadoras de tal enfermedad o de sus familiares, y de los profesionales de salud comprometidos en el proceso, además de analizar cómo se organizan colectivamente para trabajar con aquellos asuntos. Todas esas representaciones aparecen manifestadas en un rol de relaciones intertextuales e interdiscursivas, que sirven como parámetro de análisis.

Consideramos el hecho de que la reforma psiquiátrica comprende un movimiento socio-sanitario que se materializa en ciertas pretensiones colectivas y en determinados pensamientos ideológicos de los actores implicados (trabajadores, usuarios, familiares, gestores). La reforma psiquiátrica en la actualidad nace como una redimensionalización del conocimiento cristalizado por la psiquiatría durante siglos y circunscrito al hospital psiquiátrico. Procura promover una ampliación conceptual y metodológica de sus mecanismos de intervención, lo que no supone, frente a lo que pueda pensarse, una minusvaloración de la psiquiatría misma, sino la incorporación de otras disciplinas, ámbitos y conceptos que pueda resultar útiles para desarrollar intervenciones más sólidas con respecto al fenómeno de la locura.

En ese sentido, las siguientes características pueden ayudar a abordar de forma más o menos sistematizada la conversión de un tema en *debate social* (Bañon Hernández, 2002, p. 22-6):

1) Ser un tema relevante, actual y pertinente, en un determinado período histórico y que pueda manifestar los diferentes intereses de los amplios sectores de la sociedad civil;

2) Debe contemplar todos aquellos actores o colectividades que lo desean y su lucha dialéctica se dirimirá tanto a través de relaciones interpersonales directas como mediadas o a distancia;

3) Que se convierta en diferentes contenidos discursivos para debate público, que sirvan de fuente de información y constitución de opiniones (entrevistas, editoriales, conciertos de música, congresos, artículos científicos, manifestaciones públicas, conferencias, entre otros);

4) Debe trascender socialmente gracias a los medios de comunicación;

5) Produce discursos determinados por una cierta valoración, pudiéndose fundamentar ésta, por ejemplo, en el compromiso, en la reivindicación, en la discriminación, en la autodiscriminación, en la condescendencia, en la resignación, en la prevención o en la segregación. Unos tipos u otros dependerán de cómo se valore ese objeto discursivo y en qué grupo esté incluido el sujeto emisor;

6) Permite que, en su interior, surjan otros debates (debates sectoriales) de menor dimensión, pero, no por eso, menores en relevancia (como el tema de la salud mental en el campo de la salud colectiva, o la reforma psiquiátrica en el campo de la salud mental, o todavía, la educación continuada en el campo de la

reforma psiquiátrica);

7) Aunque tenga sus límites imprecisos en relación a la amplitud de sus discusiones, esa temática pueda estar contemplada en otros debates más amplios, como en las discusiones sobre generación de renta y labor;

8) En el ámbito discursivo, el tema debe ser interesante y sensible a los diferentes "micro-debates" que se establecen de orden intragrupal e intergrupale;

9) Además de interesante, el tema precisa incorporar esos "micro-debates" en relación a un asunto más amplio, importante y común, para ser orientada a toda la sociedad (como en los medios de comunicación);

10) Debe comprender que en ese proceso de divulgación existe altos y bajos, pues la intensidad del debate depende del éxito o del fracaso de esas manifestaciones, o de la agenda político-social y mediática.

Respetando las diferencias culturales, sociales, políticas y geográficas de un país tan grande como Brasil, es posible entender que la reforma psiquiátrica como tema de debate público pasará por momentos de intensidad muy diferentes, dada la competencia que, incluso en el ámbito mismo de la salud, encontrará frecuentemente. El proceso se inició por la actuación de pequeños grupos militantes, paralelos a la reforma sanitaria, para después convertirse en una política nacional con el Proyecto de Ley 3.657/89, modificado y aprobado el 2001 después de 12 (doce) años de tramitación en el Congreso Nacional Brasileño. Mientras tanto, algunos Estados de la Federación ya avanzaban en la constitución de sus políticas sectoriales de salud mental y el propio Ministerio de Sanidad ya se adaptaba poco a poco a esos cambios, con la publicación de instrumentos normativos y reguladores de la red.

En la actualidad, Brasil ya cuenta con 1291 servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico en funcionamiento, distribuidos entre las 27 Provincias de la Federación. Las provincias que cuentan con mayor oferta de esos servicios en funcionamiento son: São Paulo (196), Minas Gerais (126), Bahia (126) y Rio Grande do Sul (112). La provincia de la Federación con la menor oferta de servicios alternativos es Roraima, en la región norte de Brasil, con solamente 01 servicio en funcionamiento. Con relación a los hospitales psiquiátricos, todavía en funcionamiento, la provincia que concentra la mayor cantidad de ellos es São Paulo, con 57 hospitales, después Rio de Janeiro (38) y Minas Gerais (21) (Brasil, 2008).

Entendemos que romper con la ideología cristalizada del cuidado en salud

mental, basado en el hospital psiquiátrico, no significa necesariamente decir que esa ideología anterior fue transformada por completo. En Brasil, por ejemplo, aún encontramos hospitales psiquiátricos funcionando. Además de eso, es importante resaltar que el movimiento de reforma psiquiátrica no puede ser reducido a la apertura de nuevos servicios y al cierre de los antiguos. Algunos autores (Amarante, 2003; Rodrigues, 2005) ya alertaban sobre eso. La reforma psiquiátrica como movimiento necesita avanzar, buscar una nueva posibilidad de repensar las formas de operar con la locura en el interior y en el exterior de los servicios, motivar los cambios y los intercambios entre las personas, despertar deseos, rescatar identidades; o sea, descubrir mecanismos para promover esperanza y deseo de redireccionar la vida del sujeto que sufre.

Para que se convierta en un debate social, la reforma psiquiátrica también debe estar consolidada y hacer parte de la práctica cotidiana de los profesionales. Existen estudios (Arejano, 2002; Koda, 2002) que muestran que determinados procesos de trabajo aún están enfocados en tecnologías cristalizadas de atención, aunque sean conocidos como servicios sustitutivos. Entre esas tecnologías, por ejemplo, podemos destacar las relaciones de poder, la tutelización de la locura, la exclusión de las familias y la culpabilización de las mismas.

En ese sentido, entendemos que no es suficiente abrir servicios sustitutivos y divulgarlos a la sociedad para decir que rompimos con una ideología dominante hospitalcéntrica. Aún presenciamos muchas ofertas de algunos "nichos" profesionales que defienden el hospital psiquiátrico como institución de intervención resolutive y, al mismo tiempo, consideran los servicios sustitutivos como instituciones problemáticas y poco terapéuticas. Vemos muchas conserjerías que se sensibilizan con la creación de los servicios sustitutivos, porque lo miran también como una posibilidad de "engordar" mensualmente sus presupuestos y no porque puedan estar realmente comprometidas con el proceso de cambio, de mirar a la locura como si fuera una de las tantas formas de pensar y hacer salud en su comunidad.

En fin, la trayectoria del proceso de reforma psiquiátrica está constituida por esas oposiciones características, por conformismos, resistencias y transformaciones. La superación de las dificultades, la cultura de las potencialidades y la movilización de los diferentes esfuerzos colectivos son fundamentales para contemplar esa dimensión de la reforma como debate, que

busca, en los diferentes sectores de la sociedad civil, una nueva forma de relación, una nueva cultura, un nuevo saber, un nuevo conocimiento y una nueva modalidad de intervención en relación al fenómeno de la locura.

LA TRAYECTORIA METODOLÓGICA

El *corpus* de este estudio está compuesto por entrevistas aplicadas a 17 de los 25 profesionales de salud mental que trabajan en un servicio sustitutivo de una ciudad de la región sur de Brasil y que se dispusieron a participar de la investigación. Realizamos apenas 01 (una) pregunta abierta, no-directiva: “Hable sobre su práctica en salud mental en ese servicio”. Las entrevistas fueron grabadas y, después de concluidas, entregadas a dos digitalizadores diferentes, responsables de la transcripción. Ese procedimiento fue adoptado buscando preservar la mayor cantidad posible de informaciones, sin perder la calidad, y también para mantener la fidelidad máxima al testimonio original.

Con las informaciones, los datos fueron organizados conforme la propuesta de caracterización de actores participantes de debates sociales (Bañon Hernández, en prensa) en el campo de la salud y de la enfermedad (tabla 01 abajo). La propuesta está organizada por dimensiones semiotextuales, o sea, por tópicos especiales que revelan el conjunto de los actores comprometidos, asociadas a conceptos descriptivos generales, como *qué y cuál, cuánto, cómo y dónde*, que muestran las diferentes relaciones establecidas por ellos.

	<i>Enfermedad</i>	<i>Asociaciones de Enfermos</i>	<i>Enfermos</i>	<i>Profesionales</i>
<i>Qué</i>	Entidad	Identificación	Identidad	Formación
<i>Cuál</i>	Tipificación	Responsabilidad	Adscripción	Especialización
<i>Cuánto</i>	Prevalencia	Representatividad	Protección	Lideranza
	Duración	Antigüedad	Vinculación	Experiencia
<i>Cómo</i>	Intensidad	Fidelidad	Admisión	Empatía
	Magnitud	Credibilidad	Aceptación	Implicación
	Identificación	Objetividad	Atribución	Preparación
<i>Dónde</i>	Dimensión	Transcendencia	Proyección	Actualización

Tabla 01 – Caracterización de los actores que participan de eventos que generan debates sociales (Bañon Hernández, en prensa).

Cada una de las dimensiones de análisis semiotextual (enfermedades, asociaciones, enfermos y profesionales) constituye en sí una red de relaciones

discursivas complejas, y se manifiestan por medio de combinaciones semióticas en los ámbitos de la acción y reacción. Es decir, que cada eje tiene un discurso y una acción, que al ser combinados, son capaces de *promover* otra acción u otro discurso (Bañon Hernández, 2007).

El análisis combinatorio de cada uno de esos elementos y dimensiones resultaría en un estudio de extrema relevancia y riqueza, para visualizar en qué medida los discursos de los diferentes actores en salud mental se complementan, se distancian, se confrontan o se contradicen en el escenario de un debate social. Como esa riqueza sería imposible de ser plasmada en el presente estudio, haremos un análisis de la dimensión específica de los "profesionales"² y su eje "formación". Con ese análisis, pretendemos dar una orientación más amplia a otros estudios que se interesen en la aplicación de esa propuesta metodológica.

El proyecto fue evaluado previamente por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidade Federal de Pelotas (UFPel), obteniendo resultado favorable para su desarrollo. Fue también garantizado el anonimato de los sujetos y respetados todos los preceptos ético-legales que rigen la investigación con seres humanos, como es preconizado por el Ministerio de Sanidad (Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud) y por el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería. Para eso, cada entrevistado fue identificado con las letras iniciales que determinan su formación y con el número correspondiente a la orden en la entrevista. Por ejemplo, el segundo asistente social entrevistado fue identificado con las iniciales "AS₂". Una diferencia fue establecida entre psicólogos y el psiquiatra. Para el primero, utilizamos la expresión "PSI" y para el segundo solamente la letra "P".

LOS ACTORES QUE PARTICIPAN EN EL DEBATE SOCIAL DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

La formación es conocida como el "registro de identidad" de un profesional de la salud, donde cada uno de ellos representa una materialidad discursiva distinta⁽⁷⁾. En ese sentido, el tema de la formación atraviesa el escenario de funcionamiento del servicio y determina, en mayor o menor grado, cómo los conocimientos y habilidades de los sujetos se articulan o no en el escenario social de la reforma psiquiátrica. De este modo, esa articulación o esa disociación pueden ofrecer un panel de discusión interesante para un asunto a ser tratado en

el ámbito de un debate social.

A continuación, presentamos un cuadro comparativo con las formaciones profesionales de los trabajadores del servicio entrevistados:

Atribución Funcional en el Servicio	Cantidad de Entrevistados
Psicólogo (PSI)	03
Enfermero (E)	01
Terapeuta Ocupacional (TO)	02
Farmacéutico (F)	01
Psiquiatra (P)	01
Asistente Social (AS)	02
Auxiliar de Enfermería (AE)	03
Agente de Salud Pública (ASP)	01
Oficial Administrativo (OA)	01
Vigilante (V)	01
Sirviente (S)	01
TOTAL DE ENTREVISTADOS	17

Lo que más se presenta como característico en la temática de la formación profesional es que la gran mayoría de los trabajadores empezó a trabajar en el campo de la salud mental con poca o ninguna experiencia. Los relatos que siguen resaltan esa tendencia:

...yó entré en el área de neurología...¿vale? Entonces trauma craneano y ahí en la facultad una profesora allá, ¿vale? Vino a preguntarme “¿y la salud mental?” y yo no había tenido ninguna práctica en psiquiatría en aquella época en la que yo terminé la carrera, ¿vale? Y yo sufría aquella resistencia, ¿vale? Al miedo, ¿vale? Ah, el paciente psiquiátrico es agresivo, el psicótico... (TO₂)

Bueno, salud mental, en realidad, ser técnica de enfermería nunca estudió salud mental, quería una cosa así rápida, quería trabajar en el puestito, salud mental que yo atendía en aquella época en el puesto, atendía muriendo de miedo, atendía por detrás de la mesa (risas)... (AE₂)

Entonces, como yo estaba diciéndote, yo empecé en la salud mental en el año de 95, ¿vale? Cruda, no sabía nada. Hasta porque estaba mucho tiempo sin trabajar, así que ya entré.... y entré directo aquí en el servicio. Entonces así, fui en busca, ¿vale? Empecé a leer, a/a cuestionar, nunca tuve vergüenza de preguntar, ¿vale?...Lo que me ayudó mucho fue la.... participar de grupos, yo participaba de grupos con los otros profesionales que trabajaban en aquella época,

¿vale? (AS₂)

Para mostrar el comienzo conflictivo de su práctica en salud mental, los entrevistados se interesan en marcar el discurso con algunas estrategias lingüísticas "exageradas". AE₂, por ejemplo, comenta que "atendía muriendo de miedo", una figura de lenguaje hiperbólica, que muestra lo mucho que la locura aún reposa en el pensamiento social, como producto de lo desconocido, revelando su contenido potencialmente amenazante. Decir que alguien se "muere de miedo" de alguna cosa, es querer provocar una reacción de "choque" en el interlocutor, justamente porque la desproporción es más apelativa que el lenguaje normal. Esa exageración muestra de manera sutil la práctica de rotulaje y el sentido de la locura como peligrosidad social. Son conceptos ya conocidos y que hacen parte del pensamiento común, pero que ocupan también la imaginación de algunos profesionales de la salud que actúan tanto en los servicios manicomiales, como en los servicios comunitarios.

En el caso de AS₂, hay una figura de lenguaje común a las situaciones de tropismo (cuando hay sustitución de un término por otro término). El entrevistado hace uso de una estrategia metafórica, común en el contexto culinario, pero, utilizado aquí para designar cómo de incapaz se sentía para trabajar en salud mental. Alimentos que se encuentran "crudos" en general sufren tres caminos distintos: o necesitan ser preparados, aumentando el tiempo de cocción; no son utilizados de inmediato hasta que maduren; o son despreciados por otro alimento más aceptable. Realizando una comparación con la salud mental, entre despreciar un profesional y dejarlo en *stand by*, la oferta más próxima de una propuesta inclusiva (no solamente para el usuario) sería comprender la falta de experiencia del mismo y prepararlo para el trabajo (capacitación). Como no había capacitación en el periodo en que empezó a trabajar, la solución encontrada por AS₂ fue la de "autoprepararse", buscando mejor *performance* profesional en las lecturas, en la discusión en conjunto con otros profesionales y en el esclarecimiento de dudas.

La lectura ideológica del hospital psiquiátrico como escenario de manifestación de la divisibilidad del sujeto, de la codificación de la enfermedad y de la manutención de estructuras jerárquicas de poder contractual, es la prueba de que esa institución procuró sobrevivir en la cristalización y difusión de aquellos saberes, y no en la posibilidad de redireccionar el tratamiento. La rotura

ideológica con esa lógica de funcionamiento no solamente buscó transformar la estructura y la visión sobre la persona internada, sino también la mirada que esos trabajadores desarrollaron sobre el proceso. La superación de modalidades de saber fundamentadas en la exclusión proyecta un nuevo reposicionamiento de las relaciones de saber-poder entre los trabajadores en las nuevas instituciones, trayendo un nuevo desafío para recrear esas mismas relaciones con las personas que buscan atención en esos nuevos servicios (Basaglia, 2001).

La ampliación epistemológico-ideológica sobre la locura en el campo de la salud mental, parece extenderse más allá de las percepciones y comprensiones de un único individuo. Eso porque aquello que constituye una red compleja atraviesa el conocimiento acumulado (el pensamiento cultural, la formación específica, las competencias profesionales) y el conocimiento direccionado (aquello que es puesto en práctica en el cotidiano del servicio, teniendo como base las experiencias vividas del individuo). Es decir que la locura, como dimensión de la vida, está presente en la imaginación de los sujetos como marca de la enfermedad y de la necesidad de evitar, mirada ésta que, sin embargo, empieza a dar espacio a las nuevas modalidades de comprensión del fenómeno, cuando el profesional pasa a vivir y experimentar la atención al loco en el cotidiano. Los siguientes fragmentos analizan esa cuestión:

todo el tiempo y, así, yo pienso que cada día que pasa nosotros aprendemos mucho con ellos, ¿vale? Porque ellos mismos nos dirigen... y nosotros tenemos la posibilidad de entender, ¿vale? El sentimiento de él, lo que él está sintiendo, por qué él es así, cómo es que él está delante de los otros (ASP₁)

... dentro de la salud mental mismo, así, yo veo que he aprendido mucho, hoy yo consigo conducir los pacientes mucho mejor, ¿vale?, que antes, ¿vale? (E₁)

... lo que está así, lo que puedo hacer, yo busco ayudarles al máximo y yo tengo mucho cariño por eso, entonces a mi me gustan mucho ellos porque creo que ellos son carentes, ¿vale? Con nosotros aquí ellos se dan muy bien, ellos vienen, él se abre, muchas veces conversa, muchas veces ellos vienen hasta nosotros... (S₁)

Cuando yo llegué aquí, hombre, hace tres años, cuando me dijeron que yo iba a trabajar con centro psicosocial... "no, pero vas a cuidar de personas, trabajar con personas que tienen trastorno mental". Yo imaginé corrientes, camisa de

fuerza, yo no tenía la mínima idea de lo que era reforma psiquiátrica... hoy día yo puedo decir que yo lo sé... (OA₁)

El fenómeno de la locura está metido en una contradicción entre el que se cultiva y el que se materializa, pues incorpora todos los sentimientos del sujeto, lo que él quiere manifestar, lo que "no quiere", lo que piensa y lo que rechaza. Cuando se trabaja con esa convivencia recíproca y cotidiana entre el profesional y el loco, el propio concepto de locura se va cambiando y transformándose, o sea, como una manifestación de sufrimiento igual a cualquier otra y el loco percibido como sujeto, que necesita ser acogido, oído, cuidado e incluido en función de estar viviendo una situación de fragilidad en su vida.

El desafío impuesto a los profesionales en ese nuevo modelo de operar con la locura está en buscar un consenso entre lo que se piensa sobre ella, lo que se aprende en la relación humana y lo que se puede compartir y desarrollar en la práctica. Esa dificultad, sin embargo, parece estar asociada a algunas categorías profesionales y no a aquellas que nacieron dentro de la salud mental, como los profesionales "psi". Los relatos reproducidos abajo destacan esa tendencia:

Yo soy, yo soy psiquiatra hace 30 años, ¿vale? Estoy completando 30 años de formación y... ya tuve todo tipo de evaluación dentro de la psiquiatría, claro, ¿vale?... Y ahora aquí... mi actividad es intentar acompañar ese proyecto, ¿vale? De/de/de () no quedar solo como recetador y esas cosas, ¿vale? (P₁)

Cuando yo entré, yo ya había trabajado en/en salud mental. Pero la atención en ambulatorios es bien diferente. Cuando yo entré en ese servicio yo no tenía idea de qué sería eso, yo entré así creyendo que sería un trabajo más o menos de ambulatorio, como las personas hacían allí. Con hora marcada y ese tipo de cosas, pero como ya te dije nosotros no tenemos esa capacitación, nosotros vamos aprendiendo las cosas poco a poco, ¿vale? (PSI₂)

Bueno, yo soy del área de la psicología, pero aprendí a hacer otras cosas, a flexibilizar también esa cosa de psicólogo solamente, ¿vale? Atiende terapéuticamente, solamente hace grupos, ah... solamente eso, solamente aquello, hoy estoy bien más disponible, porque yo percibo al usuario tomando café, sea en la comida, sea en el pasillo y yo estoy haciendo otras percepciones, fuera del despacho (PSI₃)

La psiquiatría y la psicología son responsables de la explicación de las

diferentes dimensiones de la locura. La psicología nació en un escenario conflictivo en la Europa moderna, como una ciencia contra los principios racionales de la cultura occidental. Tiene como objeto de trabajo el "psíquico" y su estudio podía explicar las diferentes confluencias de los fenómenos de la vida en las manifestaciones interiores (sentimientos) y exteriores (comportamientos) del sujeto. Sin embargo, ese saber siempre estuvo en conflicto con el construido por la psiquiatría, altamente influenciada por la corriente fisiológica de la enfermedad mental y que negaba el psíquico por tener, en la locura, una explicación etiológica exclusivamente orgánica (Birman, 1978).

La psiquiatría todavía concentrada en una lógica de saber-hacer viene buscando adaptarse a los cambios en el escenario de la atención psiquiátrica brasileña. El hecho es que el entrevistado busca ampliar el espectro de su discurso dentro del servicio, cuando no quiere ser reconocido como solamente "recetador". Aunque podamos analizar ese neologismo, lo más importante es que el médico siempre tuvo en el escenario de la salud y de la enfermedad una atención especial, porque su saber es único, o sea, él es el profesional más competente para establecer diagnósticos y planear la conducta terapéutica y farmacológica.

En el caso de la psicología, la experiencia en salud mental está relacionada al trabajo, en la mayoría de las veces, en los antiguos ambulatorios, donde se establece la atención psicoterapéutica individual y grupal como principales tecnologías de intervención del trabajador. De cualquier forma, lo que se define como característico en el trabajo de los profesionales "psi" es que el servicio confronta poco a poco la propia práctica de aquellos trabajadores, los cuales quedan sometidos a las constantes reflexiones y tensiones en el modo de operar en el interior del servicio. PSI₃ deja claro que ejecuta las actividades inherentes a la profesión, pero que se encuentra más disponible para otras condiciones. En el caso de PSI₂, éste afirma que "va aprendiendo poco a poco", dando una idea de proceso, de continuidad, de desarrollo, lo que corrobora esa visión de que la salud mental en la contemporaneidad viene adaptándose *pari passu* al modo cambiante de operar en los servicios.

Comprendemos que la mayor dificultad de los profesionales "psi" está relacionada con el modo de organización de las prácticas en el interior del servicio "nuevo", ya que poseen experiencia previa de atención al fenómeno de la locura en modelos más tradicionales de atención. Eso no impide – al contrario,

facilita – que puedan estar siempre reinventando nuevas oportunidades de trabajo en el interior del servicio hasta que encuentren un equilibrio entre el saber y el hacer tecnológico. En el caso de los profesionales “no-psi”, hay una falta de esa experiencia previa en el campo de la salud mental, trayendo como contradicción la dificultad de adaptarse al trabajo (“el qué hacer”) y también al régimen de funcionamiento del servicio (“cómo hacer”). Por lo tanto, esa misma dificultad se transforma en una potencialidad cuando ese mismo profesional “incapacitado” es incitado a buscar estrategias y dispositivos que le permitan ejercer su actividad profesional. Eso sólo viene a corroborar que, en los servicios sustitutivos de salud mental, es la práctica la que construye la teoría, y no al contrario.

Las múltiples facetas del trabajo en salud mental, desde su formación hasta las actividades del cotidiano, demuestran cómo los servicios sustitutivos están provocando enfrentamientos y produciendo transformaciones en la realidad de la reforma psiquiátrica brasileña. Entendemos que la constitución de un debate social sobre el movimiento de la reforma psiquiátrica brasileña empieza con la percepción de los propios profesionales al respecto de su práctica. Son ellos, algunos de los actores fundamentales de ese proceso, quienes, bajo la tensión dialéctica, son obligados a reflexionar, a reinventar tecnologías, a relacionarse y a repensar la locura, el loco y sus propias relaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio buscó mostrar algunas de las muchas posibilidades de análisis de un evento especial y sus repercusiones para el establecimiento de un debate social en un campo específico del conocimiento humano. En este caso, se trata de la reforma psiquiátrica como movimiento que busca, en el interior y en el exterior de la sociedad, reinventar las estrategias, las posibilidades de intervención, construir nuevas sociedades y nuevos conocimientos sobre un fenómeno tan complejo e intrigante como la locura.

Hay que tener en consideración que ese debate es un proceso, en el cual están incorporadas las diferentes opiniones de los sujetos, contradictorias o no, complementarias o no, conocidas o no. En salud mental, por ejemplo, la relación que se establece entre el movimiento y los actores que participan de su consolidación es fundamental para entender la amplitud y el alcance ideológico

de esas discusiones en la materialidad social.

La propuesta metodológica utilizada en este estudio, aunque esté enfocada en solo uno de sus múltiples aspectos (la formación profesional), deja abierta la idea de la necesidad de repensar las competencias y habilidades de los trabajadores en el campo de la salud mental. Esperamos que este trabajo sirva de estímulo para la constante reflexión del movimiento de la reforma psiquiátrica y para mantenerlo activo, pues es necesario saldar parte de las deudas creadas por una sociedad injusta, que ve la locura como una dimensión desconocida, peligrosa y enajenada de derechos, obligaciones y relaciones sociales.

BIBLIOGRAFÍA

AMARANTE, P. A clínica e a Reforma psiquiátrica. En: AMARANTE, P (ed). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p.45-65.

AREJANO, C.B. Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

BAKHTIN, M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 2006.

BAÑÓN HERNÁNDEZ, A.M. Discurso e inmigración: propuestas para el análisis de un debate social. Murcia: Universidad de Murcia, 2002.

BAÑÓN HERNÁNDEZ, A.M. Discurso periodístico y procesos migratorios. San Sebastián: Gakoa, 2007.

BAÑÓN HERNÁNDEZ, A.M. Discurso y enfermedad. Una aproximación crítica y constructiva. En prensa.

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS – informativo da saúde mental. Brasília, 2008.

DESVIAT, M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Ediciones Dor, 1994.

FOUCAULT, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 2003.

KODA, M.Y. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia,

Universidade de São Paulo, 2002.

PACHECO, M; FERRAZ, T; CARLINI, A.E. Brazilian public mental health policy: education and research. *International Psychiatry*, 2003, vol. 1, p. 15-16.

PINEL, P. Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. Madrid: Ediciones nuevas, 1801.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. En: TUNDIS, S y COSTA, N (eds). *Cidadania e loucura*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 15-69.

RODRIGUES, J. Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

SHORTER, E. Uma história da psiquiatria: da era do manicômio à idade do prozac. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

¹ En el escenario de la salud mental, el género social predominante en la historia de la humanidad fue el discurso psiquiátrico sobre la locura como enfermedad. En la literatura más clásica del tema (Foucault, 2003), hay una reconstitución histórica de los conocimientos y de las prácticas con el fenómeno de la locura, los dispositivos de atención que produjeron ese desplazamiento y como la sociedad se organizó laboralmente para absorber el loco como enfermo, no como individuo.

² Los otros ejes semiotextuales son así descritos: Especialización – después de la formación, el análisis de la especialización permitirá ajustar los grados de responsabilidad de los actores; Liderazgo – el cargo que ocupa, la capacidad de gestión y liderazgo indican como se desarrolla el trabajo y la responsabilidad; Experiencia – el tiempo de servicio en cierta especialidad es un dato relevante tanto para el análisis del tratamiento discursivo de los profesionales de la salud, como para el estudio de la interacción entre ellos; Empatía – la competencia comunicativa incluye la capacidad de colocarse en el lugar del otro (por lo menos en el ámbito discursivo), siendo importante en la evaluación del profesional por parte de los otros actores considerados en el escenario. El actor se encuentra primeramente en la dimensión del decir y después en la del hacer; Implicación – también se refiere a la capacidad de colocarse en el lugar del otro, solo que ahora este actor se encuentra en el ámbito de la acción, es decir, primero en la parte del hacer y después en la del decir; Preparación – es como ese actor ejerce su habilidad profesional y Actualización – se refiere al deseo de mejorar y mantenerse actualizado con respecto a congresos, tratamientos, técnicas nuevas, entre otras (Bañón Hernández, 2007).