

«Mirar hacia adentro»: la autoetnografía como estrategia de análisis en el proceso de construcción de un sujeto/objeto de estudio

JESICA ROMINA SUÁREZ LOSAVIO, Facultad de Psicología,
Universidad Católica de Santa Fe, Argentina

jsuarezlosavio@ucsf.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4032-7992>

DOI: 10.33255/26181800/1955

Resumen

La finalidad de este artículo es reflexionar acerca de las implicaciones emocionales y personales en la construcción del objeto de estudio de una tesis de Maestría. Para ello, se recuperarán algunos fragmentos correspondientes a las circunstancias y experiencias de vida y al recorrido disciplinar y académico en el campo de la salud mental respecto a la cronicidad y discapacidad, en los roles de profesional de la salud mental y de investigadora. Entendiendo que lo acontecido en dichas trayectorias no sólo han sido los motivos que subyacen en el interés por investigar acerca de dichas problemáticas, sino también porque han permitido una reflexión y cuestionamiento acerca de los discursos y prácticas hegemónicas desde las cuales se abordan las mismas.

PALABRAS CLAVE: autoetnografía, salud mental, discapacidad

Para citación de este artículo: SUÁREZ LOSAVIO, J., R. (2024). «Mirar hacia adentro»: la autoetnografía como estrategia de análisis en el proceso de construcción de un sujeto/ objeto de estudio. *Utopías. Segunda época*, 2, P. 1-14.

DOI: 10.33255/26181800/1955

“Looking inward”: Autoethnography as an analytical strategy in the process of constructing a subject/object of study

Abstract

The purpose of this article is to reflect on the emotional and personal implications in the construction of the object of study of a Master's thesis. For this, some fragments will be recovered corresponding to the circumstances and life experiences and to the disciplinary and academic journey in the field of mental health regarding chronicity and disability, in the roles of mental health professional and researcher. Understanding that the events in these trajectories have not only been the motives that underlie the interest in investigating about these problems, but also because they have allowed a reflection and questioning about the hegemonic discourses and practices from which they are addressed.

KEYWORDS: autoethnography, mental health, disability

Introducción

La escritura de este artículo se desprende del proceso de elaboración de una tesis de Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Entre Ríos. La misma tuvo como objetivo analizar las experiencias de cronicidad en los itinerarios diagnósticos y trayectorias terapéuticas en sujetos adultos con enfermedades neurológicas que realizan tratamiento interdisciplinario en clínicas privadas de neurorehabilitación de la ciudad de Santa Fe. En este trabajo de producción, como en diversos otros hallados en distintas disciplinas, se buscó rescatar las voces de los sujetos en relación a las vivencias cotidianas de sus enfermedades. Pese a encontrarse una exhaustiva producción teórica nacional e internacional (Alonso, 2009; Alzate López & Trad, 2014; Domínguez Mon, 2017; Grimberg, 2009; Passerino, 2020) donde se busca acceder a los mundos significativos de las personas con enfermedades, pocos son los estudios en los que los/as investigadores/as comparten sus implicaciones emocionales y personales respecto al objeto/sujeto de estudio.

A tal efecto se utilizará como método la autoetnografía, entiendo a la misma como:

una estrategia que prioriza y describe la propia experiencia vivida y las variaciones en el modo de otorgarle sentido. El investigador es parte de esa «cultura» que investiga, está socializado en ella, se pone en juego elementos personales y sociales. Por lo tanto, es una estrategia experiencial. Emergen los propios temores en tanto hay un mostrarse del investigador, asumiendo que las críticas teóricas y metodológicas que pretenden poner un dique a lo afectivo son también un modo de «protección» a la aparición de las vivencias del mismo. La auto-etnografía significa dar cuenta de lo que se escucha, lo que se siente y del propio compromiso no solo con la temática sino con la acción, al reconstruir la propia experiencia. Como ya se ha insinuado, hay una doble implicación: el investigador «es arte y parte» del fenómeno que quiere narrar. (Scribano y De Sena, 2009, p. 8)

En base a lo mencionado, el presente escrito pretende recuperar algunos fragmentos correspondientes a las circunstancias y experiencias de vida y al recorrido disciplinar y académico respecto a la cronicidad y discapacidad, en los roles de profesional de la salud mental y de investigadora. Entendiendo que lo acontecido en dichas trayectorias no sólo han sido los motivos que subyacen en el interés por investigar acerca de dichas problemáticas, sino también porque han permitido una reflexión y cuestionamiento acerca de los discursos y prácticas hegemónicas en salud mental desde las cuales se abordan las mismas.

El contexto

Entre los años 2018 y 2020 realicé mi formación en la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Entre Ríos. El 30 de enero de 2020, el director general de la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote del nuevo coronavirus detectado en China el 31 de diciembre del 2019, constituía una emergencia de salud pública de implicancia internacional, declarándose posteriormente, el 11 de marzo, el estado de pandemia. Frente a esta situación, en Argentina, a fin de proteger la salud pública, se emitió el DNU 297/2020 que establecía el aislamiento social, preventivo y obligatorio extendido hasta el 10 de mayo inclusive y que fue renovándose, con avances y retrocesos, en los siguientes meses a lo largo de todo el país hasta el 10 de diciembre de 2023.

Bajo este contexto, cursé la última clase de la Maestría de manera virtual y también, comencé el proceso de elaboración de mi tesis. Por supuesto, que ante ese escenario inédito surgió la incertidumbre frente a la viabilidad de la tesis, pero

también reafirmó la pregunta que dio origen a la misma: cuánto y cómo cuidamos a aquellos/as que padecen enfermedades crónicas.

Mi trabajo de tesis tuvo como objetivo analizar las experiencias de cronicidad en los itinerarios diagnósticos y trayectorias terapéuticas en sujetos adultos con enfermedades neurológicas que realizan tratamiento interdisciplinario en clínicas privadas de neurorehabilitación de la ciudad de Santa Fe. Para llevar a cabo dicho objetivo realicé entrevistas en profundidad a sujetos adultos, de los cuales la mayoría habían realizado tratamiento psicológico conmigo y otros, los/as conocía de la clínica privada de rehabilitación neurológica en la que en ese momento trabajaba. Esto conlleva diversos desafíos. En primer lugar, habitar el rol de investigadora abriendo interrogantes posibles en ámbitos donde ya circularon las palabras, pero desde el vínculo terapéutico que establecí, anteriormente, con alguna de estas personas. Este corrimiento supuso habilitar la sorpresa a la hora de elaborar y realizar las entrevistas sin suponer las respuestas. En parte, por el conocimiento previo de algunos de estos sujetos y sus historias de vida y, a la vez, para no caer en el riesgo de proyectar mi propio marco interpretativo en sus relatos. Por otro lado, requirió un trabajo artesanal y cuidadoso en la escucha entendiendo mi implicación en la institución en la cual algunos de los sujetos entrevistados, realizan tratamiento interdisciplinario. Esto advirtió la existencia de relaciones conscientes e/o inconscientes con la institución en cuestión, que generaron diversas inscripciones en mi subjetividad como de algunos de los sujetos protagonistas de esta investigación.

En este recorrido, indagar mi implicación para «transparentar opacidades» (Fernández et al., 2014, p. 7), implicó no sólo una toma de conciencia intelectual, sino también afectiva. Y es esto lo que hoy vengo a compartir.

Acerca de recuperar el norte y de mis implicaciones en la construcción del objeto de estudio en una tesis de Maestría en Salud Mental

«Pensar con un relato significa evidenciar, también, de qué manera afecta la vida de uno» (Bianco, 2012, p. 94). Contarles acerca de mi trayectoria personal y laboral, de la influencia que ésta tuvo en la elección del tema a investigar y de cómo la elaboración de dicha tesis impactó en mi vida, no es tarea sencilla. Hacer un viaje al interior de una misma y explorar los lazos existentes entre mi misma y dicha investigación, acarrea cierta incomodidad necesaria. Necesaria para mi crecimiento y porque comparto con Vite Hernández (2022) que «los afectos también son parte de los saberes» (p. 24).

Situarse en el presente y mirar atrás a veces acarrea dolor, otras gratitudes. Hacer este escrito implica ya no hablar acerca de los/as otros/as sino contar mi propia odisea. Y si bien mi historia no está atravesada por el padecimiento crónico, sí creo compartir por momentos esta sensación de ser un/a peregrino/a en tierras extrañas. Atravesar el proceso de formación en la Maestría en Salud Mental y elaborar el trabajo de tesis, fue una experiencia que transformó mi vida. Poner la lupa en mí, en mis vínculos, en aquellos lugares por los que he transitado, en mi profesión, en mi vocación. Descubrir aciertos y desaciertos y valorar los mismos. Sentir que en este momento estoy donde tengo que estar. Y este viaje que, en algún comienzo de la tesis, creí que se había iniciado con la Maestría en Salud Mental, en realidad, empezó mucho antes. Recuerdo el primer día de clases donde la propuesta era compartir quiénes éramos, de dónde veníamos, qué buscábamos. Me presenté de la siguiente manera: *Hola, soy X, nací en Buenos Aires, crecí en Rosario y hace un año que vivo en Santa Fe.* Ese comentario que en ese momento fue *al pasar*, hoy en día no lo es. Cuando nacés en Buenos Aires y posteriormente te mudas *al interior* y luego volvés a trasladarte a otra ciudad, además de la pérdida del lugar de origen y de los vínculos, uno/a se encuentra con lo que podría denominar el limbo; esto de *no ser de aquí, ni de allá*. Salvando la particularidad de cada experiencia, cuando realicé las entrevistas, advertí que este estado también era vivido por estas personas en relación a la situación de encontrarse actualmente enfermo/a. Haber atravesado una parte de su vida sin estarlo y, en un determinado momento, que la misma genere un cambio radical en la misma, implicaba integrar esos dos tiempos: el de allá, el de antes y el de aquí, el de ahora. Comparto también con *ellos/as*, esta brecha entre *nosotros/as* y *ellos/as*: *los/as normales/los/as discapacitados/as, los/as que caminan/los/as que están en silla de ruedas, los/as sanos/as /los/as enfermos/as* y *de mi parte: los/as porteños/as /los/as rosarinos/as, los/as santafesinos/as, los/as de Buenos Aires/ los/as del interior*. Grupos, por supuesto, excluyentes entre sí. En el año 2015, viviendo en la ciudad de Rosario, comencé a trabajar en una clínica privada de rehabilitación neurológica y salud mental. En un inicio, cuando me convocaron, era para brindar atención individual a pacientes que tenían afasia de expresión y/o comprensión. Fue una de las experiencias más difíciles y duras que viví en mi recorrido profesional. Esas personas habían perdido completa o parcialmente la posibilidad de comunicarse mediante la palabra. Aún recuerdo la desesperación en sus miradas. La importancia de la palabra, de narrar para singularizar episodios significativos de la vida de cada persona, para construir un significado de esas experiencias. Existieron otras miradas también, las miradas vacías de aquellas personas que habían perdido progresivamente la memoria. El valor del recuerdo, de la trama que hila

Las múltiples circunstancias de la vida que nos singularizan. Preguntarme miles de veces: ¿quién estará allí?, ¿hay alguien allí? La tristeza de suponer una subjetividad que había sido arrasada por la demencia. Sujetos con enfermedad de Parkinson; el temblor en las manos, la rigidez en los pasos, la conocida *mirada de póker*. La *mal-dita* esclerosis múltiple que te va arrastrando lentamente de la vida a la muerte... Así transcurrieron los años. Viviendo en Santa Fe y siendo una clínica más pequeña en la que trabajaba, con otras exigencias y tiempos, empecé a observar y observarme. Cuando pienso acerca de ese momento donde comenzó todo, se viene a mi cabeza la imagen de un *paciente* que, somnoliento/a en mi consultorio, me comentaba el cansancio de continuar asistiendo todos los días a los tratamientos. Él se alegraba cuando le decía: *R, y ¿si nos tomamos un café?* El aroma del café, compartir el desayuno/merienda con las personas que asistían empezó a formar parte del espacio terapéutico. Incluso en las sesiones virtuales en contexto de pandemia, se sostuvo. Como en cualquier otra disciplina, cuando se realiza algún tipo de abordaje es necesario preguntarse el para qué de la intervención. Llegar a casa después de largas jornadas de trabajo y sentir que el consultorio quedaba chico, que nos apretaba, que nos asfixiaba, que íbamos muriendo encerrados/as en esas narrativas de la progresión de la enfermedad. ¿Para qué tomarnos un café? ¡Para sentir que estábamos vivos! El café en el consultorio luego se trasladó muchas veces a un bar, luego al mate en la plaza, a escuchar música, a una carrera compartida en sillas de ruedas, a leer una revista. Observar que lo crónico de la enfermedad se trasladaba a vivir experiencias repetitivas y monótonas, me generaba mucho malestar. Sentía que lo crónico se había adueñado del espacio terapéutico y de nuestras vidas. Las reuniones al interior de los equipos interdisciplinarios sean en Rosario o en Santa Fe, rondaban por el interrogante acerca del por qué los pacientes no tenían adherencia a los tratamientos con la posterior citación a los familiares para que mediaran a fin de alcanzar un mayor compromiso y participación. En ese momento no llegaba a visibilizar, como ahora, que de esta manera estábamos infantilizando y anulando la voz de aquellas personas que acudían al centro de rehabilitación.

La pandemia marcó un antes y un después. Las actividades de estimulación cognitiva y las de kinesiología llegaban a la casa de los pacientes, respetando las medidas de higiene correspondientes. En psicología, las sesiones eran virtuales, aunque al principio se consideró que era una actividad no esencial. En estos encuentros *virtuales* conocí a sus familias, casas, mascotas, objetos preciados; eso que me nombraban en las sesiones presenciales pero que estaban por fuera de mi mirada. También preocupaciones, incertidumbres, retrocesos, avances, novedades.

La mayor parte de las sesiones iniciaban con el tema del coronavirus, el aislamiento, los problemas económicos, el no poder ver a sus seres queridos/as, la sensación de que la pandemia no finalizaba; y terminaba con agradecimientos por el encuentro, por el intercambio que para muchos/as era el único contacto con el mundo exterior.

En medio del caos, en los foros nos preguntábamos acerca de la ética y profesionalidad de estas intervenciones. Se salían de lo ortodoxo, de lo establecido, de lo configurado. En el caso de psicología no había consultorio, ni diván, ni escritorio. Y en muchas oportunidades detrás de la pantalla del celular o computadora no nos encontrábamos solamente con nuestro/a paciente sino también con quienes cuidaban del/la mismo/a y que también necesitaban hablar.

Y si bien esta situación nos tomó por sorpresa, y nos interpeló a «quitar el corset de nuestras prácticas» (Youtube CIESAS, 22/9/2020) y abrirnos a la creatividad, la vuelta a la presencialidad supuso volver al círculo vicioso. Y de nuevo las reuniones de equipo: este paciente, ¿querrá hacer Psicología? En este circuito, ¿tiene la posibilidad de decir que no? Comencé a estudiar la Maestría en Salud Mental para *recuperar el norte*. Supe desde el comienzo de qué se iba a tratar mi tesis porque necesitaba plasmar en algún lugar todo esto que sentía que nos pasaba y porque sería un andamiaje para continuar interrogándome acerca de ciertos conocimientos y prácticas cristalizadas que continuaban reproduciendo aquello que me generaba incomodidad. Relativizar esas verdades que había aprendido, aceptar que esas historias narradas desbordan, claramente, esos «territorios de saberes instituidos» (Montenegro, 2007 como se cita en Fernández et al., 2014).

El encuentro conmigo misma y con los/as otros/as como punto de partida

¿Por qué elegir una autoetnografía? ¿Para qué, de alguna manera, exponer parte de la vida de una misma en un escrito? Claramente no es una exhibición gratuita, tienen sus costes; pero también, a través de esto pretendo iluminar la consideración de que la subjetividad, el cuerpo y las emociones atraviesan los saberes y las prácticas. Al respecto, Almeida et al., (2010) mencionan lo siguiente:

La preocupación ha sido cómo construimos a ese otro, y esto ha desatado debates y cuestionamientos en el ámbito académico y profesional, con relación a cómo entendemos a ese otro, cómo nos posicionamos frente a él, cómo tenemos en cuenta lo que le pasa cuando se encuentra frente a quienes intervienen en su vida, aunque

sea un pedacito de su vida. Pero la pregunta que aparece una y otra vez, y que está detrás de esta gran preocupación por el otro, es qué sucede con nosotros frente a este otro. ¿Cómo entendemos lo que pasa con nosotros en la intervención con otros? ¿Qué jerarquía le otorgamos y «donde ponemos» esto que nos pasa? ¿Qué lugar tiene esa relación de encuentro con los otros en la producción de conocimiento y de sentido? (p. 32)

Elegí realizar una autoetnografía, porque sentí curiosidad por explorar otras posibilidades metodológicas que pongan en «entredicho cualquier aspiración a la conquista de un cierto estatus de objetividad e irrefutabilidad para los/as científicos sociales» (Hernández, 1999 como se cita en Alegre-Agís y Fernández-Garrido, 2019). Y aquí, más allá de la incomodidad de dar un giro a lo hecho hasta el momento, creí necesario incluir y hablar de mis emociones como una condición de posibilidad que me permitiera construir un lugar de encuentro con los/as otros/as, favoreciendo mi apertura a la alteridad. De este modo haría un intento, también, de disminuir esa distancia, para mí, artificial y forzada entre las personas que participaron en mi investigación y yo misma. En este sentido, Almeida et al., (2010) señalan «que los dos términos de este binomio nosotros/otros emergen como una zona de continuidad, y no como espacio de ruptura y es en esa zona, en ese territorio donde consideramos interesante inmiscuirnos para reflexionar» (p. 33).

También la autoetnografía me permitía explorar y conjugar voces y papeles distintos; como persona, profesional de la salud e investigadora. De esta manera, escribir sobre mi propia vida como una fuente de conocimiento es también una forma de admitir y beneficiarme de mi propia vulnerabilidad (Alegre-Agís y Fernández-Garrido, 2019).

Asimismo, porque considero tal como lo menciona Ferraroti (1988) que la autoetnografía puede dar cuenta del fenómeno que estoy analizando, tanto como del contexto histórico o cultural en el que se investiga (como se cita en Blanco, 2012). Como señala Guilló Arakistain (2013), retomando las palabras de Mascia-Lees (2011), «el relato de la autoetnografía se mueve fluidamente entre la experiencia encarnada, el «yo» vulnerable, lo social y lo teórico, implicando la propia historia entre procesos históricos y discursos académicos» (p. 237).

Y ¿qué se puede decir del discurso académico en salud mental en relación a los padecimientos crónicos, la discapacidad y la rehabilitación? Poco o lo mismo de siempre.

Cuando comencé a estudiar la Maestría en Salud Mental, mi objetivo era encontrar eso poco o lo mismo de siempre pero que fuera de algún modo creativo. Buscaba

técnicas, la mágica receta de cómo realizar un abordaje distinto al que venía llevando a cabo, pero sin correrme demasiado de lo que yo seguía imaginando como posible a partir de la formación que realicé durante tantos años. Ahora miro atrás y me doy cuenta de mi incoherencia. Incoherencia que considero era por falta de conocimiento y también, porque por supuesto, no es fácil salir de las conceptualizaciones y prácticas arraigadas.

En la primera clase de la Maestría en Salud Mental, hubo algunas palabras que se mencionaron que en el tiempo pude aprehender. Se decía algo así como que la formación implicaba posicionarnos desde nuestra propia autoría, desde nuestros conocimientos, desde nuestra trayectoria y que dicho proceso formativo implicaba un trabajo subjetivo personal. En ese momento me resultó extraño, pero como mencioné en el apartado anterior, cursar esta Maestría transformó mi vida... así esas palabras dichas cobraron, más tarde, sentido.

Conocer las teorías críticas acerca de la discapacidad, no sólo implicó cambiar de posicionamiento profesional, sino también personal, ético, ideológico y, por supuesto que, político. Y en esas clases, donde creí que encontraría esas esperadas respuestas, hallé otras nociones que generaron muchos más interrogantes: *ideología de la normalidad, industria y mercado de la rehabilitación, patologización y medicalización de la discapacidad*, entre otras. Esos conceptos pusieron en tensión lo poco o lo mismo de siempre que anteriormente mencioné.

A la luz de estos nuevos saberes, quizás la desilusión fue encontrarme a mí misma reproduciendo por tantos años, aquello que hoy rechazo pero que en ese momento era moneda corriente. Darme cuenta de que mis intervenciones, reprodujeron de algún modo, la *normalización* de las personas con discapacidad, poniendo el foco en *aquello que tuvieron y que perdieron* con la expectativa de poder acompañar en el proceso de rehabilitación hasta que vuelvan a ser personas *normales* o alojarlos/as en sus procesos *obligados* de duelo porque nunca más volverían a serlo. Asimismo, la *imprescindible* sesión familiar o taller para familias para psicoeducar sobre síntomas o cómo gestionar sus emociones frente a un familiar con discapacidad. Hacerles partícipe del proceso de rehabilitación también implicaba que intenten que el paciente se adhiera a todos los abordajes necesarios. Así también lo refiere Good (1994) cuando menciona que «el padecer articulado con «la obligatoriedad de la adherencia» da cuenta cómo el padecer se extiende a todas las esferas del mundo cotidiano por un período indeterminado» (como se cita en Bru, 2016, p. 45).

En este punto cabe preguntarse dos cuestiones en relación a las intervenciones. En primer lugar, el por qué, y no sólo desde la psicología, las propuestas realizadas al interior de estos circuitos de rehabilitación tienen como único sujeto implicado

al sujeto con discapacidad. Es decir, los objetivos propuestos por los diferentes tratamientos, son referidos a lo que los sujetos con discapacidad tienen que alcanzar, «por lo que se hace necesario pensar en una norma que funcione como parámetro ideal construido previamente, ubicando la discapacidad claramente como una problemática individual, que le atañe por razones biológicas a cada una de estas personas —y sólo a ellas—» (Contino, 2010, p. 195).

En segundo lugar, y tomando como punto de partida ese parámetro ideal al que las personas con discapacidad tienen que llegar, preguntarse por qué los tratamientos se realizan al interior de distintas instituciones destinadas específicamente para personas con enfermedades y/o con discapacidad, cuando la propuesta es la *inclusión*, la *rehabilitación* de la persona con discapacidad a la vida social (Kipen y Vallejos, 2009). En este aspecto, no sólo visualizamos la incongruencia entre nuestros discursos y prácticas, sino también de lo iatrogénico de las mismas.

Diversos autores desde distintas disciplinas y a lo largo de la historia han estudiado acerca de la irrupción del padecer en la vida cotidiana de los sujetos y cómo «las actividades médicas dominan su vida, reemplazan las actividades que realizaban hasta entonces, y el mundo de las clínicas, las terapias y las obras sociales comienzan a modelar su vida cotidiana» (Bru, 2016, p. 43). Es decir, este peregrinaje por distintas especialidades e instituciones reemplaza al mundo y a la vida anterior (Bru, 2016). Ahora bien, ¿podemos adjudicar sólo a la emergencia de la enfermedad y/o discapacidad esta transformación de la cotidianeidad de estos sujetos?

En este sentido, es necesario señalar que en algunas personas el padecimiento y/o la discapacidad asociada al mismo, han tenido el carácter de ruptura, epifanía (Denzin, 2017) en sus trayectorias vitales. Y aquí no pongo en discusión el impacto mencionado, sino en los modos en cómo los/as profesionales reforzamos que las personas con cuerpos enfermos y/o con discapacidad necesitan ser tratados/as. Estimo que los abordajes que parten de la carencia y proponen una vuelta a la normalidad, además de reproducir la ideología de la normalidad ubican a los sujetos en el lugar de la falta, de lo incompleto, de aquello que aún no se ha recuperado; perpetuando no sólo la circulación por distintas instituciones de rehabilitación y/o especialidades médicas, sino principalmente el sufrimiento.

Casi finalizado el trabajo de campo para mi tesis de la Maestría, existió una última entrevista. Luego de casi dos horas de encuentro, la persona entrevistada finalizó el mismo con una frase que resonó y determinó, en parte, mi decisión de no continuar siendo parte de los circuitos de rehabilitación. Con casi treinta años de convivir con la esclerosis múltiple y habiendo realizado un recorrido por distintas instituciones y especialidades, mirándome atentamente me dijo: *al fin y al cabo, morir por morir*

es mejor morir al sol. Recuerdo haber salido de su casa con cierta congoja, pero también con la decisión de no volver atrás. Y así fue.

La pregunta que me hice en ese momento y, también, que me hago actualmente es cuál es mi propuesta, qué puedo aportar de distinto. Y quizás, aún, no tengo una respuesta o puede ser que nunca la tenga.

Tal vez, algunos caminos posibles tengan que ver con poder llevar a cabo, *al interior*, un giro decolonial en salud mental (Luciani Conde, 2021), es decir, poner en tensión «los saberes y prácticas que continúan sujetos en gran medida a los binarismos y normalismos propios de la colonial modernidad...» (Luciani Conde, 2021, p.29), y que históricamente han situado, principalmente, a las personas con discapacidad bajo la reclusión y la estigmatización (Augman et al., 2022). Al mismo tiempo que se hace necesario, también, realizar un trabajo *hacia afuera* a favor de una deconstrucción de la visión social atravesada por imaginarios, discursos y representaciones que revelan «una gran dificultad colectiva de lidiar con la diferencia» (Augman et al., 2022 p. 74). Esto nos invita a pensar de qué modo, como ciudadanos/as y como profesionales de la salud mental, podemos hacer estallar la categoría de *sujeto ciudadano universal* que, al jerarquizar y clasificar cuerpos y subjetividades, no sólo produce desigualdad sino también «... procesos de normalización, disciplinamiento, vigilancia y control social» (Augman et al., 2022 p. 72).

Es decir, ubicarnos al otro lado del discurso hegemónico, nos demanda un doble compromiso: por un lado, «intelectual, orientado a la búsqueda de alternativas epistemológicas... y, por otro lado, ...de transformación de condiciones sociales de existencia vigentes» (Flores-Osorio, 2011, p. 112) repensando nuestras categorías, nuestras identidades profesionales y nuestras prácticas (Augman et al., 2022), siempre conlleva un *mirar hacia adentro*.

Conclusiones

La redacción de este ensayo ha permitido recuperar algunas experiencias acontecidas que no han sido sólo los motivos a partir de los cuales construí el objeto/sujeto de estudio de mi tesis de Maestría, sino también es lo que me ha impulsado a reflexionar-me y cuestionar-me acerca de los saberes y prácticas dominantes en salud mental en relación a las enfermedades y/ o discapacidad.

En este sentido, elegir la autoetnografía como método ha posibilitado reconocer y hacer explícito mi lugar de enunciación (Carrillo y Becerra, 2004), «... lo cual supone una reconstrucción interna que conlleva a una reflexión teórico/emotiva» (Correa, 2007, p. 260). En dicha reconstrucción, en primer lugar, pude reconocer el

juego de relaciones transferenciales y contratransferenciales entre mi misma y los sujetos que han participado en mi investigación; ese preguntarse qué nos sucede frente a ese otro/a como lo mencionan Almeida et al., (2010). Y, en segundo lugar, poner de relieve la importancia de la dimensión subjetiva en el desarrollo de un proceso de investigación y en la reflexión acerca de los propios saberes y prácticas.

Este último aspecto mencionado, conlleva estimar que nuestra subjetividad siempre se pondrá en juego cuando haya que *correrse de los establecido y proponer otra cosa*, siendo el primer paso para que esto suceda permitirnos ser atravesados/as y afectados/as por los/as otros/as.

Referencias bibliográficas

- ALEGRE-AGÍS, A. & FERNÁNDEZ-GARRIDO, S. (Eds.). (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones Perspectivas metodológicas en la investigación en salud*. Colección Antropología Médica.
- ALMEIDA, M. E.; ANGELINO, M. A.; KIPEN, E.; LIPSCHITZ, A.; MARMET, M.; ROSATO, A. & ZUTTÍÓN, B. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. *Política y sociedad*, 47(1), 27-44.
- ALONSO, J. P. (2009). El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos. *Cuadernos de antropología social*, (29), 103-120.
- ALZATE LÓPEZ, y A., & TRAD, L. A. B. (2014). Antes e depois da LMC: experiências e dimensões da leucemia mieloide crônica como uma ruptura biográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00171613>.
- AUGMAN, R.; AZAR BON, B.; GARZÓN, A. C. & HENNIG, B. (2022). Hegemonía y contrahegemonías en Salud Mental: La propuesta de la clínica placera. *Salud Mental y Comunidad*, Año 2, N.º 12, 68-87.
- BIANCO, I., L. (2012). La investigación biográfico-narrativa o el desafío de descolonizar nuestra mirada. *Revista de Educación*, Año 3. fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/download/88/151
- BLANCO, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9 (19), 49-74.
- BRU, G. (2016). Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo de la salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, vol. 8, 37-51.
- CARRILLO, A. T., & BECERRA, A. J. (2004). La construcción del objeto y los referentes teóricos en la investigación social. *La práctica investigativa en ciencias sociales*, 13, 13-26.

- CONTINO, A. (2010). Normalización y emancipación: análisis de la institucionalización de la discapacidad mental; Universidad Cooperativa de Colombia. *Pensando Psicología*, 6, 191-200.
- DNU N.º 297/2020. *Aislamiento social, preventivo y obligatorio*. 19 de marzo de 2020. Buenos Aires, Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-297-2020-335741/texto>
- DENZIN, N. (2017). Autoetnografía interpretativa. *Investigación cualitativa*, 2(1), 81-90.
- DOMÍNGUEZ MON, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud colectiva*, 13, 375-390.
- FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES-UNC (2020, 22 de septiembre). Relatoría II Encuentro de Intercambio y Reflexión: *Ética del Cuidado y Discapacidad* [Video]. <https://youtu.be/kqzrSvYN-VU>
- FERNÁNDEZ, A.; M. LÓPEZ, M.; BORAKIEVICH, S.; OJAM, E.; & CABRERA, C. (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista Sujeto, subjetividad y cultura*, 7, 5-21.
- FERRAROTI, F. ([1983] 1988). Biografía y ciencias sociales. En *Cuadernos de Ciencias Sociales 18: Historia Oral y Historias de Vida*. FLACSO.
- FLORES-OSORIO, J. (2011). Interpelación al discurso psicologista hegemónico. *Revista Teoría y Crítica de la Psicología*, (1), 111-121. <http://teocripsi.com/documents/1flores.pdf>
- GRIMBERG, M. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Antropofagia.
- GUILLÓ ARAKISTAIN, M. (2013). La incorporación de la investigación: políticas de la menstruación y cuerpos (re)productivos. *Nómadas (Col)*, (39), 233-245.
- KIPEN, E. & VALLEJOS, I. (2009). La producción de discapacidad en clave de ideología. En A. Rosato & M. A. Angelino (Coords.) *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (155-176). Noveduc.
- LUCIANI CONDE, L. (2021). Por una matriz formativa alternativa en Salud Mental: Aportes de los estudios decoloniales al campo de la Salud Mental Colectiva/Medicina Social Latinoamericana. *Salud Mental y Comunidad*, Año 8, N.º 10, 16-33.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020). *Novel Coronavirus(2019-nCoV)*. Situation Report – 10 <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- PASSERINO, L. (2020). La irrupción del diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Comunicar y ser comunicado: el (des) encuentro con la biomedicina. *Comunicación y Salud en América Latina: contribuciones al campo*, 171-192.
- SCRIBANO, A. y DE SENA, A. (2009). Construcción de conocimiento en Latinoamérica: algunas reflexiones desde la auto-etnografía como estrategia de investigación. *Cinta moebio*, 34: 1-15. DOI: 10.4067/S0717-554X2009000100001
- VITE HERNÁNDEZ, D. (2022). Cuestionar (nos) las violencias epistémicas capacitistas. En Ana D. Tamaro Marín, et al., coordinación general de Lelia Schewe; Víctor Alexander Yarza De Los Ríos (2022). *Cartografías de la discapacidad: una aproximación pluriversal*.