

# Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico

## FICHA DE DATOS

Proyecto:

Prácticas y discursos "psi" en torno  
a las internaciones. Etnografía  
de un hospital psiquiátrico de la  
ciudad de Buenos Aires

Localización:

Hospital de Emergencias  
Psiquiátricas. Ciudad de Buenos  
Aires

Período:

octubre 2005 - diciembre 2006

María Jimena MANTILLA

Instituto de Investigaciones Gino Germani  
(Universidad de Buenos Aires)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas  
[jimenamantilla@yahoo.com.ar](mailto:jimenamantilla@yahoo.com.ar)

## INTRODUCCIÓN

La posición como investigadores en el campo, las relaciones que establecemos con los informantes, la influencia de nuestras identidades genéricas en el acceso a la información y la problemática de la distancia y cercanía con el universo estudiado, influyen en la construcción de los resultados de la investigación.

Con estas premisas, en este artículo analizo el trabajo de campo llevado a cabo en ocasión de mi tesis de maestría<sup>1</sup>, "Prácticas y discursos "psi" en torno a las internaciones. Etnografía de un hospital

**nota  
etnográfica**

<sup>1</sup> Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires”, cuyo objetivo principal fue comprender las prácticas y discursos psiquiátricos y psicoanalíticos en torno a las internaciones psiquiátricas en un hospital de internaciones breves.

Mi propósito es reconstruir el proceso de construcción de los datos desde una perspectiva reflexiva<sup>2</sup>. Por ello, a continuación efectúo un recorrido por las dimensiones que definieron mi abordaje, mi posición en el campo y la construcción de las relaciones con los informantes.

## 1. De la experiencia personal a la academia. Racconto sobre un itinerario

A los trece años tuve mi primer contacto con el sufrimiento mental: una de mis primas tuvo un brote psicótico que derivó en su primera internación psiquiátrica y en el comienzo de una serie de tratamientos, internaciones, idas y venidas en clínicas y hospitales.

Muchos años más tarde, mientras estudiaba en la facultad, me interesaron los análisis acerca del funcionamiento de las instituciones totales (Goffman, 1984), los procesos de etiquetamiento y la construcción social de la anormalidad. Comencé a visualizar-me trabajando en un hospital psiquiátrico o en una cárcel, no por creer en las virtudes terapéuticas de esas instituciones sino porque me intrigaba su funcionamiento real.

Fue así como, luego de graduarme de licenciada en Trabajo Social y habiendo entrado a la resi-

dencia de Servicio Social en salud<sup>3</sup>, elegí un hospital psiquiátrico.

Al poco tiempo de ingresar a la residencia me impactó encontrarme con que muchos pacientes tenían una larga trayectoria de internaciones en su haber, las historias clínicas hacían mención en algunos casos de ocho o diez internaciones a lo largo de unos pocos años. A veces el período en el que los pacientes permanecían sin estar internados era llamativamente breve. En la jerga hospitalaria se denominaba a este fenómeno como “puerta giratoria”, es decir, la entrada y salida recurrente de los pacientes por las salas de internación. Me sorprendía la reacción que presentaban algunos pacientes frente a una internación. En vez de considerarla perjudicial o coercitiva, la creían necesaria y hasta aliviadora.

Por su parte, los profesionales ponían el énfasis en la dimensión terapéutica de la internación y la consideraban como una estrategia de cuidado para el paciente o para su grupo familiar.

La visión de la internación psiquiátrica como una experiencia que no sólo priva de la libertad a un individuo sino que causa modificaciones sustanciales en su vida cotidiana no era considerada en casi ninguna decisión profesional.

De esta manera comenzaron mis primeras elaboraciones sobre lo que sería, años más tarde, mi proyecto de investigación. Las internaciones psiquiátricas constituían una problemática confusa donde se entremezclaban opiniones respecto de la enfermedad mental, sus formas de tratamiento, el estatuto de su existencia, las causas y/o culpables de su aparición, entre otros aspectos.

La construcción de un problema de investigación se define por una serie de operaciones metodológicas y epistemológicas propias del campo académico

<sup>2</sup> La reflexividad implica entender al etnógrafo como sujeto social, condicionado por su propio marco de referencia, mediante el cual participa activamente del proceso de conocimiento (Frederic, 1998: 94). Por su parte, Bourdieu (2004) denomina como vigilancia epistemológica, al intento por reflexionar aquellas cuestiones inherentes al proceso de investigación tales como el método científico, las condiciones de producción del conocimiento, consideraciones éticas, por enumerar algunos de los principales tópicos que una “vigilancia o tarea epistemológica” debiera de estar advertida

<sup>3</sup> La residencia es un posgrado de capacitación en servicio remunerado al cuál se ingresa mediante un examen. Las actividades se dividen en asistenciales en los distintos servicios del hospital y de capacitación, tales como cursos, grupos de estudio, supervisión de casos, entre otras. Durante el período 2001-2004 fui residente de servicio social en salud.

a las que se añaden cuestiones de la biografía del investigador que explican en cierta parte la elección y acercamiento a determinados temas de investigación. Mi experiencia cercana con el sufrimiento psíquico y los tratamientos psiquiátricos no sólo me generó un interés especial en la problemática sino que fue uno de los aspectos que propició el desarrollo de una relación de empatía con los pacientes durante el trabajo de campo.

Desde la antropología se entiende que la inmersión subjetiva del investigador forma parte del proceso de conocimiento y búsqueda de comprensión propia del trabajo etnográfico. Los aspectos subjetivos y biográficos del investigador no sólo acompañan la totalidad del proceso de investigación sino que lo preceden. Se expresan en los motivos de acercamiento a un problema, el tipo de interés y el estilo de investigación, entre otras dimensiones. Pero los aspectos biográficos no sólo remiten a las cuestiones propias de la vida íntima sino que también incluyen la trayectoria profesional y las elecciones que la van guiando.

## 2. Redefiniendo identidades: de la trabajadora social a la investigadora

Cuando finalicé la residencia, comencé a inclinar mis intereses hacia el ámbito académico. Obtuve una beca doctoral de la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y a partir de entonces me desempeñé como investigadora. Como no podía ser de otra manera, mi tema de investigación estaba vinculado con el campo de la salud mental y la elección de la sede del trabajo de campo apuntó hacia el mismo hospital que fue sede de mi residencia, dado que consideré la familiaridad con el espacio como una dimensión que facilitaría el acceso a la investigación.

El haber sido residente de servicio social a la hora “del campo” implicó estar dotada de competencias lingüísticas, comunicacionales y corporales que

favorecieron mi inclusión en espacios institucionales, conversaciones informales y otras instancias privilegiadas para el análisis. Prueba de ello es el tipo de complicidad que establecí con algunos informantes, por ejemplo los residentes -ex compañeros de trabajo- con quienes compartí durante el trabajo de campo instancias extra-hospitalarias como fiestas, almuerzos y charlas de café que me permitieron acceder a información valiosa de una forma casual. Además, haber sido miembro de la institución y conocer no sólo las dinámicas institucionales y profesionales sino el tipo de pacientes me facilitó la realización de entrevistas con los profesionales, donde se explayaban sobre temas específicos sólo comprensibles para quienes comparten determinados supuestos.

Con respecto a los pacientes, el proceso de construcción de mi identidad como investigadora estuvo marcado por la distinción entre los “nuevos” (es decir, los que conocí durante el trabajo de campo) y los “viejos” (que conocía de antaño, mientras realizaba la residencia). Con los pacientes “nuevos” me presentaba como investigadora y trataba de explicar con detalle mi trabajo. Con los pacientes “viejos” también hacía lo mismo, aunque la situación era más confusa. Las alusiones a mi rol como trabajadora social eran frecuentes y se expresaban en pedidos concretos vinculados con la gestión de recursos, en particular laborales. Mis mayores logros fueron que entendieran que ya no ejercía dicha función.

No obstante, la identificación de mi persona con un miembro profesional de la institución fue un obstáculo que se dio tanto con pacientes viejos como con nuevos. Algunos pacientes, si bien entendían que no trabajaba allí, asociaban la función de investigar con ser estudiante. Otros apelaban a conocimientos específicos de mi parte, como lo expresa el siguiente comentario de un paciente: “¿vos que estudiaste eso, qué significa que uno sueña con alguien?”

Las nociones que circulaban acerca de mí se redefinían especialmente para los pacientes con quienes logré establecer un vínculo sustentado en la amistad.



Aparecían entonces nuevos significados, más asociados al compañerismo y a la complicidad. En algunos casos, me convertí en una especie de consejera sobre el comportamiento conveniente dentro de la institución, como lo refleja la siguiente nota de campo: “Me pregunta: ‘¿Vos que sabés, qué tengo que hacer para que me den el alta?’ Le aconsejo: lo que vos decías antes: portarte bien, no hacer lío. Le doy unas pistas más: decir que la internación te sirvió para pensar, que tenés ganas de hacer cosas, retomar tu estudio, trabajar”.

Las identificaciones de mi persona con una trabajadora social, una amiga, una psicóloga, una mujer, o lo que fuera, estuvieron permeadas por mi pertenencia al hospital. Aunque comprendieran que no trabajaba allí, mi cercanía con ese universo y mi concreta presencia allí tiñeron los vínculos que fui gestando.

Mi familiaridad con las rutinas hospitalarias y el conocimiento previo de buena parte de los actores entorpeció el proceso de extrañamiento<sup>4</sup> de las prácticas hospitalarias. En particular, en el momento de describir etnográficamente algunos escenarios en los que transcurría el trabajo de campo daba por sentado aspectos referidos a su organización y funcionamiento.

La manera que encontré para abordar estas cuestiones fue mantener una posición reflexiva en el campo mediante la lectura constante de mis notas de campo, el registro minucioso de mis actividades, mis emociones y el vínculo mantenido con los actores, teniendo en cuenta el planteo de Frederic (1998:95) según el cual “la distancia del universo de sentidos de los sujetos estudiados sería producida por la intensificación del control del investigador sobre su propio comportamiento como sujeto”.

A su vez, utilicé la observación no participante

como medio de producir el extrañamiento: durante los fines de semana asistí al hospital sin otro propósito que sentarme en el parque a observar y tratar de escuchar a pacientes y familiares. Sentada durante varias horas en el parque logré posicionarme en un ángulo de observación diferente al acostumbrado. De este modo accedí a dinámicas de interacción entre los pacientes y con sus familiares que no había observado cuando era residente. Asimismo, esta práctica de observación me preparó para luego compartir con pacientes internados sus rutinas cotidianas.

La observación de fenómenos similares desde diferentes espacios impacta en la construcción de los datos y las diferentes miradas que asumimos en el campo. Mi perspectiva desde el parque fue totalmente diferente a la que obtuve mediante entrevistas formales con los mismos actores.

La construcción de mi identidad como investigadora -al igual que otros procesos identitarios- no fue un resultado unívoco sino que se trató del desempeño de roles distintos y complementarios, la adopción de actitudes diferentes según los contextos de participación en los que me desarrollé y el tipo de relaciones que establecí con los actores.

El significado que adquirió mi presencia y mi tarea como investigadora se caracterizó por un nivel de confusión que se resistía a casi todos mis intentos aclaratorios que, en virtud de ser lo más ética posible, generaban mayor confusión.

Una anécdota que condensa este tipo de hechos confusos ocurrió con una paciente con quien establecí un vínculo estrecho durante la residencia. Laura fue una de las personas más queridas para mí, por ello cuando comencé el trabajo de campo y tuve la suerte de reencontrarla tuve mucho cuidado en evitar cualquier tipo de situación donde ella pudiera sentirse parte de un “vínculo estudiado”. Elegí pedirle colaboración con mi trabajo de investigación aludiendo a que yo tenía una beca del CONICET y mi trabajo consistía en conocer cómo y qué piensan los pacientes y los profesionales acerca de las internaciones.

<sup>4</sup> “El proceso de extrañamiento consiste en la experimentación de una tensión entre la aproximación a un universo de sentidos y su distanciamiento por el contraste con el marco de referencia del investigador” (Lins Ribeiro, 1989, citado en Frederic, 1998).

La palabra beca abrió una suerte de equívocos imposibles de solucionar. Se convirtió para ella en un trabajo para las dos. Laura me pedía que “trabajemos en la beca”. El punto nodal de la confusión tuvo que ver con que Laura tenía una beca otorgada por Promoción Social, un subsidio para cumplir con un curso de formación profesional. Con el tiempo, luego de proponerle conectar con un joyero -dado su interés en aprender ese oficio-, la situación se complicó aún más. Comencé a recibir llamadas telefónicas de otros pacientes interesados en las becas y cursos que supuestamente podía ofrecerles.

La dificultad de establecer sentidos unívocos a las identidades que asumimos en el campo y de hacer comprender a los otros quién es uno allí es parte intrínseca de la construcción de los datos. La utilización del método etnográfico plantea una dinámica difusa, donde los límites se encuentran en permanente tensión y por momentos no se sabe muy bien qué se está haciendo allí ni cómo los demás nos perciben.

En el caso de Laura habría que mencionar que la situación de la beca generó también una experiencia positiva durante su última internación. Se convirtió en una actividad que estructuraba -al menos- el tiempo que compartíamos juntas, ella se entusiasmaba cuando me veía y me planteaba seriamente: “tengamos que trabajar en la beca”.

Como otras situaciones en el campo, este incidente se destacó por su carácter ambiguo: si bien generó una serie de malos entendidos respecto de mi lugar como investigadora, al mismo tiempo me permitió distraer a Laura de su angustia por estar internada. La ambigüedad y contradicción, aspectos intrínsecos de los procesos sociales documentados por la investigación, formaron parte también de las situaciones vividas en el campo. A su vez, el equívoco me recordó que, si bien mi relación con Laura era sincera, nuestros encuentros formaban parte de un cuaderno de notas, es decir, de una dinámica de trabajo. La beca realmente era un trabajo, aunque sólo para una de nosotras.

Por otro lado, mi identidad genérica tampoco pasó inadvertida. Las consecuencias de ser una mujer me obligaron a ser cuidadosa con los pacientes varones. La actitud amistosa que se requiere para entablar vínculos confiables con los informantes era susceptible de ser interpretada como estrategia de seducción. Por ello, recurría a hacer explícita mi vida amorosa, inventando una pareja que en ese momento no tenía. Trataba de dar cuenta que podía ser una buena amiga pero no otra cosa. No siempre tuve éxito y prueba de ello es la escasez de vínculos sólidos que mantuve con pacientes varones.

Por el contrario, con las mujeres fue sencillo crear amistades. Con ellas también recurrí a contar aspectos de mi vida privada, pero con la intención de generar confianza en tanto pares. Este tipo de amistades están marcadas por la particularidad de generarme sensaciones ambiguas, como la culpa por estar investigando a las pacientes y saber que los tiempos de la amistad se relacionaban con los tiempos de la investigación. Recuerdo un caso en especial, una de las pacientes con quien compartí muchas salidas, momentos informales y recreativos. En una oportunidad la llamé para cancelar nuestro encuentro dado que tenía obligaciones que me impedían asistir. Apenas insinué dejarlo para otro día, su enojo fue inmediato. Comenzó a hablar con un tono amenazante, acusándome de mentirosa y otra serie de adjetivos. Me acuerdo de una de sus frases: “te estoy esperando vestidita desde hace horas, mi mamá me compró galletitas para que llevemos al parque”. Finalmente, logró su cometido. De alguna manera, la culpa que me generó esa frase y la posibilidad de perder ese vínculo me convenció de acudir a su encuentro. No obstante, le subrayé la equivocación de su planteo telefónico.

Más allá de las asimetrías que estructuran el vínculo investigador-investigado, las amistades que se generaron durante el trabajo de campo fueron genuinas. En cierto modo, el registro posterior en un cuaderno de campo me recordaba mi función como



investigadora, que por momentos parecía diluirse en un compromiso afectivo con los informantes.

Por otro lado, un hecho que marcó mi pasaje de residente a investigadora (además de los casi dos años que mediaron entre uno y otro rol) fueron las trabas en el acceso. Pese a que no se trataba de un lugar lejano geográficamente, lograr que me permitieran realizar el trabajo de campo fue una ardua tarea.

### 3. Sorteando obstáculos. Crónica de la entrada al campo

El proceso de entrada al campo comenzó en enero del 2005 y recién en octubre del mismo año obtuve la autorización formal. Las particularidades burocráticas que asumió reflejan algunos aspectos del funcionamiento institucional. En primer lugar, el Comité de Docencia e Investigación del hospital me solicitó las firmas de todos los servicios donde iba a participar por la investigación. Esto comprendió al jefe central del servicio de Guardia, los jefes de cada una de las salas de internación (uno de ellos no quiso autorizar la investigación en su sala), el jefe de consultorios externos y la jefa del Servicio Social. Además se me planteó la necesidad de trabajar con un profesional de la institución como una suerte de co-investigador, figura que a costa de negociaciones se transformó en un supervisor. Me solicitaron también la elaboración de un consentimiento informado que constara de la firma del paciente y un enfermero/a antes de la realización de cada entrevista. Recuerdo que más de una vez presenté el consentimiento, no logrando la aprobación del Comité de Ética, lo que motivó repetidas escrituras. Inclusive, en una primera instancia se me planteó que debía agregar la firma de un responsable judicial antes de entrevistar a pacientes.

Todos estos aspectos configuraron un tiempo de idas y venidas, charlas con unos y otros, y hasta comencé a barajar la posibilidad de realizar el trabajo de campo en otra institución.

Con estas afirmaciones no pretendo descalificar el proceso de cuidado que supone garantizar que un paciente no se convierta en un conejillo de indias de una investigación. Las autorizaciones, los papeles, el consentimiento informado, responden a una determinada ética del cuidado.

El problema es el deslizamiento que se produce entre esa ética del cuidado y el temor de la institución a ubicarse en el lugar de objeto de investigación y por ende de indagación sobre sus prácticas.

La organización jerárquica es un aspecto central inherente a las instituciones manicomiales, por ello es consecuente que al intentar ser aceptada en mi carácter de investigadora tuviese que pasar una serie de ritos institucionales: firmas de muchos directores y jefes, charlas con infinidad de personas, entre otras. Lo problemático aparece cuando dicha organización jerárquica se utiliza como estrategia obstaculizadora para, por ejemplo, realizar una investigación.

Es más problemático aún cuando la dinámica burocrática se convierte en obstáculo para el ejercicio de los derechos de los pacientes. Me refiero al acceso a una medicación, a una pensión por invalidez, entre otros trámites que se gestionan desde el hospital. La dinámica jerárquica-burocrática obstaculiza el acceso a un recurso en tanto exige como obligatoriedad la firma del director del hospital para cada nota o informe social que se produce con el objetivo de solicitar algún tipo de beneficio para el paciente.

En la jerga hospitalaria se llama “elevar” al acto de pedir autorización del profesional a su jefe, de éste a otro y así sucesivamente. La organización institucional que distribuye los cargos y funciones plantea una compleja red de “elevaciones” que terminan por entorpecer la “salida” de un informe social necesario para obtener un tipo de prestación social, habitacional, de salud, o judicial. Dicho proceso es similar al que atravesé para lograr el acceso al campo: una gran cantidad de elevaciones, notas, esperas, me hicieron recordar a los momentos en que intentaba “sacar” un informe.

Los profesionales del servicio social, cuando les apremia la urgencia de intervenir por resolver una situación de un paciente, realizan y ocultan notas que “salen” de la institución con el riesgo de ser sancionados si son descubiertos. Cuando esto ocurre y se detecta una falla en el proceder del profesional, la trasgresión se convierte en el eje de reuniones, llamados de atención, creación de nuevas reglas, búsqueda de normativas institucionales, reglamentos y otros documentos que cumplan la función de legitimar la sanción sobre lo ocurrido.

Nuevamente se produce un deslizamiento de sentido: pasan a ser centrales las dimensiones burocráticas de las intervenciones y se dejan en un segundo plano cuestiones tales como los derechos de los pacientes, los recursos institucionales que se cuentan para intervenir y las posibilidades de establecer intervenciones creativas, entre otros aspectos.

Por último, si el trabajo de campo para Malinowski (1975:40) tiene que ver con “descubrir las formas típicas de pensar y de sentir que corresponden a las instituciones y a la cultura de una comunidad determinada”, el proceso de búsqueda de las autorizaciones que antecedió al trabajo de campo nos permite analizar algunas dimensiones del funcionamiento institucional que revelan dichas “formas típicas”. En tal sentido, se convirtió en un dato en sí mismo.

Una vez que ingresé en el campo, los controles no fueron como sugerían las instancias formales que había atravesado previamente. No obstante, los problemas fueron otros. A las dificultades por establecer mi identidad como investigadora se le sumaron los obstáculos para asumir una actitud conveniente en el ejercicio de la observación participante.

#### 4. El problema de la observación participante: de una inmersión total a la distancia positivista

El proceso de observación-participación trajo aparejada cierta tensión entre observar y participar, es decir formar parte activamente o mantenerme fuera de la escena. “Según los enfoques positivistas, al investigador se le presenta una disyuntiva entre observar y participar y si pretende hacer las dos cosas simultáneamente, cuanto más participa menos registra, y cuanto más registra menos participa, es decir, cuanto más participa menos observa y cuanto más observa menos participa. Esta paradoja que contrapone ambas actividades confronta dos formas de acceso a la información, una externa, la otra interna” (Guber, 2001: 60).

Como ejemplo de esta tensión voy a relatar mi experiencia en dos escenarios de observación participante donde actué de forma contraria en uno y otro, representando ambos extremos de la polaridad: inmersión total-distancia absoluta. Cabe aclarar que estas posiciones dicotómicas sólo se reproducen de forma parcial e ilusoria, ya que no es humanamente posible ni dejar de participar en algún grado ni convertirse en miembro totalmente.

Asimismo, nuevamente en cada uno de los escenarios encontramos malos entendidos por parte de los profesionales respecto a mi función e identidad.

Primer escenario: Participación en la guardia externa. De una inmersión total

Nota de campo en la guardia:

“...No tardé mucho tiempo en comenzar a participar, y a diferencia de lo que me había imaginado, más que ser una observadora atenta a las interacciones entre pacientes y profesionales, como a las decisiones de internación, me encontré siendo una más en la escena, es decir, una profesional más, que



como tal estaba también compelida a decidir (con la presión que ello significa, ya que la guardia es por sobre todas las cosas un espacio donde hay que tomar decisiones por lo general de situaciones bastante complejas que de ninguna forma se presentan como unívocas). Es así que mi primer día en la guardia me desorientó en tanto no esperaba desempeñar ese rol. Tratando de comprender por qué se dieron así las cosas, ubico dos elementos:

- 1) Mi conocimiento previo: me muevo de forma natural en la situación, incluso la actitud corporal revela la familiaridad con la que me muevo.
- 2) La actitud del jefe de guardia suplente: era la primera vez que tratábamos, sin embargo su actitud fue participativa, trabajamos toda la tarde juntos y en cada situación él planteaba las cosas de modo tal de que yo opine y pregunte en las entrevistas como también que decida junto con él. Me trató como un par y eso me empujó a tomar cierto protagonismo. Supongo que mi pasado como residente y el hecho de ser trabajadora social influyeron en ese sentido. Él me presentaba ante los pacientes como asistente social y a mí me atemorizaba que confundieran las cosas. Al igual que en el grupo de pacientes, era convocada a ejercer mi profesión de trabajadora social. Lo cual en sí me incomodaba bastante, yo ya no me sentía trabajadora social, aparte no estaba en contacto con los vericuetos de la política social, que nunca habían sido mi fuerte, y de preguntarme por recursos habitacionales, económicos, etc., me hubiese quedado bastante desconcertada”

Como refleja la nota, mi identidad como ex-trabajadora social funcionaba de modo ambivalente: me permitía acceder a los espacios con la confianza y buena predisposición de los demás profesionales, pero anulaba mi identidad como investigadora.

Las veces siguientes intenté mantener una actitud un poco más distante, aunque no renuncié a la participación de forma total ni me aboqué a un registro desmedido.

Segundo escenario: El grupo terapéutico. La participación como un mal necesario

La siguiente nota de campo corresponde a la participación en un grupo terapéutico para pacientes bajo tratamiento ambulatorio, en el que realicé observaciones durante nueve meses:

“La situación con B. (el coordinador) está rara. Varios cuestionamientos: en relación con mi vínculo con los pacientes: mi paciente amiga, los subgrupos, los temas que planteo en los subgrupos, que podría plantearlos en el grupo. Las cosas están tirantes, es un buen momento para ir cerrando este espacio porque aparte de las cuestiones entre ambos, en términos de trabajo de campo, es más que suficiente. A él le preocupa por un lado mi registro, mi mirada, lo que yo sé y no digo, a la vez le preocupa que yo no haya hecho ninguna devolución, por eso me la pidió ahora. También le preocupa mi actitud callada, que no intervenga en el espacio grupal ya que tengo un vínculo tan cercano con los pacientes. Por mi parte no intervengo porque no es mi función ocupar un lugar de coordinadora, ni terapeuta, aparte tampoco lo veo necesario, con la inclusión del psicólogo son tres los coordinadores, más que suficiente. No tengo la intención que los pacientes me identifiquen con esa tarea, creo que, en definitiva, ellos tienen mucho más claro que B. cuál es mi función. El viernes en la guardia me dijo incesantemente que a él le interesa lo que yo hago, el mismo tema, y también me dijo que una terapeuta de grupo tiene que aprender a hablar e intervenir mientras registra. Lo cierto que más allá de que confunda las cosas y de que yo no esté allí para ser terapeuta, es también verdad que una vez que ocupás un rol de registro es difícil cambiar de función. Creo que varias cosas se fueron enturbian-do, en parte como consecuencia de mi actitud poco integrada, meterme poco y mantener una distancia: yo estoy pero hagamos cuenta de que no.”

El fragmento anterior muestra cómo mi actitud en el grupo fue la de diferenciarme de dos lugares: el de coordinador y el de terapeuta, lo que implicó buscar una posición cercana al rol de observador pasivo, que casi no habla. Sin embargo, esa actitud silenciosa durante las reuniones, atenta a registrar cada uno de los comentarios, fue criticada por uno de los coordinadores, quien apelaba a mi identidad como trabajadora social tratando de que resolviera cuestiones de los pacientes o que cumpliera el rol de coordinadora grupal.

Por mi parte, me interesaba por mantener un acercamiento individual con cada paciente luego de la reunión mientras se les preparaba la receta de medicación. Esta actitud, que dio sus frutos generando vínculos estrechos con algunos de los pacientes, fue también criticada por el coordinador, a quien no le parecía correcto que yo trabara ciertas conversaciones por fuera del dispositivo grupal. Pretendía que ese “material” fuera “llevado al grupo”.

Si bien las tensiones generadas no tuvieron grandes consecuencias en el desarrollo del trabajo de campo, me pregunto si no hubiese sido más enriquecedor para los pacientes realizar algún tipo de aporte concreto en las reuniones, comentarios, señalamientos que ayudaran de alguna forma al desinvolvemento del grupo, a la vez que me hubiesen permitido abrir algunos debates interesantes para la investigación.

Considero que mis intentos de sustracción fueron reflejo de una mirada positivista que se sustenta en la posibilidad de invisibilizar al investigador y evitar una presencia que “contamina” la escena de la investigación. Ocurre que en este movimiento que silencia al investigador se pierde buena parte de la información etnográfica, en tanto la etnografía se caracteriza justamente por documentar el proceso de encuentros y desencuentros del investigador en el campo.

## 5. Reflexiones finales: la experiencia del trabajador del campo como dato

En este artículo analicé las dimensiones que intervienen en la construcción de una etnografía desde una perspectiva reflexiva, describiendo algunos rasgos del proceso de asunción de una identidad como investigadora y las particularidades que asumí teniendo en cuenta mi antiguo rol como miembro de la institución, destacando su centralidad en la producción de los datos.

A la vez analicé mi recorrido biográfico en virtud de su incidencia en la construcción del problema, efectué un paralelismo entre el proceso de autorizaciones para realizar el trabajo de campo y los trámites que se producen en la institución acerca de los pacientes, y abordé la tensión que se produce en la observación participante mediante la descripción de dos escenarios donde adopté posiciones opuestas, dando cuenta de la disyuntiva que se produce en el intento de encontrar un lugar en el campo.

Mi experiencia como etnógrafa es susceptible de ser interpretada como una dinámica de confusiones y malos entendidos. En particular acerca del significado de mi lugar en cada uno de los escenarios, tanto para los informantes –pacientes y profesionales– como para mí misma. Esta dinámica es válida para pensar –además de la construcción de mi identidad como etnógrafa– el proceso de construcción del sentido de las internaciones, objeto principal en mi estudio. La heterogeneidad de significados alrededor de la experiencia de internación se caracteriza también por una dinámica de confusiones y malos entendidos, respecto de su utilidad, su pertinencia como estrategia terapéutica, sus causas y, por sobre todo, el lugar variable que adquiere en las narrativas de los pacientes.

Para concluir, cabe señalar que “las relaciones entre el trabajador de campo y la gente no difieren en gran medida de los patrones de interacción social y revelan las bases y los términos en que la gente



forma sus vínculos” (Emerson, Fretz, Shaw, 1995: 3). En este sentido, considero la descripción y análisis de mi identidad como etnógrafa parte fundamental de los “datos” que produje a partir del trabajo de campo.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. (2004) *El oficio del sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- EMERSON, M.; FRETZ, R.; SHAW, L. (1995) *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FREDERIC, S. (1998) “Rehaciendo el campo. El lugar del etnógrafo entre el naturalismo y la reflexividad”. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, Año VI, n.º. VII. Colegio de Graduados en Antropología.
- GEERTZ, C. (1994) “Desde el punto de vista del nativo”: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico”. En *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GOFFMAN, E. (1959) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (1984) *Internados. Ensayo sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GUBER, R. (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- MALINOWSKI, B. (1975) “Introducción: objeto, método y finalidad de esta investigación”. En *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona, Península.