

## *Homo faber*: esculpiendo hombres. La coproducción investigativa en la interioridad de una práctica

Alberto Leonardo Bialakowsky

*Universidad de Buenos Aires, Argentina / albiala@gmail.com*

Delia Elena Franco

*Universidad de Buenos Aires, Argentina / delfranco@speedy.com.ar*

María Mercedes Patrouilleau

*Universidad Nacional de La Plata, Argentina / mpatrouilleau@fibertel.com.ar*

Nora Bardi

*Universidad de Buenos Aires, Argentina / norabardi2003@yahoo.com.ar*

Cecilia María Lusnich

*Universidad de Buenos Aires, Argentina / ceciliamlusnich@gmail.com*

**Abstract:** The social sciences of labor have face great challenges to explore labor; however, in this disciplines the study of the industrial model has prevailed, while the analysis of sectors of services as productive spaces has been delayed. Laborers in governmental institutions, not only work the “shapes” and “substances”, but also the very human survival and reproduction. The present article is aimed at giving an account of the work of men working on men, specifically on laborers who work on other laborers who undergo social disaggregation, exclusion, and ghettoification. The results from our qualitative research show the participation in the production of knowledge of the very laborers, rehearsing a co-productive dialogue in hospital and with laborers from recovered enterprises. This dialogical construction allows exploring the dimensions of alienation, power and the subjectivity in the social processes of labor.

**Key words:** research coproduction, work process, knowledge, mental health institutions, social exclusion-extinction, complexity.

**Resumen:** Las ciencias sociales del trabajo han afrontado grandes desafíos para explorar éste; sin embargo, en estas disciplinas ha primado el estudio del modelo industrial, quedando rezagados los análisis referidos a los sectores de servicios como espacios productivos. Los trabajadores en las instituciones gubernamentales no sólo trabajan las “formas” y las “sustancias”, sino también la propia sobrevivencia y reproducción humana. El presente artículo da cuenta del trabajo de hombres trabajando sobre hombres, específicamente sobre trabajadores que trabajan sobre otros trabajadores que se encuentran en proceso de desagregación, exclusión y guetificación social. Los resultados de nuestra investigación cualitativa muestran la participación en la producción de conocimiento de los propios trabajadores, ensayando un diálogo coproductivo en el hospital y con trabajadores de empresas recuperadas. Esta construcción dialógica permite explorar las dimensiones de la alienación, el poder y la subjetividad en los procesos sociales de trabajo.

**Palabras clave:** coproducción investigativa, proceso de trabajo, saber, instituciones de salud mental, exclusión-extinción social, complejidad.

## Investigación al interior de un programa coproductivo. Notas introductorias<sup>1</sup>

Pienso que la ineptitud del intelectual para el trabajo físico, pero es una ingenuidad: no se trata solamente del esfuerzo físico. El primer día en la fábrica es aterrador para cualquiera. Después, muchos de mis compañeros me hablarán de eso, a menudo con angustia. ¿Qué espíritu, qué cuerpo puede aceptar sin un movimiento de rebelión el ritmo aniquilador, antinatural, de la cadena? Todos sienten una idéntica violencia el oprobio y el desgaste de la cadena, el obrero, el campesino, el trabajador intelectual y el manual, el inmigrante y el francés [...] (Linhart, 1996: 27).

Los métodos científicos habituales parten del diseño experimental, del control de las variables. En esta imposibilidad (de controlarlas) el experimento se encuentra a sí mismo, la prueba resulta del fervor de la demostración. En los abordajes más duros el sujeto trabajador es tomado como *dato*, su exterioridad queda cosificada en el propio proceso investigativo. Desde nuestra perspectiva, muchas prácticas sociales están basadas en conocimientos populares y se organizan en torno a ellos. Luego, éstos no son creíbles o no son visibles, quedando por fuera, porque no tienen la validez y el rigor del conocimiento científico. La monocultura del saber y del rigor reduce, eliminando mucha realidad que imposibilitaría comprender y que en su larga historia también ha cometido “epistemicidios”, en el sentido de muerte de conocimientos alternativos (De Sousa Santos, 2006).

La propuesta de la coproducción investigativa, si bien no puede evitar la simulación y el recorte, se centra en la promoción de una convergencia dialógica mediante la interrogación colectiva y simultánea de discursos complementarios y, por lo tanto, recíprocamente asimétricos (Bialakowsky *et al.*, 2007a). Desde esta modalidad de trabajo investigativo, comprender significa también el intento por evitar sesgos y divisiones que se imponen reproductivamente en los abordajes tradicionales, redefiniendo una forma alternativa de aproximación a los sujetos objetos de estudio.

---

<sup>1</sup> El presente artículo constituye una versión reelaborada en profundidad y actualizada del publicado en portugués como: Bialakowsky, Alberto *et al.* (2006), “Uma sociologia do trabalho contrastada”, en *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP* (Universidad de San Pablo), vol. 18, núm. 1, junio, número especial: Sociologia da Condição Operária, Brasil: Universidad de San Pablo.

Este ensayo metodológico, que ya cuenta con la trayectoria de casi una década, nos habilita con fundamento epistemológico y teórico a la investigación e interrogación conjunta con actores *coproductores de conocimiento*. El trabajador, destinatario del análisis, participa del proceso de investigación mismo.

Sobre las bases de un pensamiento transdisciplinario, promueve un abordaje de las problemáticas sociales a partir del reconocimiento del paradigma de la complejidad entre disciplinas y más allá de las disciplinas, en el sentido de solidaridad de los fenómenos, como ética de la comprensión entre los pueblos, entre las naciones, entre las culturas (Morin *et al.*, 2002). La forma de producción se materializa en colectivos de cotrabajo o “dispositivos de coproducción de conocimiento”, un espacio de co-dominio entre sujetos de investigación (académicos, institucionales, laborales), que intenta integrar, desde una mirada compleja y transdisciplinaria, problemáticas que convocan, evitando miradas a-históricas y que no contemplan la perspectiva del otro. En el marco de los dispositivos se trabaja la posibilidad de materializar y sostener un colectivo interrogador, en el cual los actores institucionales aportan su saber especializado y el saber de la práctica. Esta modalidad alternativa no niega, sin embargo, tensiones aún presentes, en la generación de una voluntad investigativa o la necesidad de la demostración académica. La comprobación en las experiencias coproductivas requiere muchos pasos y múltiples acuerdos, con avances y retrocesos respecto de la utopía epistémica.

Este trabajo presenta resultados de la investigación correspondientes al periodo 2003-2006 y que aún prosigue en la actualidad e intentará mostrar descubrimientos en dos direcciones: a) en relación con los contenidos de los procesos de trabajo sobre hombres en sus principales dimensiones del poder, del método y del saber, y b) en relación con la producción de conocimiento misma. El proceso investigativo se desarrolló con centro en el dispositivo de coproducción con enfermeros en salud mental.<sup>2</sup> A partir de sus resultados, la historia de las prácticas en salud mental es paradigmática de la historia del ser trabajador, en el

---

<sup>2</sup> Dispositivo conformado por investigadores del Proyecto UBACyT, trabajadores de la salud y estudiantes de la carrera de Sociología de la UBA, que operó con frecuencia semanal y quincenal según el periodo, en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial

contexto actual atravesado por el *continuum* de exclusión-extinción social (Bialakowsky *et al.*, 2004a). Lo acumulado en los estudios del trabajo puede ser recreado desde esta perspectiva a partir de estos desafíos convergentes que desplazan en parte y en otra complementan los paradigmas tradicionales. Pero ciertamente en esta conjunción o cambio de perspectiva no se trata sólo de contenidos destinados para la clase trabajadora, sino un cambio que atraviesa todos los planos del conocimiento: el dato, el concepto y sus fundamentos epistemo-metodológicos. De esto se trata el presente ensayo científico que siempre y en cualquier caso resultará una exploración y una propuesta posible.

El texto se estructura del siguiente modo: a) se plasma el proceso, las tensiones y corrimientos sucedidos en los sujetos involucrados en la práctica de investigación coproductiva; b) se reconstruye la historia del ser trabajador en enfermería en salud mental con base en el lugar otorgado desde los paradigmas que operaban y aún hoy operan en las prácticas de salud mental; c) se desarrolla el análisis de los procesos de trabajo de enfermería y su relación con el *continuum* de exclusión-extinción social. Las conclusiones retoman los interrogantes sobre lo laboral y lo metodológico, dando cuenta de los aportes en vistas del método expuesto. La contrastación e interrogación en el campo laboral se resalta en la exposición con los fragmentos introductorios a cada apartado extraídos de un texto etnográfico de Robert Linhart.

### **Ensayo del método**

En este punto interesa señalar una realidad material que da sustento a las dinámicas investigativas, nos referimos a las formaciones sociales que constituyen la base de la producción del conocimiento en la sociología laboral, que en las metodologías clásicas son tratadas lateralmente. Las luchas, desencuentros y encuentros discursivos parecen asentarse sólo en las líneas abstractas del pensamiento entre pensadores y no así en los soportes materiales sociales. Nos proponemos, entonces, reflexionar a partir de nuestra experiencia, sobre cómo se produce la materialidad del colectivo en la propuesta.

---

José T. Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que mantuvo, a su vez, un diálogo con coproductores de la investigación, trabajadores de empresas recuperadas.

La investigación en el hospital psiquiátrico surge a partir de la pregunta formulada por los investigadores acerca de la relación entre el proceso de exclusión-extinción social y la intervención institucional. Los primeros encuentros con trabajadores de la salud posibilitaron la transmisión de las dificultades en su práctica asistencial; se descubre así la limitación que las nuevas demandas plantean a la intervención.

Surgen prontamente los límites para aprehender el proceso social de trabajo institucional desde las técnicas usuales (encuestas, entrevistas, observaciones participantes); el primer movimiento en busca de diálogo con trabajadores enfermeros se da a través de entrevistas en profundidad en el hospital y se promueve luego, a medida que se establece un lazo de confianza, la idea de diseñar un dispositivo para pensar conjuntamente sobre las dificultades de la práctica. Desde los trabajadores se percibe ya en este inicio una satisfacción: “enfermería era escuchada”, se rompía el silencio y se creaba un nuevo espacio comunicativo en el hacer del trabajador sometido (Foucault, 1980) por la muralidad institucional.

El lugar del colectivo de enfermería en la institución hospitalaria, como la proximidad estrecha con el paciente construye saber y poder, que por un lado sostiene subjetivamente las contradicciones de la institución, pero por otro, ha sido históricamente silenciado.

El trabajo del dispositivo supone tanto movimientos al interior, en términos de reposicionamiento subjetivo y social, como hacia el exterior, promoviendo el diálogo con otros trabajadores de la institución y de otras instituciones hospitalarias, con otros sectores de trabajadores y ámbitos académicos, propiciando el conocimiento y re-conocimiento de esta nueva práctica investigativa en la que el trabajador coproduce con el investigador desde su saber. En el proceso coproductivo las tensiones y resistencias propias del hacer investigativo son afrontadas a través de estrategias creativas de intervención frente a los obstáculos, lo cual implica un trabajo de reflexividad (Guber, 2004), de diálogo y exposición entre trabajadores y equipo de investigación, en el proceso de constitución en coproductores de conocimiento y de conformación de una voluntad colectiva por conocer y comprender las prácticas en salud mental.

Me preguntaba si los enfermeros no creen que sus proyectos de mejora se pueden llevar a cabo, me preguntaba si el enfermero en salud mental perdía coherencia por trabajar en el ámbito en que estamos [...] el grupo de trabajo que coordina este encuentro me hizo pasar de la frustración a una reflexión, si se quiere a una proclama: con el científico saber que tienen los licenciados y los (enfermeros) que se

profesionalizan, con el empírico saber que tenemos los que estamos con el paciente, nos da autoridad para creer y llevar a cabo proyectos de mejora para enfermería... No debemos silenciarnos, ni permitir que nos silencien, el enfermero puede si sabe.<sup>3</sup>

En el proceso, nuevos movimientos van a ser propuestos por los propios trabajadores que conocen la institución, se recomienda la metodología de “caminar el hospital”. Los trabajadores abren paso, difunden, intercambian con sus compañeros de trabajo sobre la actividad del dispositivo coproductivo, también se presentan en jornadas académicas junto a los investigadores para dar cuenta de la forma y los contenidos del cotrabajo.

El cotrabajo genera incertidumbres ciertamente para unos y para otros. Para los trabajadores significa un reposicionamiento ante los conflictos y tensiones entre compañeros y jerarquías, propios del ámbito de trabajo. A su vez, al interior del dispositivo se develan tensiones históricas entre trabajadores, tensiones del encuentro discursivo entre empíricos y licenciados, tensiones de los encuentros y desencuentros con la metodología clásica y tensiones que generan la demanda de respuestas pragmáticas a los problemas abordados, frente al *detenerse reflexivo* sobre el trabajo y sobre la ciencia. En el siguiente relato se observa la clave de este ensayo, que es la tensión en el encuentro de discurso entre el modelo tradicional, la coproducción investigativa y los trabajadores.

Como sujeto de estudio desde el comienzo se promovió el vínculo con los investigadores para tener la mayor información posible, se formaron expectativas, y por qué no decirlo en más de una oportunidad me sentí sujeto del saber del otro investigador, cual él en su laboratorio estaría refutando sus hipótesis entre anotaciones y microscopio, y yo rata de laboratorio recorriendo los laberintos puestos para impugnar o confirmar dichas hipótesis [...] Desde lo personal, para mí, ser parte del dispositivo, es un desafío consciente que me expone como trabajador actor y me permite ver como me ven encuadrado en riguroso proyecto de investigación. Esto no habla de las relaciones investigador-objeto de estudio, sólo denota que el *método, contra método* o como distingán llamarlo es riguroso en sí. En los laboratorios siempre existieron, y existirán las ratas, los microscopios y libros de consulta, desde ese lugar el compromiso con la ciencia, te disciplina entonces: *Pienso luego existo*, y, posteriormente, por qué no dar lugar tal vez a una publicación del

---

<sup>3</sup> Relato escrito por Omar Navarro para el Encuentro de Co-producción de Enfermeros de la Salud Mental: “El saber del enfermero en instituciones de salud mental con prácticas de internación”, 3 al 5 de junio de 2004, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, promovido por el dispositivo de coproducción investigativa con enfermeros en el Hospital Borda.

objeto investigado. El planteo que aquí se expone es mucho más complejo ya que el compromiso con la ciencia que ustedes idean intenta un nuevo paradigma donde: *Existo, luego pienso, luego existo*. Evidentemente esto esboza ansias de cambio que provoca un nuevo desorden (según ustedes expresan) que infiere interesante para ser abordado. Si el investigador se emociona, entra en crisis, se desencanta, y estudia con el actor, entonces existe, pero no podrá evitar que los procesos devengan, y más aún que se desarrollen como piensa a pesar de la verdad académica... ¿Cuál sería la distancia real y la ideal aceptable que debería tomar el investigador de su objeto de estudio? ¿Debería haber distancia? ¿Debería ser aceptable esa distancia? Y si no hay distancia... ¿Quién observa el proceso? ¿La rata, el investigador? ¿Ambos debieran ser observadores? O... ¿Ambos son ratas? Aludo a no sucumbir... a seguir planteando las diferentes formas de pensamiento en los espacios académicos y no académicos, a emocionarse aunque no alcance para justificar una hipótesis, a seguir reflexionando (Relato escrito por enfermero coproductor, Ariel Díaz, 2005).

Coproducir mediante un dispositivo de co-investigación resulta una ardua tarea que implica no menos que un marco teórico de referencia (flexible, provisorio, acumulativo) y una metodología práctica de trabajo, sino además una transformación del propio investigador en tanto devenga productor de diálogo y reciprocidad para sostener el ser *un extranjero en un lugar de trabajo otro*.

El desafío de la experiencia es promover la elaboración de un *texto colectivo*, que permita a su vez descubrir las transversalidades metódicas tanto en el proceso de investigar como en el proceso de trabajar. La perspectiva desde la idea de *cinta de Moebius*,<sup>4</sup> da cuenta de esta permanente recursividad, entre textos y reversos que los recortes disciplinares e institucionales suelen opacar. Así, se hace visible en este ensayo cómo se produce el registro de la *intertextualidad* que muestra el encuentro

---

<sup>4</sup> Comprobamos que los analistas arrastran aún la vieja concepción de lo social, si bien incorporan el poder, pero piensan en la sociedad como una figura plana. Pocos autores han reflexionado sobre el relieve social. Nuestra hipótesis podría graficarse como la concepción de una “cinta de Moebius”, es decir que la sociedad presenta torsiones que le son propias y permanecen en un continuo con la sociedad hegemónica. Utilizamos esta imagen metafórica del artista plástico M. C. Escher: “Cinta de Moebius II”, xilografía, copia de tres planchas, 1963, 45 x 20 cm. Descripción: Una cinta cerrada en forma de anillo tiene por lo común dos caras, una interior y otra exterior. Sobre la cinta aquí reproducida, sin embargo, andan nueve hormigas rojas en fila y pisan tanto la cara interior como la exterior. La cinta tiene, por consiguiente, una sola cara [M. C. Escher (1991), “Comentarios sobre sus obras”, en *Estampas y Dibujos*, Benedikt Taschen, Germany, p. 12].

discursivo, el pensamiento múltiple que se despliega en el diálogo, que dispara, diluye y reconstruye conceptos, sostenidos por la materialidad del colectivo. El reconocimiento entre productores (Dejours *et al.*, 1998), puede resultar así un síntoma promisorio de ruptura con el trabajo alienado.

El trabajo colectivo sostenido promueve el involucramiento en el intercambio, apoya o dialectiza el discurso, abre a los matices de las inflexiones subjetivas, construyendo paso a paso la complejidad de un conocimiento transdisciplinario. Los elementos de esta práctica se constituyen con múltiples niveles y espesores, implica siempre una ruptura, una disolución y un encuentro, una lucha permanente entre lo global y lo local, entre lo colectivo y lo subjetivo, entre lo productivo y lo improductivo, entre lo excluido y lo incluido. Desde el punto de vista de los coproductores enfermeros:

El dispositivo es una herramienta. Tal vez no sea la herramienta perfecta, pero muestra un movimiento superador que parte de la interacción de los que lo componen... La coproducción nos da un método para visibilizar los problemas, en este espacio descubrimos que a esta realidad que nos tiene extrañados hay que anteponerle una escucha, un saber y una práctica que nos devuelva la reflexión, el afecto, la solidaridad, que nos genere un mecanismo no condenado a repetir la historia. Este proceso permite reordenar pensamientos dispersos, fragmentados. Mediante el intercambio con el otro y la interrogación descubrimos nuestras prácticas y nos descubrimos. Las prácticas se resignifican y revalorizan, permite pararnos en otro lugar, de protagonismo, movernos de la práctica escéptica que espera cambios masivos e inmediatos, a una práctica de cuidado, preservación, responsabilidad y apropiación de las mismas. Nos ha enriquecido no sólo en cantidad de información sino que se traduce en un movimiento subjetivante que se expande entre compañeros y se transmite al paciente.<sup>5</sup>

Como se señaló anteriormente, esta propuesta plantea, frente a los obstáculos de la investigación clásica, una postura diferente, complementaria, basada en perspectivas epistemológicas y teóricas que remiten a los paradigmas de la complejidad como a la praxis coproductiva.

---

<sup>5</sup> Relato escrito para el Tercer Congreso Internacional. Salud Mental y Derechos Humanos, Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, noviembre de 2004, Buenos Aires. Título de la ponencia: “Una experiencia transdisciplinaria de co-producción de conocimiento crítico”. Alberto L. Bialakowsky, Delia E. Franco, Nora Bardi, Pedro Santillán, Omar Navarro, Ariel Díaz, Mercedes Gomitolo, Graciela Passarello, Federico Gendelman y M. Mercedes Patrouilleau.



## Ser trabajador enfermero. Entre los paradigmas psiquiátricos y la modulación de los hombres

[...] Devuelvo el termómetro: cuarenta grados.

*Bueno, está bien, concede el doctor, mándelo de vuelta a su casa en ambulancia. Le firmaré tres días de licencia.*

Me siento flotar mientras preparan los papeles. Enfermería mezquina, olor a desinfectante, el camarada argelino que regresa a la cadena con su vendaje, el teléfono que suena (una historia de benzolismo en la sección de pintura, negada por el médico que se enoja: ¿Con quién? ¿Una reclamación sindical?). La medicina del trabajo comprada, náuseas de nuevo, una oleada de olor a caucho en el recuerdo... todo sigue dando vueltas [...] (Linhart, 1996: 51).

Y luego, el miedo. Es difícil de definir: al principio lo percibía individualmente, en uno o en otro: el miedo de Sadok, el miedo de Simón, el miedo de la mujer de los asientos. En cada caso podía hallarle una explicación. Pero con el tiempo voy percibiendo que me enfrento a algo más vasto: el miedo forma parte de la fábrica, es uno de sus engranajes fundamentales. Para empezar, tiene el rostro de todo ese aparato de autoridad, de vigilancia y de represión que nos rodea: guardias, jefes de equipo, capataces, agentes de sector... (Linhart, 1996: 74).

Tradicionalmente la historia de la enfermería en salud mental ha sido elaborada y contada a la sombra de las prácticas de intervención en psiquiatría y de la historia de las instituciones asilares. Aquí reconstruimos esta historia desde la perspectiva de los trabajadores enfermeros de estas instituciones, apoyándonos en sus propias interpretaciones sobre las contradicciones y dificultades que este trabajo encierra. El análisis laboral e institucional que aquí se propone pone especial atención en los soportes colectivos y subjetivos de las instituciones y sus productos (Bialakowsky *et al.*, 2002). Descubrimos en el proceso de trabajo institucional-hospitalario un proceso social de trabajo, que implica, por lo menos, tres dimensiones a tener en cuenta: el trabajo sobre el sujeto paciente, las jerarquías instituidas por el modelo médico y el saber disciplinario contenido en ese modelo, y el pensamiento social sobre la “anormalidad”.

Históricamente, el origen del tratamiento moderno de la locura surge con la psiquiatría de la razón iluminista, convergente con el auge de la Revolución francesa, que deja como impronta clave, en este desarrollo europeo, la asignación del problema de la locura a la medicina. Pinel inicia una reforma sustancial eliminando el uso de cadenas, grillos y cepos, entrenando al personal médico y asistentes e impulsando el “tratamiento moral” de la locura, basado en la autoridad del médico dentro de la institución. En nuestro país los anteriormente “orantes” en la época de la Independencia eran hacinados en salas sin tratamiento, y vigilados por

guardianes, quienes les aplicaban sistemas coercitivos como el cepo o la cadena, pasan recién, a fines de siglo XIX, a recibir tratamiento con técnicas terapéuticas provenientes de Europa (Hospital Borda, 1965; García, 1981).

En esta etapa las instituciones para los “alienados” eran administradas por el Estado y las asociaciones de beneficencia. Esta intervención se vincula con el auge modernizador, integrador y expansionista de fines del siglo XIX, que impone la medicalización de la conducta ciudadana. La práctica busca controlar la articulación de modernización y expansión del aparato productivo con la masiva conmoción demográfica provocada por el caudal de las inmigraciones (Vezzetti, 1983; García, 1981; 1982).<sup>6</sup> A partir de estos momentos, se va a producir una progresiva centralización del tratamiento de las enfermedades mentales en hospicios y luego en hospitales estatales.<sup>7</sup>

Posteriormente el paradigma de la psiquiatría adopta el modelo anatomo-clínico, que propone clasificar y ordenar *lo patológico*. Este modelo presupone que la locura puede ser observada y descrita en condiciones similares a otros objetos de la ciencia; instaura la posibilidad de un conocimiento racional de la misma. El paradigma positivista, que a partir de la posguerra, a mediados del siglo XX, se extiende en Europa y América, significará el pasaje de la etapa empírica a la técnica. Sin embargo, la impronta acumulada va a dejar como legado la práctica de la observación y la ficcionalización que mediaba entre la clasificación y el tratamiento de las etapas iniciales del hospicio, tal como lo expresa el siguiente fragmento de

---

<sup>6</sup> Los años de fundación de las distintas instituciones demuestran su agregación y función en este contexto de expansión de la regulación estatal sobre el comportamiento social: Asilo para los Orates de San Buenaventura (1863); El Círculo Médico Argentino (1875); el Hospicio de las Mercedes (1887); Colonia Nacional de Alienados “Open Door” (1889), Curso de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina de Buenos Aires (1886).

<sup>7</sup> Las estadísticas del “Hospicio de las Mercedes”, luego “Hospicio Nacional Psiquiátrico” (en la actualidad “Hospital Borda”) prueban el incremento en la racionalidad estatal interviniendo en el tratamiento de la locura: año 1899, 1,299 internados; año 1922, 1,976 internados; año 1935, 2,592 internados; año 1940, 3,138 internados; año 1945, 3,500 internados. En el año 1947 se trasladan mil pacientes internados a las colonias de alienados en el interior del país. En el año 1960 vuelve a haber un número de 3,455 internados (Hosp. Borda, 1965: 3-11).

entrevista, en el marco de una descripción de las prácticas médicas en los primeros años de trabajo de un joven psiquiatra:

Teníamos que aprender clasificaciones de esquizofrenia, largas clasificaciones de delirio, no sé cuantas clasificaciones... francesas, alemanas. Todo era muy clínico... todo era muy académico pero con poca capacidad de resolver problemas. Describían fenómenos y los mejores psiquiatras de la época eran los que eran más minuciosos para describir fenómenos clínicos. Y además, lo que a mí me llamaba la atención, me sonaba, digamos, me crujía la cabeza era que estos tipos están observando fenómenos y lo único a que se dedican es a observarlo, de modo que la observación está alterada por la forma en que se conducen los tratamientos. Si yo me siento a esperar la evolución de determinadas formas de psicopatología como la esquizofrenia, y después digo que la esquizofrenia evoluciona de tal manera y no se interviene en ese proceso ¿ese proceso es realmente así? (entrevista a médico psiquiatra, 30 años de antigüedad en la institución, realizada en el marco del dispositivo de coproducción por investigadores y enfermeros, 2005).

A su vez, hacia fines del siglo XIX, en nuestro país, la Universidad ingresa a los hospicios, legitimando la investigación y las prácticas desde el campo psiquiátrico. En este contexto, la práctica de la enfermería ya no va a estar ligada a la beneficencia como en sus comienzos, sino que el rol del enfermero se sitúa como auxiliar del médico abandonando en parte la razón custodial. Existen en esta época cursos de formación para enfermeros, dictados en los mismos hospicios por médicos. Es así que a principios del siglo XX, en los hospicios y posteriormente “hospitales nacionales neuropsiquiátricos”, ya existe el enfermero y la figura del ayudante de enfermería. En este periodo el rol de la asistencia médica y del tratamiento al “alienado-delincuente” se encuentra aún estrechamente relacionado, las instituciones tenían entre sus divisiones pabellones de presos. En este marco la función del enfermero y el celador se interceptan, con tareas supeditadas a la observación sostenida como a la sujeción de los internos y, además, al cuidado del orden institucional. Los relatos de trabajadores de la época describen de manera “descarnada” el trabajo de custodia sobre los internos, así como la existencia de pabellones de presos.

El enfermero ingresa al hospital en el año 1953, a los servicios creados en el año 1945. Cada piso nos relata contaba con cinco servicios, las dos salas o servicios laterales, con pacientes con distintas patologías inclusive, sífilis; en el medio existía una “sala de vigilancia”, “vigilada por enfermeros”, supuestamente [pacientes] más “peligrosos”, todos con chaleco de fuerza, desnudos, aproximadamente 50 pacientes, muchos eran extranjeros provenientes de la posguerra. Los enchalecados estaban atados todo el día durante meses, para ir soltándolos se consultaba al médico y como indicación se aplicaban inyecciones de leche o trementina 20cc en los brazos a fin de provocar una infección [que los inmovilizaba]. Cuando la infección se

encontraba muy avanzada, se lo llevaba a cirugía y se producía un corte para drenarla. La única medicación que se les daba era por las noches, un producto llamado “cloral”... También se utilizaban técnicas de electroshock; inclusive se hicieron lobotomía... 1965... se comienza a utilizar “insulino terapia” a los más agresivos, dicho tratamiento disminuye la glucosa hasta entrar en coma. Por el modo y el tono como me lo cuenta, tengo la sensación de que se aplicaba como castigo. Aproximadamente en el año 1968 se comienza a utilizar el primer psicofármaco llamado Ampliactil, antipsicótico sedativo. En los años 1976/77 se deja de utilizar el chaleco no en forma total... entre los años 1961 y 1968 estuvo en el pabellón de “presos”... contaba con celdas con alrededor de 60 presos que siempre estuvieron “vigilados entre ocho y 10 enfermeros”, y dos policías que se encontraban fuera del pabellón... Cuando terminé de hacer la entrevista sentí que me hablaba acerca de un campo de concentración (entrevista realizada por un enfermero coproductor, 2005).

En este modelo de hospital custodial el saber del trabajador que se demanda formalmente no es más que un saber sobre la fuerza y la vigilancia, aunque en la práctica también se adquieren otros saberes en relación con la medicación y el tratamiento de cada paciente para llevar adelante el servicio en ausencia de personal médico. El progreso científico y la instauración de la asistencia como tratamiento no disminuyen la crudeza de las intervenciones. Para los trabajadores, los primeros días de trabajo en la institución significan un proceso de mortificación, que puede homologarse al proceso de admisión de los pacientes. De este modo, el control de los cuerpos y la modelación subjetiva que debe ejercer el trabajador, acompaña a su propia modelación. En este proceso social de trabajo, el padecimiento puede ser visto como instrumento de la dominación social.

1957. 3 de noviembre. Vuelvo con el telegrama y allí me atiende... el jefe de celadores y me dice: ¿Usted sabe lo que tiene que hacer acá? No, acá yo vengo con el telegrama... Porque en esa época te mandaban a vos siendo vos lo que eras... Ni siquiera había entrado nunca a una sala de primeros auxilios... Cuando él abre la puerta, miro para adentro... era la sala de vigilancia. Me encuentro con que están todos atados con chalecos. Me presentan al enfermero,... había una mesita chiquita, una silla acá y otra allá, frente a la sala mirando a todos los pacientes enchalecados. Y yo le digo: ¿pero qué es esto? esto es una leonera le digo... yo me voy a la mierda. No pibe, quedate, dice, si vos supieras lo que era antes el pabellón, el pabellón viejo. Ese sí que era bravo. Me conformaba para que yo me quedara. Y así fue sucediéndose... todos los días, día a día yo le decía: no, yo me voy, no aguanto más, esta leonera no la aguanto más. Todos los tipos saltando,... los polacos, alemanes, tipos de cien, ciento diez kilos, que se movían con cama y todo. Imaginate qué expectativas tenía yo... ver todo eso, era como si te tiraran en la jaula de los leones y te dicen defendete como puedas (entrevista realizada por un coproductor enfermero, 2005).

Desde los movimientos de desinstitucionalización que surgieron en la posguerra, autores como Franco Basaglia (1985) van a cuestionar la relación

entre la cura y la custodia en las instituciones de salud mental, denominadas “manicomios”. Otras perspectivas teóricas y prácticas terapéuticas proponen integrar al propio paciente, su familia y la comunidad en los tratamientos. Los cuestionamientos llegan a rechazar la exclusividad médica y psiquiátrica en la intervención sobre las dolencias mentales, proponiendo una práctica no reductiva de la complejidad de las problemáticas y promoviendo un tratamiento que respete los derechos de los afectados. La intervención se abre al “campo de la salud mental”, no sin luchas y resistencias. En este nuevo paradigma interdisciplinario, la posición de enfermería adquiere un nuevo carácter disciplinar, pero, como se comprueba, su posición en el ámbito hospitalario se mantiene incapaz de escapar a las contradicciones que parecieran irresolubles, en tanto no son modificados los tratamientos basados en la internación en instituciones masivas y el aislamiento. En tanto los espacios destinados al tratamiento de trastornos mentales continúan centralizados en grandes hospitales con gran cantidad de pacientes, el trabajo de los enfermeros sigue ligado a la asistencia y custodia de estos pacientes en su vida cotidiana en la institución.<sup>8</sup> Esto continúa sucediendo a nivel regional, en general en países de Latinoamérica y el Caribe, “la atención psiquiátrica disponible continúa centrada en los hospitales psiquiátricos tradicionales, instituciones de características predominantemente asilares y frecuentemente localizadas en zonas aisladas de la comunidad” (Vásquez *et al.*, 2004: 45).<sup>9</sup> En este tipo de instituciones y de procesos de trabajo, los nuevos enfermeros formados encuentran un límite en la práctica asistencial, en cuanto no pueden “compaginar la formación con la

---

<sup>8</sup> En Argentina existen aproximadamente 25 mil personas internadas en instituciones psiquiátricas, y de éstas 75% se encuentra en instituciones de mil camas o más (MDRI y CELS, 2007).

<sup>9</sup> Vásquez y Caldas de Almeida, citando a *Proyecto ATLAS*, Latino América, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2004, también reconocen que si bien en algunas ciudades se han desarrollado experiencias innovadoras, se encuentran limitadas a una aplicación local. Entre las experiencias alternativas se destacan las desarrolladas en Campinas (Brasil), Río Negro (Argentina) y Belice (Belice). A nivel nacional los autores destacan también la reciente iniciativa en Chile de un Plan Nacional de Salud Mental y los intentos de Brasil, ya que, si bien difieren los avances en los diferentes estados, ha implementado una política en salud mental consistente desde hace varios años (Vásquez y Caldas de Almeida, 2004). Desde nuestro conocimiento agregaríamos la experiencia del proceso de transformación de

práctica”, al encontrarse con la imposibilidad de superar los métodos de intervención históricos, ya sea que se presenten o no bajo nuevas modalidades.

### **Más allá del trabajo, espacios y cuerpos**

Hago cálculos: ciento cincuenta por día, doscientos veinte días por año... en este momento, a fines de julio y tres mil. Treinta y tres mil veces en el año ha repetido los mismos idénticos gestos: mientras otros iban al cine, charlaban, hacían el amor, nadaban, esquiaban, recogían flores... mientras el viento aplastaba las mieses, acariciaba la hierba de los prados y hacía murmurar al follaje de los bosques, treinta y tres mil esqueletos de 2 CV han desfilado ante Mouloud para que él soldara treinta y tres mil veces el mismo intersticio de cinco centímetros de largo... (Linhart, 1996: 176).

En la actualidad la función social del hospital orientada a la asistencia tiene consenso en cuanto a los aspectos psíquicos y sociales de los trastornos mentales. Desde este paradigma, se instala la necesidad de la formación de los trabajadores enfermeros, permaneciendo, contradictoriamente, algunos de los rasgos inalterados del modelo custodial en la organización del trabajo hospitalario. La forma de organización del trabajo dentro de la institución se asemeja a la de la fábrica en la organización de los puestos de trabajo y en la distribución *en series* que se implementa para la administración de los cuerpos internados. Esta distribución responde al modelo de control y vigilancia cotidiano.

Cada 15 días ven a los pacientes internados. Ven a un paciente, un ratito, y al que sabe que no tiene cura supuestamente ni lo ven y ven al otro... En el servicio hay un hombre que entró el viernes y todavía no lo vio nadie. Fue a la guardia, y le dijeron vaya al 9... que había cama... y no lo vio nadie (relato de enfermero en el dispositivo, 2003).

El abandono no debe interpretarse literalmente como tal, sino como parte del método de internación burocratizada (Freire Costa, 1991). En la “carrera del paciente” (Goffman, 2001) que se da en el proceso de trabajo institucional, los trabajadores intervienen sin poder visualizar la “cadena” en la que se encuentran involucrados; se produce así una alienación acerca del producto del trabajo (paciente). Así como en el *tratamiento* del paciente, la asignación de los enfermeros por los diferentes servicios sigue con

---

la atención en la Provincia de San Luis, Argentina y el reciente plan estratégico para la transformación de la atención en el Hospital Interzonal Especializado “Dr. Domingo Cabred” de la Provincia de Buenos Aires.

frecuencia fines disciplinadores, o representa una manera de hacer conocer al trabajador los lugares en los que puede llegar a ser alojado en el peor de los casos. Como afirma Gaudemar (1978: 86), este disciplinamiento logra aumentar las fuerzas del cuerpo en términos de utilidad, aptitud y disminuye esas mismas fuerzas sometiénolas a una relación de sujeción. El método impone una distribución de cuerpos, espacios y tiempo, que en el proceso de trabajo taylorista fabril, aun en sus formas más avanzadas se combinan para eliminar obsesivamente el *tiempo muerto* (Slaughter, 1998). A la tarde y hasta el día siguiente en el hospital “se instala la desidia”, sólo quedan los enfermeros y una guardia médica para todo el hospital. La actividad de enfermería queda supeditada al control de la sala y a atender las urgencias. En estos momentos el grado de responsabilidad se incrementa y recae sobre el trabajador, sin un equipo que responda sobre las prácticas.

El hecho de estar sentado, manejar todo de un lugar... o todo a las corridas... Acá hay tiempo, hay mucho tiempo y cada vez más en el servicio... te enferma el tiempo... (relato de un enfermero en encuentro del dispositivo, 2003).

Además existen servicios o áreas en los cuales priman el control y la fuerza por parte de enfermería, sumamente articulados con el resto de los servicios, sirviendo a éstos ante las necesidades de *contención física*.<sup>10</sup> Según los trabajadores de estos servicios, en éstos “la vigilia, la tensión y la violencia son constantes”. En este esquema, el enfermero aporta un saber propio producto de su estrecha proximidad con el paciente, que luego siempre es apropiado por el equipo terapéutico, pero que, sin embargo, no es reconocido como un saber con estatus científico. Se trata de un saber proveniente de la vida en el hospital y de la vida del paciente, aspectos que la mirada desde las terapéuticas legitimadas no logra visualizar. Se comprueba que, subjetivamente el enfermero se debate aún entre los roles custodial y asistencial, produciendo una escisión del sentido de las prácticas y del deber ser según el mandato institucional.

---

<sup>10</sup> La *contención física* en salud mental se refiere a la sujeción de una persona mediante distintas técnicas: chaleco de fuerza, *furca* (atar con sábanas mojadas) o bajo dispositivos más modernos pero con igual fin. Es indicada para los momentos en que el paciente se encuentra en crisis y puede “atentar contra su vida o la de otros”. Desde nuestra perspectiva estas técnicas al interior de un proceso de trabajo pueden adquirir nuevos significados que no se determinan solamente por el estado de la enfermedad del paciente.

Cuando trabajo en equipo [en la sala de los profesionales] descuido el control de los pacientes, que es mi responsabilidad. No puedo estar en un sitio cuando estoy en otro (relato de una enfermera en encuentro del dispositivo, 2003).

A la especificidad de las condiciones de trabajo en salud mental se suma la *descolectivización* de enfermería producto de la flexibilización y precarización laboral de las últimas décadas. La asignación de módulos de seis horas adicionales “optativos”, que se negocian “día a día y cara a cara con las autoridades”, y que se suman a las seis horas de trabajo formales y reglamentarias, han significado un instrumento de presión para cumplir prolongadas jornadas de trabajo y ha colaborado con la destrucción de las formas colectivas de articulación laboral. Ante el padecimiento en el trabajo se producen “salidas individuales” entre los enfermeros, donde la formación constituye un motivo de conflicto al interior del colectivo de enfermería. Se presentan estrategias de profesionalización para mantener el trabajo, de no profesionalización como una especie de resistencia en la posición actual por parte de los enfermeros “empíricos” (enfermeros idóneos, sin titulación formal). Los saberes se convierten en *tesoros, que cada uno alberga en silencio* (Cirianni y Percia, 1998).

Las condiciones de trabajo sumadas al silenciamiento colectivo acerca de la propia práctica generan un estado de desprotección, que culmina en una forma de enfermar que los enfermeros reconocen como de carácter *institucional*. En los encuentros del dispositivo de coproducción se plasma la preocupación por parte de los trabajadores sobre este tipo de padecimiento que atraviesa a los trabajadores de salud: el aislamiento, el aprender a callar, el no poder demostrar sentimientos, el no comprometerse, trabajar de manera rutinaria, aparecen durante los intercambios reflexivos instalándose el interrogante “por qué se hace lo que se hace”. En este contexto la dinámica de los procesos de salud-enfermedad-atención adquiere nuevos significados e interrogantes que interesa plantear aquí, y un desafío en las formas en que se puede instaurar una integración simbólica y social.

Por otro lado, no es posible olvidar el contexto sociolaboral actual que interroga las prácticas asistenciales en salud mental: la desasalarización de importantes sectores de la población y la influencia de este proceso en la demanda en salud mental y en las posibilidades de dar respuesta a las mismas. El encuentro entre trabajadores institucionales y aquellos trabajadores en proceso de exclusión se dará en términos de desencuentro, marcado por la violencia interna y externa convergente de procesos de patologización, criminalización y segregación espacial



(Bialakowsky *et al.*, 2007b). El siguiente relato muestra la complejidad de la trama institucional, que atraviesa al trabajador enfermero y al internado:

El sábado tuve la oportunidad de ir a trabajar en el servicio de cirugía de 12 a 24. Y, o casualidad, me dejaron solo. Pero lo novedoso de ese día, es que al entrar al servicio me saludó un paciente. Este paciente había estado internado en otra oportunidad en mi servicio y había producido varios incidentes... la doctora lo había derivado al servicio 30 (servicio de pacientes en crisis)... Mientras yo medicaba, él me pedía insistentemente cigarrillos, él se encontraba atado a la cama por indicación médica. Alrededor de las 18:30 se desató (hay pacientes que desarrollan la capacidad de tomarse todo el tiempo para desatar los nudos, no importa si la atadura tiene cinco nudos). Le conseguí un cigarrillo y esperé a que lo fume tranquilo, luego de lo cual lo acompañé a la cama y lo volví a contener. Siendo alrededor de las 20:30 comencé a medicar y el mismo paciente me volvió a preguntar “¿como hago para encontrar a yo?”... A todo esto, este muchacho que se crió en la calle, casi como un animalito, me preguntó si me gustaban los cuentos y los sueños. Yo trataba de saber hacia dónde iba, donde había nacido, algún punto de referencia. Pero él no accedía a contestar. Lo único que le pude sacar en blanco es que era de la Tablada y que de alguna manera eso era terrible... Esto lo escribo para ver al otro (o a nosotros mismos)... Los pacientes se presentan tal vez como yo lo vi al paciente en cirugía, flaco, con una mirada que a mí se me ocurrió inteligente y donde yo no sabía si me estaba tomando el pelo, porque jamás encontré a alguien donde la teoría... estaba tan hecha carne. Pero... yo... cambiando pañales, me estaba recostando en él, teniendo compañía y no soledad... Ah! antes de llegar a casa me llamó el abogado (por los accidentes ocurridos con pacientes) para presentar pruebas, tengo 5 días... No, si en el hospital el suspenso y el terror parecen ser una forma de vida (relato escrito por un enfermero coproductor en el marco del dispositivo, 2005).

En medio de esta dualidad objetiva-subjetiva se modula al hombre trabajando, el trabajador enfermero trabajando sobre hombres. Esta dualidad cosificadora atraviesa, con el método productivo, al enfermero y culmina en el interno, *lo cronifica*, se produce el *conjunto* de una alienación (la del trabajador) sobre otra alienación (la del paciente) y se reinicia la cadena en sentido inverso sobre el cuerpo del enfermero y el sistema custodial. El método desde el inicio supone sujetos cosificados.

Venían las cámaras, venía la televisión cada dos minutos era una persecución fundamentalmente contra enfermería. Nosotros le dijimos al jefe de servicio, no es enfermería, acá no hay medios, no hay una sala de contención... Quedó visto como que nosotros tiramos a cualquier paciente en cualquier lado, y no lo podemos ver y no lo miramos. No es que no lo miramos, no lo podemos ver... Una vez yo me terminé pinchando sin querer con una *gillete* porque estaba solo, hay veces que estamos solos en el servicio y no es un servicio para estar solo... pacientes gritando, conteniendo a uno, pidiendo ayuda al otro, medicando 20-25-30... y bueno uno termina mal... Te mandan a medicar... voy a pedir una ampolla a la guardia porque no tenía... “Doctora déle algo a este pibe que no baja nunca, le han aumentado 20 veces... no baja, no ve los gritos”... “Medicalo y dale...” “Y no lo puedo seguir

medicando, dele otra cosa que se yo, no sé"... Entonces cuando vengo con la ampolla de Trapax... (se encuentra con que el paciente se había ahorcado) y ahí está quien paga las consecuencias... ahí están las muertes, enfermería no tiene nada que ver, está mal estructurado" (relato de un enfermero en encuentro del dispositivo, 2003).

La condición del enfermero encarna una duplicidad entre la subordinación y el quedarse a cargo del servicio trabajando en forma aislada, sin un equipo de apoyo, dejando al trabajador entrampado entre la autorresponsabilidad y la alienación generada a partir del no reconocimiento del otro en el trabajo (Dejours *et al.*, 1998). En forma paradójica, al interior de estas instituciones y, en especial a lo largo de todo el día, *el estar inmóvil* se constituye en el recurso del método. La institución instaura un sistema de reclusión sedentario, y en esa lógica también paciente y asistente (enfermero) comparten la misma condición. El *tiempo muerto* que se instala cotidiana y metódicamente en la institución resulta ser un componente en la relación trabajador enfermero-paciente, que en oportunidades produce temor al riesgo de un estallido. Los enfermeros también encuentran límites en las funciones prescritas tanto por el reglamento que enmarca su actividad, por lo que implica tener a cargo entre 20, 30 y hasta 40 pacientes. La responsabilidad sobre esa acumulación de cuerpos instaura una tarea rutinaria y de-subjetivante.

Tengo temor del disparador que significa para el paciente estar tanto tiempo encerrado en el servicio... Los pacientes de mi servicio están podridos, no saben qué hacer. Hay uno que por ahí se asoma a la sala y nos dice si puede mirar un poco, y lo dejamos. Y nos mira, pobre, ya se cansó de mirar todo el servicio entonces nos viene a mirar a nosotros (relato de un enfermero en encuentro del dispositivo, 2005).

El enfermero es al mismo tiempo quien convive diariamente con los internos y el que actúa en situaciones de crisis y violencia. Nuevamente cuidado y custodia se amalgaman. En el hospital se evidencian formas descarnadas de tramitación del padecimiento social con la población *descarte*. En sus extremos, el interno representa la *nuda vida* (Agamben, 1998) y la ficción de objeto de intervención. En esta modulación, trabajador y paciente quedan enfrentados, configurándose cuerpos *marcados*:

-Médico: "Bueno, se quemó un paciente y a raíz de eso fallece. Cinco días después, falleció en cirugía, lo derivamos inmediatamente al quemado, no estaba para morir... es un paciente psicótico que estaba grave, se sale de la cama y se mete solo en la ducha y se quema".

-Enfermero 1: "Hay 30 pacientes quemados en los últimos años de los cuales 15 murieron"

-Médico: “¿15?” (Silbido de sorpresa)

-Enfermero 1: “Más o menos”

-Médico: “¿Quemados por la ducha?”

-Enfermero 2: “Sí, por la ducha”

-Médico: “Entonces se puede quemar por la ducha...!!!”

(entrevista a médico psiquiatra, 27 años de antigüedad en la institución, realizada en el marco del dispositivo de coproducción, 2005).

Los incendios representan, en la institución total, espacios de resistencia donde los internos ponen en juego su vida y la del personal de enfermería, ambos se ven sitiados en el servicio bajo llave, asediados por el riesgo de las manifestaciones de lo *no dicho*, de lo contenido: “Hace más de un año que se viene prendiendo fuego el servicio”.<sup>11</sup> En el hospital, las quemaduras<sup>12</sup> expresan también la dificultad del trabajo institucional frente al mandato de la asistencia y el sin destino rehabilitador de la práctica.

El pasado del paradigma psiquiátrico, desde una perspectiva crítica, podría ser interpretado como constructor de normalidad (Foucault,

---

<sup>11</sup> Puede afirmarse a su vez que no se trata de un caso aislado, contrastando con los relevamientos de servicios de salud mental en Argentina realizados por MDRI y CELS (2007). En este informe se registran muertes inexplicables por incendio en celdas de aislamiento y otras causas: en el Hospital Diego Alcorta de la Provincia de Santiago del Estero, entre 2000 y 2003, tres personas encerradas en celdas de aislamiento murieron incendiadas en diferentes circunstancias y una cuarta murió por causas desconocidas también mientras permanecía en aislamiento; en el Hospital Interzonal Psiquiátrico Dr. D. Cabred de la Provincia de Buenos Aires, tres personas fueron halladas muertas dentro y en los alrededores del nosocomio durante los primeros seis meses de 2005. También en el Hospital Cabred, hasta el año 2006, se venían produciendo aproximadamente 70 muertes por año, de una población de 1,200 hombres. El informe señala que la proporción de muertes era cuatro veces más alta durante los meses de invierno que durante el verano. Las autoridades atribuyeron estas muertes a la supuesta “edad avanzada” de las personas internadas y no ofrecieron explicación alguna por el aumento estacional de los decesos.

<sup>12</sup> Es usual en el análisis de las condiciones de trabajo en salud mental la referencia al síndrome *burnt-out*, término en inglés que significa “quedar quemado” en el trabajo. El *quemarse* se utiliza aquí en términos metafóricos y en relación con las exigencias psíquicas del trabajo. Al interior del hospital y de la fábrica puede verse cómo la metáfora se concreta en el propio cuerpo de los trabajadores.

1989), como reparador de la fuerza de trabajo (García, 1981), como inclusión de los inmigrantes (Vezzetti, 1983). Podría deducirse alguna sintonía entre el empleo de masas del fordismo y la continuidad de la reparación de los cuerpos. La pregunta que queda pendiente en la hora actual, donde el sistema capitalista alcanza una alta contradicción autodestructiva con la producción de la *mano de obra superflua* (Mészáros, 1999) y la creación de *población excedente descartable*, se refiere a cuál es el futuro de las instituciones destinadas a la reparación de los cuerpos para el mercado de trabajo. Así en la cotidianidad institucional se presenta “el alta” como sin salida, o con salidas “sin redes”, sin significado social.<sup>13</sup> Al interior del proceso de trabajo hospitalario y en relación con la dinámica social general, se descubre una lógica subyacente en la que el poder regulador médico y disciplinario, biopolítico (Foucault, 2000), modula la vida, al tiempo que se troca en fracciones de tanatopolítica (Agamben, 1998) al no evitar reproducir en espacios institucionales la extinción social.

### **Miradas paralelas y miradas convergentes, horadando muralidades**

Este ensayo intentó con una hipótesis metodológica avanzar en dos direcciones, una ya usualmente utilizada de registro y transcripción del discurso de los trabajadores y otra, la operación que intenta recuperar no sólo dicho discurso sino la interpretación entre trabajadores de diferentes espacios: hospital, fábrica, centro de salud barrial, en camino de la coproducción de conocimientos.

Traspasar el umbral del pensamiento individual del investigador y horadar sus propias muralidades implica, en esta metodología propuesta, dirigirse hacia el encuentro discursivo entre trabajadores: el trabajador investigador-trabajador investigado. No es suficiente ya la distribución

---

<sup>13</sup> Nuevamente citando el relevamiento de MDRI y CELS (2007), con base en entrevistas a funcionarios, profesionales, familiares y personas internadas, se estima que 70% de las internaciones se realizan por “razones sociales”, es decir, por dificultades para el sostenimiento de las personas por fuera de la institución por problemas de ingreso e inserción laboral o por falta de redes sociales de contención. Esto explica la prolongación de los tiempos de internación, en la Ciudad de Buenos Aires, del total de las 2,414 personas internadas para agosto de 2005, casi 10% llevaba más de 25 años de internación; más de 25% entre 10 y 25 años de internación. En promedio, el tiempo de internación en este distrito es de nueve años (MDRI y CELS, 2007).

del conocimiento sino también la distribución de la interpretación, y este nivel exige sin duda la construcción de un colectivo productor de conocimientos. La hipótesis que subyace a esta estrategia es que el plus productivo en el trabajo del conocimiento sobre el trabajo es equivalente al plus que brinda la *cooperación* (Marx, 1867). La cooperación, en este sentido clásico, es esencial a la producción y característica del sistema capitalista, y el rasgo relevante de esta cooperación es el *plan despótico de producción*. Entonces es posible sostener que la cooperación social en el proceso de trabajo (Hardt y Negri, 2002) es un elemento de productividad, pero al mismo tiempo un plan *maquinico* (Gaudemar, 1981) que domina a los trabajadores.

Deducimos así que, frente a los desafíos de conocer los significados del trabajo enajenado, es necesario producir conocimientos colectivos; ello no es posible sin un método que comprenda la cooperación. El encuentro discursivo se constituye así en una herramienta para la producción de conocimiento y al mismo tiempo su distribución. Hasta aquí hemos mostrado el coproducir con trabajadores enfermeros y codescubrir la historia del trabajo en la propia historia institucional, el padecimiento y sus fuentes de dominación. A continuación damos cuenta de un ensayo de diálogo entre trabajadores de una *fábrica recuperada*<sup>14</sup> y enfermeros coproductores acerca del proceso y del producto del dispositivo de coproducción con enfermeros.<sup>15</sup>

Enfermero coproductor: “El eje tiene que ser la alienación. En la institución el mandato es que no exista el lugar del hombre pensante, la institución no te deja pensar, no te dejan”.

---

<sup>14</sup> En el momento de crisis social y económica agudizada entre los años 1998 y 2002 en Argentina se acentúa la tendencia inaugurada unos años antes, de recuperación de empresas por sus trabajadores (Fajn, 2003). Esto implicó la puesta en marcha por parte de los trabajadores de unidades productivas abandonadas o en quiebra, por parte de sus anteriores administraciones, por medio de la conformación de cooperativas de trabajo. Al año 2005 se considera que son alrededor de 161 las empresas recuperadas por sus trabajadores y que éstas emplean a unos 7,000 trabajadores (Programa Facultad Abierta, 2005: 36).

<sup>15</sup> Los fragmentos que siguen corresponden a encuentros llevados a cabo en el hospital y en la Universidad de Buenos Aires (2005), y cuya selección intenta dar cuenta de los intercambios.

Trabajador de la fábrica recuperada: (En los tiempos de la gerencia despótica) “Había un jefe de disciplina”.

Enfermero coproductor: “¿Un jefe de disciplina en una fábrica?”.

Trabajador de la fábrica recuperada: “Claro, aparecía en cualquier momento. De vez en cuando nos lavábamos las manos para sacarnos un poco la grasa. Pero teníamos que dejar siempre alguna herramienta sucia cerca para tomarla si aparecía el jefe de disciplina, las manos limpias eran signo de no estar trabajando”.

Enfermera coproductora: “Lo primero que me imagino es al psiquiatra trabajando un paciente, luego al psicólogo trabajando un paciente, y luego al enfermero... Se me aparecen las disciplinas, me cuesta ver al hombre detrás de la disciplina”.

Enfermero coproductor: “Esa es la consigna institucional, que no veas al hombre. Nosotros vemos al paciente y también vemos atrás del paciente al hombre, y eso es lo que nos provoca padecimiento”.

Trabajador de la fábrica recuperada: “Sonaba la hora en que teníamos que entrar a la sala de máquinas, uno por máquina, no podía haber dos en una máquina. Uno tenía que estar listo cinco minutos antes de que suene. Si se le contestaba al patrón te echaban. Para ir al baño había que pedir relevo, hasta dos veces por turno se podía. Con ese régimen que teníamos éramos muy malditos... Con la bronca que teníamos, nos vengábamos. Yo era mecánico y trabajaba cuando me llamaban. Por ahí yo quería hacer horas extras pero si no me llamaban no tenía que ir. Entonces, yo iba y agarraba una chaveta de una máquina para que se descompusiera y me llamen sábado y domingo para arreglar la máquina. Antes de irme le avisaba que la máquina no funcionaba bien. Y yo tenía la chaveta, pero ellos no se iban a fijar ahí abajo”.

Luego el intercambio se detiene en la comparación del trabajo, pareciera que se trata de trabajos sumamente diferentes, en tanto en uno se habla de producción, de mercado, de productos, en el otro se habla de cuidado, vigilancia y salud.

Trabajador fábrica recuperada: “Era tentador producir más porque nos pagaban bien. En un nivel de sobreproducción el margen va al maquinista. Por eso en la prueba molde se procuraba dejar un tiempo para uno, también levantar la temperatura para que se haga más rápido, ganar ese tiempo. Cada uno trabajaba a su temperatura, según su ritmo... Cada

uno se hace cargo de las trampas propias, no había a veces mucha solidaridad entre los compañeros, algunos delataban al jefe de disciplina”.

Los enfermeros reflexionan, parece que no hay conexiones entre esos tipos de trabajo. Sin embargo, en el intercambio, aparece que “las trampas para los enfermeros son los módulos”, por los cuales un enfermero puede pasar días en la institución trabajando, y hasta perder la noción del tiempo y el día en que se encuentra. Esta producción discursiva permite hacer puentes entre las distintas posiciones y lugares que cada trabajador ocupa, descubriendo las lógicas subterráneas que los atraviesan, que los colocan en encrucijadas, en “encerronas trágicas” (Ulloa, 1995).

Trabajador fábrica recuperada: “Uno va a una reunión y ve que unos charlan por acá, otros están por allá... En cambio esto es diferente, esto tiene que ser la base. La fábrica cuando la recuperamos cambió bastante... antes teníamos la vigilancia, teníamos al patrón al lado. Hoy todo depende de la base, de los que están en la máquina, de cada uno... Pero antes podíamos hacer reuniones, lo estábamos haciendo, reuniones informativas, para conversar, para unirnos y defender la fábrica... para que nadie venga atrás de cada uno. Teníamos tiempo porque no había pedidos. Luego cuando hubo más pedidos ya no fue posible juntarse tanto. Los mismos compañeros decían... para qué perder tiempo de producción, si total nos podemos manejar con los consejeros por reunión... Luego pasó que los consejeros sólo informaban a los que se acercaban, que los compañeros no preguntaban...”.

Enfermero coproductor: “La fragmentación puede salir del mismo trabajador”.

El diálogo logra decir sobre la dominación, sobre la producción y reproducción de la máquina. La mirada de otros trabajadores abre la posibilidad al descubrimiento de las lógicas comunes en un mismo proceso de modelación-modulación de hombres.

Enfermero coproductor: “El sistema político, económico y social trabaja sobre los hombres que producen (para ellos), ya sea quienes producen aluminio o quienes intervienen en salud, nos alcanza a todos los trabajadores el muestrario de ‘espejos de colores’, llamase premios a la producción o ‘módulos’ para que produzcamos más (para ellos). Nos alcanza a todos la fragmentación, para debilitar y no poder llegar a ser un colectivo que re-viera esta situación... Me sentí sorprendido cuando nos descubrimos, que el trabajador que produce aluminio esté igual que el

trabajador que interviene en salud... cómo se trabajan hombres con la salud del hombre”.

### **Nota final, a modo de cierre**

Enajenidad del saber del trabajador: esto me recuerda a las tantas veces que otros profesionales, sobre todo médicos, se apropian del saber, conocimiento, información brindada por enfermería haciéndolos suyos. Y digo haciéndolos suyos porque pasa a ser parte de la información necesaria para elaborar sus diagnósticos, no hay una vuelta, una retroalimentación, una distribución de los aportes realizados por la experiencia, capacitación de enfermería en este caso. De esta manera se estaría contribuyendo a la enajenación, al no sentir como propio ni el trabajo ni los conocimientos. Posiblemente una respuesta sería lo que ustedes proponen: la producción del conocimiento colectivo (enfermera coproductora).

Otra cuestión que se me ocurre agregar es que nosotros como trabajadores de salud mental estamos sometidos (a nivel macro) a las mismas fuentes de dominación que los compañeros de las fábricas, de la sala de algún hospital, ya que producimos dentro de un mismo sistema económico, el capitalista. Lo bueno de estos encuentros con compañeros de otras áreas de trabajo, es poder analizar cuestiones más micro, más cercanas a nuestra subjetividad, de ahí la sensación de sentirse acompañados, e indudablemente producir conocimientos entre todos (enfermero coproductor).

Este ensayo ha transitado por varios cauces y deseamos que su lectura invite a recorrer otros múltiples senderos o modelos para armar. Básicamente se intentó introducir en escena tres carriles y trasmutarlos en su complejidad: el trabajador enfermero en salud mental, los métodos de trabajo, y el proceso del conocer laboral, produciendo nuevos sentidos para el estudio comparativo. Habitualmente encontramos una tensión entre el análisis especializado, localizado y el estudio comparativo. Incluso frecuentemente los estudios comparativos, especialmente los internacionales tienen muchas dificultades. En la sociología laboral tampoco es frecuente la comparación entre ramas o sectores de actividad, por ejemplo entre organizaciones fabriles y de servicios.

En el análisis aquí ensayado, lo comparativo aparece en múltiples aspectos: los puentes entre la producción fabril y el hospital y la praxis de la investigación coproductiva al realizar una observación coproductiva comparativa en acto. Estos movimientos espaciales y conceptuales propician una *múltiple reflectividad* un juego múltiple de la comparación involucrando diferentes matrices cognitivas y conceptuales que se expresa en el análisis de otro campo, en la reflexión sobre el propio campo (y sus matrices) a través del análisis del otro, produciendo a su vez un nuevo interlenguaje acumulado o *sobreinterviniendo* (regresando) sobre el original.



Usualmente los coproductores de nuestra investigación analizan su propia realidad; en este caso les hemos solicitado una acción investigativa observacional y presencial y comparativa en la fábrica. La investigación comparativa en este caso tiene una contrastación entre diferentes campos, pero, y al mismo tiempo, una contrastación subjetiva colectiva entre investigadores y coproductores de diferentes dispositivos y marcos de análisis. Se abren en este ejercicio: la vinculación explicativa entre niveles diferentes micro-macro, colectivo-subjetivo, el *plus* productivo del cambio de campo, la interrogación desde otro lugar (teórico y espacial) y la práctica real de transferencia universitaria con la práctica investigativa del coproductor analista.

### **Bibliografía**

- Agamben, Giorgio (1998), *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia: Pretextos.
- Basaglia, Franco (1985), “La institucionalización psiquiátrica de la violencia”, en Suarez, Armando [coord.], *Razón, Locura y Sociedad*, México: Siglo XXI.
- Bialakowsky, Alberto *et al.* (2000), “La institución manicomial: Los silencios sociales en el proceso de trabajo”, en *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, núm. 46 (3), Buenos Aires.
- Bialakowsky Alberto *et al.* (2002), “Proceso de trabajo en instituciones de Salud Mental: Soportes laborales, sociales y subjetivos”, en Bialakowsky, Alberto *et al.* [comps.], *Unidad en la diversidad. Estudios laborales en los 90*, Buenos Aires: Eudeba.
- Bialakowsky, Alberto *et al.* (2004a), “Procesos sociales de exclusión-extinción. Comprender y coproducir en las prácticas institucionales de núcleos urbanos segregados”, en Mota Díaz, Laura y Antonio Cattani [coord.], *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina*, México: Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UAEM, Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México, Universidad Federal do Rio Grande do Sul y ALAS.

- Bialakowsky, Alberto (2004b), “Violencia contexto e instituciones”, ponencia para la Jornada de Reflexión Interdisciplinaria en el Hospital José Tiburcio Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Bialakowsky Alberto *et al.* (2005), “Acerca de negar o inventar la práctica de enfermería en salud mental”, ponencia presentada en el XXI Congreso Argentino de Psiquiatría, Buenos Aires.
- Bialakowsky, Alberto *et al.* (2007a), “Capitalismo y método. Alternativas de la coproducción investigativa”, en *Revista Sociedad*, núm. 26, Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Bialakowsky, Alberto *et al.* (2007b), “Práticas governamentais na regulamentação de populações extinguíveis”, en Cimadamore, Alberto Daniel y David Antonio Cattani [coords], *Produção de pobreza e desigualdade na América Latina*, CLACSO - Tomo Editorial, Porto Alegre.
- Cirianni, Maluca y Marcelo Percia [comp.] (1998), *Salud y Subjetividad. Capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dejours, Christophe *et al.* (1998), “Para comprender la resistencia al cambio”, en *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*, Buenos Aires: Asociación Trabajo y Sociedad PIETTE - Lymen Humanitas.
- De Sousa Santos, Boaventura (2006), *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*, Buenos Aires: CLACSO y Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Fajn, Gabriel (2003), *Fábricas y empresas recuperadas. Protesta social, autogestión y rupturas en la subjetividad*, Centro cultural de la Cooperación, Buenos Aires: Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos.
- Foucault, Michel (2000), *Defender la sociedad*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (1989), *Vigilar y Castigar*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1980), *Microfísica del poder*, Madrid: Ediciones La Piqueta.

- Freire Costa, Jurandir (1991), “Psiquiatría burocrática: duas ou três coisas que sei dela”, en Tarlei de Aragão, Luis *et al.*, *Clínica do social. Ensaios*, San Pablo: Ed. Escuta.
- García, Juan César (1981), “La medicina estatal en América Latina/1 (1880-1930)”, en *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 1, México.
- García, Juan César (1982), “La medicina estatal en América latina/2 (1880-1930)”, en *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, México.
- Gaudemar, Jean-Paul (1981), “Preliminares para una genealogía de las formas de disciplina en el proceso capitalista del trabajo”, en *Espacios de Poder*, Madrid: Ediciones La piqueta.
- Goffman, Irving (2001), *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Guber, Rosana (2004), *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Buenos Aires: Paidós.
- Hardt, Michel y Negri, Tony (2002), *Imperio*, Buenos Aires: Paidós.
- Hospital Borda (1965), “Historia del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres”, en *Cuadernos de ACHON*, agosto, Buenos Aires.
- Linhart, Robert (1996), *De cadenas y de hombres*, México: Siglo XXI.
- Marx, Karl (1973), *El Capital*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Mental Disability Rights Internacional (MDRI) y Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007), *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, USA: MDRI/CELS.
- Mészáros, István (1999), *Mas allá del Capital. Hacia una teoría de la transición*, Caracas: Vadel Hermanos.
- Morin, Edgar *et al.* (2002), *Educación en la era planetaria. El pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana*, Salamanca: UNESCO, IIPC, Universidad de Valladolid y USAL.
- Pavarini, Massino (1983), *Control y Dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*, México: Siglo XXI.

- Programa Facultad Abierta (2005), *Las empresas recuperadas en la Argentina. Informe del Segundo Relevamiento*, Buenos Aires: Programa Facultad Abierta, Facultad de Filosofía y Letras, SEUBE, UBA.
- Slaughter, Jane (1998), “La producción depurada y los buenos empleos”, en *Reestructuración, Integración y Mercado Laboral. Crecimiento y calidad del empleo en las economías abiertas*, Santiago de Chile: OIT.
- Ulloa, Fernando (1995), *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires: Paidós.
- Vásquez, Javier y José Miguel Caldas de Almeida (2004), “DOSSIER OMS. Salud Mental y Derechos Humanos: un nuevo enfoque”, en *Revista Atopos*, octubre, vol. 2, núm. 1.
- Vezzetti, Hugo (1983), *La locura en la Argentina*, Buenos Aires: Folios Ediciones.

**Alberto Leonardo Bialakowsky.** Sociólogo. Universidad de Buenos Aires. Profesor titular, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Director del Proyecto de Investigación UBACyT S064, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Vicepresidente de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS). Presidente del Comité Organizador XXVII Congreso ALAS Buenos Aires 2009. Líneas de investigación: sociología laboral y metodología de coproducción investigativa. Publicaciones recientes: (en coautoría) “Prácticas gubernamentales en la regulación de poblaciones extinguidas”, en *Producción de pobreza y desigualdad en América Latina*, Colombia (2008); (en coautoría) “L’Université en crise. Mort ou résurrection?”, en *Revue du Mauss*, núm. 33, Editions La Découvert (2009); (en coautoría) “Aportes a una teoría del cambio: gubernamentalidad, fuerzas productivas y praxis de sujetos colectivos en nueva época.”, en *El mundo del trabajo en América Latina. Permanencia, diversidad y cambios. Grupo de Trabajo de CLACSO: Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*, Buenos Aires (en prensa).

**Delia Elena Franco.** Socióloga. Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA. Docente universitaria. Integrante del Equipo de Investigación del

Proyecto UBACyT S064. Líneas de investigación: salud, trabajo, educación. Publicaciones recientes: (en coautoría) “La coproducción investigativa aplicada al estudio comparado de los procesos de trabajo en una nueva época capitalista”, en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, núm. 19, Venezuela (2008); (en coautoría) “El encuentro de saberes en la coproducción de conocimiento en salud mental y trabajo”, en *América Latina e Brasil em Perspectiva*, ALAS/Capes/Editora da UFPE (2009).

**María Mercedes Patrouilleau.** Socióloga. Universidad de Buenos Aires. Becaria de Doctorado del Proyecto de investigación UBACyT S064. Líneas de investigación: identidades colectivas y políticas, discurso y acción colectiva. Publicaciones recientes: (en coautoría) “Prácticas gubernamentales en la regulación de poblaciones extinguidas”, en *Producción de pobreza y desigualdad en América Latina*, Buenos Aires (2008); (en coautoría) “La construcción de proyectos populares en el campo de las empresas recuperadas por sus trabajadores”, en *V Jornadas de Sociología de la UNLP y I Encuentro de Metodología de las Ciencias Sociales* (2008); (en coautoría) “La construcción de una demanda social. Del conflicto sindical-patronal al proyecto de gestión obrera en Zanón, Neuquén”, en *Historia de la Patagonia: 3ras. Jornadas*, Neuquén (2008).

**Nora Bardi.** Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de Rosario. Miembro del Equipo de Investigación del Proyecto UBACyT S064. Líneas de investigación: salud/salud mental y trabajo. Publicaciones recientes: (en coautoría) “Uma sociologia do trabalho contrastada”, en *Revista Tempo Social*, Universidad de San Pablo (2006); “El encuentro de saberes en la coproducción de conocimiento en salud mental y trabajo”, en *América Latina e Brasil em Perspectiva*, ALAS/Capes/Editora da UFPE (en prensa).

**Cecilia María Lusnich.** Socióloga. Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA. Docente universitaria. Integrante del Equipo de Investigación del Proyecto UBACyT S064. Tesista de la Maestría en Ciencias Sociales del Trabajo, UBA. Líneas de investigación: sociología del trabajo, sociología de la salud, metodología. Publicaciones recientes: (en coautoría) “La articulación salud-trabajo en personal de enfermería: procesos de trabajo y desgaste social y subjetivo”, en *El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad*, Buenos Aires (2009); (en coautoría) “L’Université en crise. Mort ou résurrection?”, en *Revue du Mauss*, núm. 33 (2009); (en coautoría)

“El encuentro de saberes en la coproducción de conocimiento en salud mental y trabajo”, en *América Latina e Brasil em Perspectiva*, ALAS/Capes/Editora da UFPE (en prensa).

Envío a dictamen: 16 de agosto de 2007.

Aprobación: 17 de octubre de 2007.