

margen N° 84 – marzo 2017

## Dispositivos narrativos y salud. Una experiencia para compartir

Por María de los Ángeles Delgado, Silvia Marceca, Lorena Andrea Puente y Amalia Vázquez

**María de los Ángeles Delgado, Silvia Marceca, Lorena Andrea Puente y Amalia Vázquez.** Trabajadoras Sociales. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

### 1. Introducción

El Objetivo del presente escrito es socializar y analizar la experiencia del Curso: “Estrategias narrativas y Salud” realizado en el Hospital Ramos Mejía durante los meses de mayo a julio del año 2015 **-1-**.

Uno de los principales objetivos del mismo fue brindar herramientas teórico-prácticas a lxs profesionales para la construcción de dispositivos narrativos en el ámbito hospitalario en tanto espacios de promoción de salud **-2-**.

Además de ser uno de los contenidos propuestos por el curso, el concepto de Dispositivo se convirtió en uno de los principales analizadores de esta experiencia ya que tomó mayor relevancia en el transcurso del mismo y al momento de sistematizarlo porque encontramos que daba cuenta más aproximada de la complejidad del fenómeno que pretendíamos abordar. De allí que tituláramos este trabajo: Dispositivos Narrativos y Salud.

Nos parece necesario, en este marco introductorio, aclarar que por “Dispositivos Narrativos” nos estamos refiriendo a espacios donde la “narrativa” ya sea en prosa, poética, oral o escrita sea el medio que posibilite el encuentro entre usuarios y trabajadores de salud con el fin de promover la creatividad, la circulación y la apropiación de la palabra, el develamiento y la construcción de nuevos saberes, indispensables a la hora de pensar a la institución de salud habitada por sujetos-ciudadanos.

Por otra parte recuperar esta experiencia de capacitación nos permitirá reflexionar sobre su desarrollo, su impacto profesional e institucional y los interrogantes y desafíos que aparecieron

Desde el punto de vista conceptual este trabajo se inscribe en los lineamientos de la Salud Colectiva, dando énfasis a la dimensión social del proceso salud-enfermedad-atención, reconociendo la estructura social como causal de la salud y valorando las actividades y prácticas sociales en términos de participación social, autogestión y organización comunitaria como elementos importantes para el logro de una Salud integral.

Partir de esta idea, lejos de perder de vista al Sujeto lo coloca en un lugar central, concibiéndolo como un Sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Es con la “persona”, no con su problema de salud, con quién se construye nuestro proceso de trabajo.

De allí la necesidad de quienes trabajamos en Salud de reflexionar sobre nuestras prácticas y las teorías, ideologías y preceptos que las legitiman.

En este sentido creemos necesario volver a preguntarnos por la llamada “misión institucional”, recordar que el objeto de nuestro trabajo es un Sujeto y que nosotros en tanto trabajadores somos Sujetos, muchas veces alienados, pero con capacidad para poner en cuestión esta alienación, para reconocer a los “otros” con quienes trabajamos, a “nosotros” y re-crear nuestro quehacer cotidiano.

Coincidimos con De Souza Campos en que las instituciones de Salud existen para producir “Salud”, integral (agregamos nosotras), y para trabajar por la autonomía de los “Sujetos”: usuarios y trabajadores. Es ésta para nosotras la misión institucional del sector salud -3-.

Qué mejor experiencia que el Arte y la Cultura para ensayar, desarrollar y trabajar por la libertad, por la autonomía de los Sujetos. Experiencia cultural que según Winnicott nace en la infancia y se ubica en lo que denomina el espacio transicional o potencial. Este espacio no es interior al aparato psíquico, pero tampoco pertenece del todo a la realidad exterior y constituye el campo intermedio en el que se desarrollarán tanto el juego como otras experiencias culturales, se ensancha en el vivir creador y toda la vida cultural del hombre -4-. Graciela Montes en diálogo con Winnicott, ubica a la literatura y al arte en general, en ese mismo espacio, que ella denomina como “frontera indómita” -5- .

Consideramos que estos dispositivos narrativos, en hospitales y centros de salud, permiten introducir otras “narrativas” alternativas a la hegemónica aportando la circulación de otros relatos y lógicas.

Entendemos que el concepto **Dispositivo** –según Foucault- es una de las principales categorías de análisis de esta experiencia ya que permite repensar nuevas relaciones posibles. Dicha noción comprende un conjunto de elementos de diferente naturaleza, de orden discursivo y no discursivo, refiere a la existencia de diversos vínculos entre ellos que a modo de red se inscriben en las instituciones y producen formas de subjetividad -6-, -7-.

## 2. Algunos conceptos de los cuales partimos

Entendemos a la Salud Integral en tanto derecho a ser efectivizado por el estado, como un proceso atravesado por múltiples factores sociales, políticos, históricos, económicos y culturales, que desde ya supera la sola ausencia de enfermedad y supone también los componentes subjetivos de la existencia.

El concepto de salud integral no puede entenderse ni analizarse sin tener en cuenta lo que implica el ejercicio de la ciudadanía. Quien demanda salud es un sujeto portador de derechos dentro de un campo dinámico y complejo como lo es el de la Salud, condicionado por procesos históricos y por los modos de organización y producción de la sociedad. Si el Estado debe garantizar el derecho a la salud es porque el mismo ha sido conquistado como tal por los ciudadanxs.

Subjetividad, autonomía y ciudadanía son conceptos que están interrelacionados y se determinan mutuamente al interior de un proceso al que, en tanto efectores de salud del Estado, no debemos desatender porque consideramos, como lo expusimos en la introducción, que nuestra misión como área de salud del Estado es producir Salud Integral y trabajar por la autonomía de los “Sujetos”.

Partir del reconocimiento y aportar al enriquecimiento de la subjetividad e intersubjetividad de la población destinataria de las acciones del sector salud –a la vez que las del equipo de salud en tanto Sujetos involucrados en el proceso- es condición necesaria en la construcción de ciudadanía.

Además de su eficacia en la tramitación de los problemas de salud, entendemos que los dispositivos narrativos son subjetivantes y por eso aportan a la construcción de autonomía e intersubjetivantes dado que aportan al reconocimiento y fortalecimiento de lazos entre sus participantes y esos “otros/nosotrxs” que la literatura presentifica.

Plantea G. Montes que la narración de cualquier historia ofrece la “**ocasión**” de fabricar otro mundo e instalación de “otro tiempo” en “este tiempo” **-8-**, constituyéndose así en materia prima para la construcción de sentido, tarea netamente humana **-8-, -9-**.

Para nosotras instalar dispositivos narrativos es sinónimo de mediar ocasiones de encuentro con relatos, historias donde hallar “...*las grietas por dónde meterse para habitar desprejuiciadamente lo ya construido y para construir lo nuevo*” (Montes, G, 2002, pág 10).

Ahora bien mediar ocasiones además de ser una tarea necesaria, no es una tarea ingenua ya que está estrechamente vinculada al poder tanto material como simbólico.

Material en tanto muchas de estas ocasiones están contenidas en los libros, bienes culturales no accesibles a todas las personas por igual.

Simbólico en tanto este poder hace aparecer como “verdadero” e “importante” un único relato.

Mediar ocasiones tiene que ver entonces con garantizar un derecho que tenemos en tanto seres humanos. Como dice M. Petit “...*cada uno de nosotros tiene derechos culturales, el derecho al saber, pero también el derecho al imaginario, el derecho a apropiarse de bienes culturales que contribuyen, en cada edad de la vida, a la construcción o al descubrimiento de sí mismo, a la apertura hacia el otro, al ejercicio de la fantasía- sin la cual no hay pensamiento-, a la elaboración del espíritu crítico*” (Petit, M., 2008, pág 23.24.).

El gran desafío es cómo instalar estos dispositivos narrativos en instituciones donde predomina un discurso que se presenta como verdadero y homogéneo, cómo aportar para un pasaje de la monosemia a la polisemia. Ilumina en este sentido, analizar el modelo de atención de salud a la luz del Modelo Médico Hegemónico (MMH) descrito y analizado hace varios años y en diferentes trabajos por el antropólogo Eduardo Menéndez.

Este autor define al MMH como: “...*el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado*” (Menéndez E., 1988, pág 451).

Así sus principales características son el biologicismo, el a-culturalismo, el a-historicismo, la racionalidad científico-técnica y la relación médico-paciente asimétrica **-10-**.

El biologicismo casi como el exclusivo modo de explicar y abordar los problemas de salud, reivindicando como única verdad la proporcionada por la racionalidad científica y subordinando cualquier otro discurso, relato a éste, termina además de generando una relación equipo de salud-usuario asimétrica, una reducción de la palabra de ambos integrantes de esta relación a su expresión mínima. Se quita así espacio al lenguaje, a lo puramente humano de esta relación.

Valoramos en este sentido el aporte de Carballeda, quien refiere que los sujetos son construídos por el lenguaje y que un sujeto así construido no es un sujeto estadístico, estandarizado, producto de una sumatoria articulada de variables **-11-**. Necesita un abordaje de y en su singularidad, necesita entonces que se escuche su voz, su relato, su narrativa.

No escapamos entonces ni usuarios ni integrantes del equipo de salud –en tanto sujetos contruidos históricamente por el poder- a este atravesamiento primordial de “verdad científica” encarnada en el sector por el biologicismo y demás características del MMH.

Es por eso y porque “Las narraciones, los relatos y las historias son formas ubicuas de comprender y organizar la vida social” -12- que pensamos que los dispositivos narrativos pueden proveer una narrativa alternativa y aportar a problematizar nuestra subjetividad tal como nos viene dada hegemónicamente por el “poder instituido”.

Otro “redimensionamiento” que nos permitió analizar el curso fue el valor de acercarnos a la necesidad de romper con lo que Pichón Riviére dio en llamar obstáculos epistemológicos y epistemofílicos.

Considera el autor que los modelos biologicistas e individualistas de la interpretación de la conducta, que consideran la lógica formal como la única legalidad posible, funcionan y operan como obstáculos epistemológicos, pero plantea que también existen obstáculos epistemofílicos -13-, que María del Carmen Barcia refiere como impedimentos de orden personal ligado a la afectividad del sujeto en situación de aprendizaje que le impide entender y comprender intelectualmente, pero el origen de la dificultad cognitiva es emocional. La propia historia, sus creencias, saberes previos, valores y hasta prejuicios inciden en el momento de la apropiación de algo nuevo generando conductas estereotipadas o reactivas, que generan resistencia al cambio -14-.

Por tal razón es que todo el curso estuvo diagramado de manera tal de integrar ambos aspectos, proponiendo en cada encuentro el abordaje conceptual y vivencial, que el espacio se convirtiera en un dispositivo narrativo en si mismo donde poder experimentar en grupo y lograr lo que Pichon Riviére define como la posibilidad de integrar el objeto de conocimiento.

En búsqueda de una noción que nos aportara repensar nuevas relaciones posibles, llegamos al concepto de Dispositivo. El mismo no se confunde con las instituciones sino que comprende un conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos. Incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, medidas administrativas, leyes, enunciados científicos y proposiciones filosóficas -15-. Dichos elementos establecen diversos vínculos entre sí conformando una red de saber/poder con una naturaleza específica, en la que se inscriben las instituciones.

A partir de la captura o pasaje de los individuos, los dispositivos producen formas de subjetividad, inscribiendo en los cuerpos de los sujetos un modo y forma de ser, mediante los cuales quedan sujetos a determinados efectos de saber / poder. De esta forma los dispositivos buscan orientar prácticas singulares, conducir conductas, aunque, posibilidades latentes, permiten que la práctica interprete y reinterprete lo que la regla significa en cada caso particular -16-.

### **3. Reflexionando sobre la experiencia**

En este punto nos propusimos hacer un análisis sobre la experiencia vivenciada en el curso.

Para organizar dicho análisis partimos de algunas preguntas que realizamos en las evaluaciones personales y nos formulamos al leer los registros de los diferentes encuentros.

Las preguntas intentaron capturar tanto vivencias como impresiones sobre los aspectos conceptuales y metodológicos propuestos.

A partir de la información obtenida de ambas fuentes planteamos las siguientes variables

operativas:

- Efectos/impactos que generó el curso
- Conceptos que se trabajaron o resonaron propuestos en el programa del curso
- Conceptos que se construyeron o aparecieron en el transcurso del curso.
- Viabilidad y obstáculos para la puesta en práctica de dispositivos narrativos en el Hospital.

### **Sobre los efectos que generó el curso**

***“Experiencias que sirven para la transmisión, estas experiencias no se olvidan” “Fue un remanso”***

Las integrantes manifestaron haber disfrutado del espacio construido en el curso, del clima, de los ejercicios propuestos, entre otras se destacó el impacto generado por la narración oral y algunas lecturas poéticas.

Se mencionaron efectos a nivel personal tanto porque posibilitó la reconexión con situaciones de la infancia, con experiencias lectoras olvidadas y también porque facilitó el encuentro con la imaginación, con una nueva manera de relacionarse con la lectura y sus posibilidades creativas.

También se señaló como impacto personal y profesional, la posibilidad de un mayor conocimiento grupal y un entrenamiento de la escucha.

En cuanto a la propuesta conceptual y metodológica del curso se valoraron las estrategias propuestas enfatizándose tres aspectos: permitió la construcción de nuevas miradas sobre los sujetos, habilitó el encuentro con prácticas menos heterónomas y posibilitó la reactualización y potenciación de recursos propios.

En cuanto al impacto institucional, se destacó como fundamental que se haya destinado el espacio hospitalario a este encuentro narrativo.

Como dicen Espósito y Equipo, *“...la dimensión subjetivante se delinea a partir de pensar los efectos simbólicos que estos espacios producen en las instituciones y los sujetos. En las instituciones supone la instalación de una lógica diferente a la hegemónica que habilite la apropiación de lo público de modos distintos a los instituidos” -17-*

### **De instituciones, prácticas, sujetos, lecturas y narrativas**

***“Es un desafío por la dinámica institucional” “Necesitamos fortalecernos grupalmente”***

Al mismo tiempo que se valoran las estrategias narrativas en el ámbito de salud se preguntan cuál será la recepción de los “pacientes” y de la institución. Parecería generar temor la implementación de estas estrategias por ser desconocidas, no convencionales y relativizado su valor tanto por lxs equipos como por lxs usuarios en el ámbito de salud.

En este punto es necesario destacar que desde la coordinación se propuso realizar una acción poética como cierre del curso en algún ámbito del hospital, pero el grupo eligió hacer tal acción entre las mismas participantes.

***“Qué difícil elegir un libro para la sala, abre cosas que hay que contener”. “Es necesario tener un marco previo para poder sostener, tener aproximaciones”***

Fue reiterada la aparición de inquietudes sobre la implementación de estas estrategias. ¿Cómo elegir un texto? ¿Es necesario construir un vínculo previo? ¿Cómo abordar los emergentes que este tipo de práctica podría generar?

Las integrantes del S. Social consideran viables implementar estas estrategias con lxs pacientes internados, manifiestan su preferencia por abordajes individuales no grupales, siempre de la mano de un objeto mediador y de a dos profesionales. En cambio las profesionales del área programática las ponderan como potentes para trabajar con lxs profesionales.

***“Para trabajar en dispositivos narrativos se debe hacer un proceso de ruptura personal”***

Con esta frase las participantes del curso parecerían estar expresando la necesidad de contar con mayor tiempo para transitar por este proceso, a la vez que afirmando la necesidad de experimentar personalmente los efectos de los dispositivos narrativos para que logren interpelar la racionalidad del propio accionar profesional.

Tal vez por esta razón es que en las evaluaciones del curso apareció la demanda hacia las docentes de un acompañamiento en la implementación de las estrategias narrativas en el Hospital.

Pensamos que la interpelación a la práctica profesional tan fuertemente atravesada en el ámbito de salud por la racionalidad científico-técnica, característica del MMH debe venir, como plantea Czeresnia, de la mano de la construcción de discursos y prácticas que establezcan una nueva relación con cualquier conocimiento científico, de allí que estas “rupturas personales” sean tan necesarias. *“El desafío es poder transitar entre la razón y la intuición, sabiendo relativizar, sin desconsiderar la importancia del conocimiento...” -18- .*

Asimismo no estuvo ausente en la discusión del curso el histórico punto de tensión que aparece entre la atención de las urgencias y el despliegue de estrategias de promoción de la salud, vinculando a las estrategias narrativas con estas últimas. Discusión difícil de zanjar desde la lógica de salud imperante. De allí nuestra invitación a pensar estas acciones desde una otra concepción de salud, tomada de Santos por Czeresnia, ya que nos parece arroja pasarelas para superar esta “aparente oposición”: *“Buscar la salud es una cuestión no sólo de supervivencia, sino de cualificación de la existencia (Santos, 1987). Es algo que remite a la dimensión social, existencial, y ética, a una trayectoria propia referida a situaciones concretas...”* dice también Czeresnia -19-.

Es por eso que nos preguntamos si la atención de las urgencias y la promoción de la salud son verdaderamente dos acciones opuestas. ¿No serán las propias características del MMH las que las hacen aparecer como opuestas? ¿Por qué, si entendemos a la Promoción de la Salud como la Promoción de la Vida en sus múltiples dimensiones, excluir de la misma a la atención de las urgencias?

***“Lo que escuchamos y leemos tiene distintas resonancias”***

Los diferentes ejercicios realizados en el curso llevaron a las participantes a pensar en sus propios caminos lectores, en las resonancias de éstos en sus vidas. Esto las llevó a establecer analogías entre el impacto singular que tiene la lectura en cada uno de nosotrxs en tanto humanxs y

la singularidad del relato de cada usuario. Se reflexionó acerca del valor del relato de cada usuario como fundante del vínculo con el equipo de salud y la necesidad de privilegiar “su narrativa.

Es interesante observar como las participantes al mismo tiempo que encuentran y expresan dificultades para la implementación de estrategias narrativas van hallando en las mismas puntos de coincidencia con los objetivos de la práctica profesional: hacer efectivo el derecho a la salud, encuentro con la palabra e historia del otro, reconocimiento de su singularidad, aporte a su autonomía, generación de cambios institucionales, entre otros.

Pensamos en este punto que tanto los ejercicios propuestos como la metodología de taller implementados en el curso favorecieron este proceso.

Por eso aquí nos gustaría detenernos a transcribir algunos comentarios que salieron en el ejercicio de memoria evocativa sobre el propio camino lector

Por camino lector entendemos lo que Laura Devetach caracteriza como el recorrido de textos internos y externos que cada persona va realizando de diversas maneras a través de la vida y que conforma su “textoteca”. Esta textoteca está formada tanto por frases sueltas, canciones, nanas, juegos de palabras como por libros “todo lo que puede leerse y escribirse”. Consideramos que detenernos y hacer presente el propio camino lector es un insumo indispensable para cualquier miembro del equipo de salud que desee instalar dispositivos narrativos o como dice la autora cumplir la función de abridor/a de caminos **-20-**.

### ***Sobre lo que genera la lectura***

*“Provoca una mezcla de placer y a la vez de dolor”. “Como generadora de deseo”. “Las relecturas ayudan a meterse con las propias sombras”. “La lectura abre preguntas”. “Libros en lo que se ha encontrado la búsqueda de lo existencial”. “Ayuda en la toma de decisiones, en los tránsitos de ciclos vitales”.*

### ***Sobre los libros***

*“Sentidos e impactos diferentes de un libro de acuerdo al momento vital, a la edad”. “Libro como punto de unión, lazo entre pares: intersubjetividad en juego”.*

### ***La experiencias de lectura muy ligada a los vínculos afectivos/apertura de caminos lectores***

*Una de las participantes evoca a la madre leyéndole como momento grato de encuentro, no recuerda los libros pero sí los momentos compartidos. Otra participante actualiza recuerdos no tan gratos sobre la prohibición de la lectura de los cuentos tradicionales y la paradoja de que esos mismos libros, antaño “vedados”, hayan terminado siendo luego un punto de encuentro con su hija.*

*“Mi madre tiene una biblioteca enorme y eso que solo hizo la primaria, empecé leyendo lo que a mí me parecía, luego ella empezó a recomendarme y eran más interesantes que los que yo elegía. Actúa como bibliotecaria, cada vez que voy me llevo tres y hasta que no le devuelvo no me da otros tres.”*

***Algunas observaciones sobre lectores y lectura:***

*“Yo me doy cuenta que hay que estar atentos a no sesgar las lecturas de los niñxs con nuestra mirada de adultx°.*

*En cuanto a estrategias narrativas de la literatura se mencionó el humor como atractivo para el lector.*

***Lo que provocó el ejercicio:***

*Coincidencia en elecciones evocativas de libro. Encuentros intergeneracionales en la elección.*

*El reconocimiento del rol protagónico de la lectura en momentos de pasaje, en situaciones críticas y también de placer en las propias trayectorias de vida.*

*Una de las participantes reconoce a la lectura como parte de la identidad.*

Como dice G. Montes *“...el arte nos ayuda a entender la vida. Pero no porque los cuentos “digan de otra manera” ciertos asuntos o expliquen con ejemplos lo que nos pasa sino por la consecuencia que trae habitarlos, aceptar el juego”* (Montes, G., 2001, pág. 28).

Así es que pensamos que “meterse con el propio camino lector,” volver a habitar lecturas, vínculos y reconocer coincidencias en tanto lectoras ayudó a que se pudieran pensar como potenciales mediadoras de lecturas. Es de destacar que por propia iniciativa las participantes intercambiaron libros, lo que da una pauta del involucramiento, inaugurando la estrategia del préstamo domiciliario.

En la misma línea experimentar la escritura y la narración oral creemos tendió puentes con la posibilidad de habitar el espacio institucional a partir de otra escritura y otra narrativa.

No por casualidad estas dos actividades fueron especialmente disfrutadas y valoradas por las participantes

Ejercitar la escritura, resultó además de placentero, un descubrimiento de la misma como potente estrategia para trabajar en salud.

Coincidimos con Victoria Morana, docente a cargo del taller de escritura, en que la misma es un acto de poder y de inclusión ya que permite inscribir la propia voz en una trama social más general y en el ámbito hospitalario podría ser, pensamos nosotras, un elemento cuestionador de su lógica.

*“...El interjuego de la escritura en interjuego con la lectura nos pone en escena: lo imaginado y la voz propia cobran cuerpo y se hacen visibles, y comienzan a circular entre otros. Al escribir nos apropiamos del lenguaje, damos sentido y cuerpo a las palabras, vamos delineando nuestro propio discurso, con nuestros criterios, creamos un microuniverso y en él podemos transformar el mundo, podemos decirnos...” -21-*

La experiencia de escuchar relatos orales también movilizó personalmente a las participantes, no olvidemos que la iniciativa del curso surge luego de que las organizadoras hayan propuesto la realización de actividades de narración en la sala de internación de pediatría y en la sala de espera a las docentes del curso el año anterior.



Así por ejemplo una de las participantes dio cuenta del modo en que la narración oral realizada en sala de espera para el día de las no violencias contra las mujeres había posibilitado a una médica compartir con otra profesional una situación de maltrato sufrida en su vida personal.

“ *El relato oral siempre estará allí junto al miedo del hombre...* ” -22-

### **Mediación de ocasiones**

La **mediación de lecturas** fue uno de los contenidos propuestos por las docentes que despertó mayor interés entre las participantes.

Surgieron preguntas sobre el rol del mediador tales como:

¿Cómo llegar a la persona?, ¿cómo se construye el vínculo entre el promotor de lecturas y lxs participantes de la actividad?, ¿qué pasa con las dimensiones que abre la lectura... cómo procesarlas?

¿Existen modos y dispositivos para motivar al otro en la lectura en un ámbito como el hospital o más allá de él?

¿Desde qué lugar se elige una lectura?, ¿qué recortar?

¿Cómo funciona la actividad en el contexto de un grupo dinámico tal como sala de espera?

Preguntas que si bien interrogan la mediación de la lectura están atravesadas por la mirada desde el cotidiano quehacer profesional en el hospital.

¿Cómo se vinculan las acciones de mediación y las profesionales?

G. Montes define a la **lectura** “*como la conducta social por la cual las personas nos apropiamos de algunos discursos significantes (o sea, de parte de la cultura) de la sociedad en que vivimos*” (Montes, G., 2001, pág 109).

Así entendida la lectura ofrece un vasto campo de encuentro con la salud, atravesada también por acciones sociales y discursos significantes.

La lectura al igual que la salud no es monosémica, mediar lecturas habilita a la multiplicidad de sentidos, de voces y ¿no es ésta acaso una de las intencionalidades de nuestro quehacer social en salud?

Siguiendo siempre a G. Montes ¿Por qué no mediar ocasiones de encuentro con relatos, historias por donde hallar las grietas en las que meterse para habitar desprejuiciadamente esas narrativas ya construídas y para construir nuevas?” (Montes, G., 2002, pág. 10)

### **Pensando en términos de Dispositivo**

Otro de los conceptos dados en el curso en el que nos gustaría detenernos ya que se constituyó en la principal categoría de análisis de este escrito es el de **Dispositivo**.

Según Foucault el poder constituye las subjetividades, el sujeto está constituido por el poder, lo cual sucede dentro de una trama histórica a “armar”. Para él la crítica de la racionalidad moderna es fundamental para entender como el poder ha sojuzgado a los hombres y ha creado las instituciones

necesarias para hacerlo. De allí que la “verdad” esté centrada en la forma de discurso científico y en las instituciones que lo producen y que sea producida y transmitida bajo el control no exclusivo pero sí dominante de algunos aparatos no económicos (universidad, ejército, escritura medios de comunicación) -23-.

De allí que nuestras prácticas profesionales y las instituciones en las que las llevamos a cabo sean tan difíciles de asir, tan complejas. Es que están atravesadas por un “Poder” invisibilizado por una “Narrativa” dominante que aparece como la “verdad”, la misma “Narrativa” que nos atraviesa como sociedad y moldea nuestra subjetividad “...a partir de la captura o pasaje de los individuos, los dispositivos producen formas de subjetividad, ...” (García Fanlo, L., 2011, pág.2)

A la luz de este concepto puede entenderse mejor lo que fue surgiendo ante la pregunta “**lo que podría llevarse a la práctica**”. El desafío que implica para la dinámica institucional, la necesidad de hacer un proceso de ruptura personal ya que el hospital pensado como dispositivo involucra elementos de naturaleza muy diversa, desde el edificio, los protocolos, el sistema de turnos, los juramentos hipocráticos, la racionalidad científica y biologicista, la vocación de servicio, la función social, la respuesta al derecho a la salud, las buenas intenciones, el sentido del trabajo, entre muchos otros. Todos estos elementos son muy difíciles de desentrañar y más difícil aún de reorganizar para entender la trama que conforman y que se presenta como “verdadera” “inamovible” por lo tanto “poderosa”.

Así cobra una nueva significación la afirmación surgida en el curso sobre la necesidad de hacer un proceso de ruptura personal para llevar a la práctica las estrategias narrativas en el hospital.

Implica interpelar saberes instituidos bajo una racionalidad científica propia del MMH, un hacer diferente con nuestros cuerpos disciplinados por esta racionalidad.

Una propuesta artístico-literaria, extraña a esta racionalidad, desubica nuestro intelectos, escandaliza nuestros cuerpos, a la vez que seduce por su estética poética en un medio tan alejado de la “poesía”.

Por eso la necesidad de una ruptura, de una deconstrucción personal y profesional.

### **Re-pensando, re-cordando, re-elaborando**

A partir de la socialización de experiencias de promoción de lecturas que tuvieron lugar en el curso, se debatió sobre la sustentabilidad de este tipo de dispositivos, por tratarse de acciones y proyectos alternativos que no se constituyen en prácticas tradicionales en salud y que en general no cuentan con aval institucional. En este sentido se actualizaron y valoraron experiencias que se desarrollaron en el hospital ligadas a lo artístico pero que no perduraron en el tiempo: mural, experiencia musical en sala de espera, entre otras. Algunos de los interrogantes que quedaron planteados en la discusión sobre la viabilidad de este tipo de dispositivos en salud fueron ¿La discontinuidad de estas líneas de acción se debe a que no existe un programa específico, una política pública? ¿La política pública garantizaría su implementación?, ¿el cambio y la inclusión de que-haceres diferentes en nuestras prácticas profesionales depende solo de la existencia de una política pública?

Las profesionales del área programática introdujeron el tema de la medicina narrativa. Evocaron y comentaron una experiencia de años anteriores en la que se trabajó con personas en situación de calle a partir de entrevistas, basadas en la narrativa que la persona hacía de su situación vital -24-.

Además de re-actualizar “narrativas” del pasado hospitalario se re-descubrió un trazo de “la narrativa” actual: inscripciones en las paredes cercanas a la sala de partos con fechas de nacimiento y nombres de niños nacidos en el hospital: *“Escrituras al paso que ayudan a poder mirar desde la perspectiva de quien las escribió” -25-*.

Estas escrituras se redimensionaron como una estrategia literaria ligada a momentos vitales. Este re-descubrimiento movilizó mucho a las profesionales, a tal punto de traer esta experiencia al curso en varias oportunidades y motivar la creación de una composición poético-fotográfica de estas “escrituras” por parte de una de las participantes.

En este mismo sentido se redimensionó la historia clínica, se “re-leyó” la historia clínica, desde la posibilidad de recuperar en ella “el relato” del usuario.

#### 4. Conclusiones finales

Por lo recogido de las participantes del curso la experiencia fue valorada por su impacto integral tanto a nivel personal como profesional, por los efectos subjetivantes e intersubjetivantes vivenciados: la actualización y re-dimensionamiento de las propias experiencias lectoras, la apertura de la escucha, la instalación de nuevas “lecturas” y vínculos.

Hubo en el transcurso del curso un permanente ir y venir entre el reconocimiento de la propia experiencia transitada y el re-descubrimiento de los “otros” con quienes trabajamos. Se hicieron nuevas preguntas sobre la narrativa: la de los usuarios, la propia, la de la institución y por la multiplicidad de sentidos de las mismas.

Al mismo tiempo se consideró su puesta en práctica como un proceso muy complejo que presenta obstáculos de diferentes órdenes: la falta de experiencia y entrenamiento en la implementación de acciones literarias, temor por la recepción y los efectos en los “usuarios”, desvalorización y resistencias profesionales e institucionales ante prácticas alternativas.

Entendemos que nos encontramos frente a lo que Pichón Rivière llama obstáculos de orden epistemológicos y epistemofílicos que requieren de procesos de “de-construcción” que permitan tanto el re-encuentro de la integralidad en tanto sujetos con razón y con afectos, como la construcción de nuevas lógicas que impliquen a la razón y a la “intuición” a la manera en que lo plantea Czeresnia -26-.

De allí que consideramos que el curso se constituyó en un facilitador de este proceso intentando que el espacio-tiempo del mismo se constituyera en un dispositivo narrativo en sí mismo donde se pudieran habitar poesías, cuentos, textos, escritura que junto al intercambio de algunos ejes conceptuales habilitara al re-conocimiento de diversas narrativas.

Tales ejes fueron:

- El acceso a la literatura como un derecho cultural que genera autonomía y el derecho a la salud que supone el trabajo por la autonomía de los ciudadanos.
- La mediación de ocasiones: lectoras, escritoras, en fin de diversas y singulares narrativas que conllevan en sí mismas el reconocimiento de los sujetos y la apertura de caminos dotados de libertad que pretenden el encuentro y la construcción de sentidos propios y compartidos.
- La institución hospitalaria como escenario primordial de esta mediación que a la vez

que ocupada en una narrativa biologicista, y científicista, paradójica y potencialmente podría -así como lo demuestran experiencias artísticas y narrativas sucedidas en el hospital y recuperadas en el curso- transformarse en ocasiones de instalación de narrativas instituyentes.

De allí que una de las propuestas de la transmisión de esta experiencia haya sido pensar el ámbito de salud en tanto dispositivo foucaultiano. Pensarlo en estos términos permite: por un lado dar cuenta de la complejidad del escenario en el que nos encontramos inmersos, ya que implica elementos diversos del orden de lo dicho y lo no dicho, del poder instituido y su “narrativa” biologicista y científicista; pero por otro lado, tomando lo que plantea García Fanlo en relación a la reinterpretación de lo que la regla significa en cada caso particular -27-, de-construir el dispositivo tal como nos viene dado a partir de narrativas instituyentes que de la mano de la literatura habiliten la narración de nuevas historias que provengan de “otras” voces no hegemónicas.

Consideramos que el termino dispositivo promovió un proceso de reflexión e interpelación del trabajo llevado a cabo a lo largo del curso- así como en la escritura de dicha experiencia- dado que posibilitó dimensionarlo y pensarlo, en concordancia con el planteo de Fernández no solo en su estricta acepción foucaultiana (dispositivos sociohistórico), sino como *“arteficios tecnológicos diseñados por nosotros en las intervenciones institucionales y/o comunitarias. En estos casos el dispositivo es pensado como máquina que dispone a ..., que crea condiciones de posibilidad, que provoca o pone en visibilidad y eventualmente en enunciabilidad latencias grupales, institucionales y/o comunitarias” -28-*. En este sentido transitar la experiencia de curso permitió poner en tensión / interrogar naturalizaciones de sentidos de prácticas y discursos en el campo de la salud pero también ver otras formas posibles de transitar los espacios institucionales y de producir salud a partir de dispositivos narrativos.

## 5. Propuestas

A modo propositivo, luego de haber transitado el curso, consideramos que sumaría a la riqueza de este tipo de experiencias:

- Incluir luego del curso un tiempo para el acompañamiento de la instalación de dispositivos narrativos.
- Realizar un trabajo de sensibilización con profesionales de otras disciplinas a fin de que participen de este tipo de experiencias y que se vean involucrados en la implementación de dispositivos narrativos.

## Notas

**-1-** El rol docente estuvo a cargo de las Licenciadas María de los Ángeles Delgado y Lic. Silvia Marceca (T.S. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Nivel Central). La Dirección del curso a cargo de las Licenciadas Lorena Puente y Amalia Vázquez (T.S. Hospital Ramos Mejía. Servicio Social)

**-2-** Cabe aclarar que si bien la convocatoria fue para todxs lxs integrantes del equipo de salud del Hospital concurren al curso fundamentalmente profesionales del área social del S. Social, de Pami y del Área Programática

- 3- Campos, G. Gestión en Salud: En defensa de la vida. Bs. As.: Lugar Editorial; 2001.
- 4- Winnicott, D. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa; 1971.
- 5- Montes, G. La frontera indómita: En torno a la construcción y defensa del espacio poético. México: Fondo de Cultura económica; 2001
- 6- García Fanlo, L. ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei* 74. [Internet]. Marzo 2011. [citado 18 Junio 2016]. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/fanlo74.pdf>
- 7- Foucault, M. El juego de Michel Foucault, en Saber y Verdad. [Internet] Madrid: Ediciones de la Piqueta 1985; [citado 18 Junio 2016]; p 127-162. Disponible en: <http://www.conversiones.com.ar/nota0564.htm>
- 8- Montes, G. Escritos/Reflexiones La Ocasión, Ponencia presentada en La Feria del Libro Infantil y Juvenil. 22-07-2002, Bs. As.
- 9- Petit, M. Lecturas del espacio íntimo al espacio público. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.
- 10- Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. p 451- 464.
- 11- Carballeda, A. La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial; 2013.
- 12- Martínez-Guzmán, A. Montenegro, M. La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: Construyendo nuevos relatos. *Quaderns de Psicologia*. [Internet]. 2014 [citado 19 Junio 2016]. 16 (1): 111-125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1206>.
- 13- Rivière, Pichón. *El proceso grupal* [internet] [Lugar desconocido] [citado 2016 19 junio]. Disponible en: [http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/489952/mod\\_resource/content/1/El%20Proceso%20Grupal\\_EPR.pdf](http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/489952/mod_resource/content/1/El%20Proceso%20Grupal_EPR.pdf) [citado 19 junio 2016].
- 14- Barcia Maria del Carmen. Obstáculos epistemológicos y epistemofílicos. *Blog de IPSYC* (Investigaciones psicosociales y Comunicaciones) Junio 2013. Disponible en: <http://ipsycsigloxxi.blogspot.com.ar>. (último acceso junio 2016).
- 15- Foucault, M. El juego de Michel Foucault, en Saber y Verdad. [Internet] Madrid: Ediciones de la Piqueta 1985; [citado 18 Junio 2016]; p 127-162.
- 16- García Fanlo, L. ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei* 74. [Internet]. Marzo 2011. [citado 18 Junio 2016].
- 17- Espósito, S y Equipo. “Programa de Promoción de la(s) Lectura(s) en un Servicio de Pediatría Ambulatorio [Internet] 2012. [Citado 21 Junio 2016] Disponible en: <https://drive.google.com/open?id=0B1HbXRn5hv-lbFhMRjRnUkRhM1k>
- 18- Czeresnia, D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia, D.- Machado de Freitas, C. –organizadores-. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p 57.
- 19- Czeresnia, D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En

Czeresnia, D.- Machado de Freitas, C. –organizadores-. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p 58.

**-20-** Devetach, L. La construcción del camino lector. Córdoba, Argentina: Editorial Comunicarte; 2012.

**-21-** Esposito, S y Morana, V. Promoción de las lecturas, promoción de derechos. [Fecha desconocida]. 7 hojas.

**-22-** Barberis, Alicia “Viaje al mundo de los cuentos”. Bs. As.: Ed. Colihue; 2011.

**-23-** Feinmann, J. P. La Filosofía y el Barro de la Historia. Página 12, Suplemento especial. 28-01-2007; Clase 37 y 11-02-07; Clase 39.

**-24-** Si bien la importancia de la narrativa del paciente para elaborar diagnósticos e incluso tratamientos estuvo presente en distintos momentos de la historia de la medicina desde Hipócrates hasta la actual corriente llamada medicina basada en la narrativa, por medicina narrativa hacemos referencia a la que toma el aporte de las Ciencias Sociales, la sociología y la antropología básicamente, muy ligada al concepto de la experiencia de enfermedad en el proceso salud-enfermedad-atención. Al respecto resultan interesantes los siguientes artículos: Cortés, B. Experiencia de enfermedad y narración: El malentendido de la cura. Nueva Antropología. 1997; 16 (53):89-151 1997. Juárez, L y Cipriano, C. Medicina y Narrativas De la Teoría a la práctica. España: Ed. Círculo Rojo; 2012. Mir, L., Miranda, A, y Maglio. La medicina basada en la narrativa: un antiguo y renovado paradigma. Jurisprudencia Argentina. 2005-IV Núm Esp. Fasc 5: 24-26.

**-25-** Tomamos las palabras textuales que utilizó Victoria Morana en el encuentro destinado a la escritura porque se constituyeron en un gran aporte.

**-26-** Czeresnia, D. *Ibíd*em

**-27-** García Fanlo, L. *Ibíd*em

**-28-** Fernández, A. Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires: Biblos; 2007