

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

JOSÉ CAMILO BOTERO SUAZA

**PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL JUVENIL:
EXPERIENCIAS DESDE PORTO ALEGRE, BRASIL Y MEDELLÍN,
COLOMBIA**

PORTO ALEGRE

2017

JOSÉ CAMILO BOTERO SUAZA

**PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL JUVENIL:
EXPERIENCIAS DESDE PORTO ALEGRE, BRASIL Y MEDELLÍN,
COLOMBIA**

Disertación presentada como requisito parcial a la obtención del título de Magíster en Salud Colectiva (Maestría académica), junto al Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristianne Maria Famer Rocha

PORTO ALEGRE

2017

JOSÉ CAMILO BOTERO SUAZA

**PRÁTICAS DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL JUVENIL: EXPERIÊNCIAS
DESDE PORTO ALEGRE, BRASIL E MEDELLÍN, COLÔMBIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristianne Maria Famer Rocha

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Botero, Jose Camilo

Práticas de cuidado de la salud mental juvenil:
experiencias desde Porto Alegre, Brasil y Medellín,
Colombia / Jose Camilo Botero. -- 2017.

150 f.

Orientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Saúde Mental. 2. Juventude. 3. Narrativas. 4.
Medellín. 5. Porto Alegre. I. Rocha, Cristianne Maria
Famer, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JOSÉ CAMILO BOTERO SUAZA

**PRÁTICAS DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL JUVENIL: EXPERIÊNCIAS
DESDE PORTO ALEGRE, BRASIL E MEDELLÍN, COLÔMBIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristianne Maria Famer Rocha

Aprovada em 18 /05 /2017

Prof^a Dr^a Simone Mainieri Paulon - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pasini - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof^a Dr^a Dora María Hernández - Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Dedicatoria

...a las personas y escenarios que han hecho parte de mis redes de cuidado. Obrigado.

Agradecimientos

Agradezco a mi familia y amigos que desde Colombia apoyaron este proceso formativo de maestría realizado en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul en Porto Alegre, Brasil. Sin ellos no habría sido posible asumir este reto y crecer gracias a él.

A mi orientadora de disertación, la profesora Cristianne Famer Rocha, por su apoyo sincero, su dedicación, su compromiso, su respeto y sus reflexiones siempre actuales y desacomodadoras.

A las integrantes de la banca examinadora, las profesoras Simone, Vera y Dora, que desde la presentación del proyecto de cualificación han nutrido con su experiencia este estudio.

Al *Grupo Ampliado de Orientação*, conformado por en su mayoría por mujeres, que ayudaron significativamente en este proceso de exploración y aprendizaje en la maestría. Gracias por su amistad.

A Cindy Botero por ser mi compañera y mi refugio en tierras extranjeras. A Pauliny Junior Moi-meme por su amistad sincera y su ejemplo de resistencia y perseverancia. A Eneida Puerta por las reflexiones y conversaciones que ayudaron en varios momentos a configurar este trabajo de disertación.

En general, agradezco a las juventudes latinoamericanas que en medio de la adversidad, la exclusión social y las violencias, generan estrategias de resistencia, de cuidado y de salud mental, produciendo movilizaciones en nuestros territorios. El reto por la equidad, la inclusión social y la solidaridad continúa y cada vez es más urgente; en ese escenario, los jóvenes somos actores centrales.

Igualmente, agradezco al programa de becas de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Grupo Coimbra de Universidades Brasileñas (GCUB), y a la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES), por viabilizar y apoyar mis estudios de maestría en Brasil.

Nota preliminar

Esta disertación fue escrita de acuerdo con la *Resolução nº 115/2014* del *Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, estando enmarcada en la forma descrita en el ítem “b” del artículo 3º: “Tese, Dissertação ou Trabalho de Conclusão de Curso que contenham artigo(s) pronto(s) para submissão à publicação”.

Resumen

La presente disertación reflexionó sobre las violencias y la exclusión social que viven los jóvenes en América Latina y las maneras como responden a ellas, a partir de los dispositivos de cuidado de la salud mental. El objetivo fue comprender como se configuran las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil en los escenarios de las ciudades de Medellín (Colombia) y Porto Alegre (Brasil). El estudio tuvo un enfoque hermenéutico, la narrativa de si fue la perspectiva metodológica utilizada y el proceso de análisis comprendió los momentos de prefiguración, configuración y refiguración propuestos por Paul Ricoeur. Los resultados mostraron que las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil se configuran como procesos en red, en la dimensión estructural y en la dimensión micropolítica. La disponibilidad, la cotidianidad y la continuidad son atributos de esa red de relaciones. Se discutió el concepto de salud mental como tensión de fuerzas individuales y colectivas, así como la potencia de la resistencia y de las nociones de cuidado de si y de los otros. El estudio logró problematizar el concepto de salud mental, promoviendo una visión interdisciplinar y colectiva. Así mismo, se sugieren elementos claves a tener en cuenta en la formulación e implementación de políticas públicas, programas y proyectos en el campo de la salud mental y la juventud.

Palabras clave: Salud Mental, Juventud, Narrativa de si, Medellín, Porto Alegre.

Resumo

A dissertação refletiu sobre as violências e a exclusão social que vivem os jovens na América Latina e as maneiras como respondem a elas, a partir de dispositivos de cuidado da saúde mental. O objetivo foi compreender como se configuram as práticas de cuidado da saúde mental juvenil nos cenários das cidades de Medellín (Colombia) e Porto Alegre (Brasil). O estudo teve um enfoque hermenêutico, a narrativa de si foi a perspectiva metodológica utilizada e o processo de análise compreendeu os momentos de prefiguração, configuração e refiguração propostos por Paul Ricoeur. Os resultados apresentaram que as práticas de cuidado da saúde mental juvenil se

configuram como processos em rede, na dimensão estrutural e na dimensão micropolítica. A disponibilidade, a cotidianidade e a continuidade são atributos dessa rede de relações. Se discutiu o conceito de saúde mental como tensão de forças individuais e coletivas, assim como a potência da resistência e das noções de cuidado de si e dos outros. O estudo logrou problematizar o conceito de saúde mental, promovendo uma visão sistêmica, interdisciplinar e coletiva. Igualmente, se sugerem elementos chave para levar em consideração na formulação e implementação de políticas públicas, programas e projetos no campo da saúde mental e da juventude.

Palavras chave: Saúde Mental, Juventude, Narrativa de si, Medellín, Porto Alegre.

Abstract.

This dissertation reflected on the violences and social exclusion of young people in Latin America, and the ways they respond to them, using mental health care devices. The objective was to understand how youth mental health care practices are configured in Medellín (Colombia) and Porto Alegre (Brazil). The study had a hermeneutical approach, the narrative of the self was used as methodological perspective, and the process of analysis comprised the prefiguration, configuration and refiguration moments proposed by Paul Ricoeur. The results showed that the practices of youth mental health care are configured as network processes, in structural and micropolitical dimensions. Availability, continuity and daily happenings are attributes of this network. Mental health concept was discussed as a tension of individual and collective forces, as well as the power of resistance and the notions of care of the self and care of the others. The study managed to problematize the mental health concept, promoting a systemic, interdisciplinary and collective vision. Likewise, key elements are suggested to take into account in the formulation and implementation of public policies, programs and projects in the field of mental health and youth.

Key words: Mental Health, Youth, Narrative of the Self, Medellín, Porto Alegre.

Lista de abreviaturas y siglas

ABHO- Associação Brasileira de História Oral

APS - Atención Primaria en Salud

AMM- Asociación Médica Mundial

AMS- Asamblea Mundial de la Salud

DANE- Departamento Administrativo Nacional de Estadística

CAPS - Centros de Atención Psicosocial

EPS - Empresas Prestadoras de Salud

ESF- Estrategia de Salud de la Familia

FARC- Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MCV- Medellín Como Vamos

NASF- Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia

OBSERVAPOA - Observatório de Porto Alegre

OBSERVASINOS - Observatório da Realidade e das Políticas Públicas do Vale do Rio dos Sinos

OMS- Organización Mundial de la Salud

PEC- Proposta de Emenda Constitucional

PNSM- Política Nacional de Salud Mental

PNSP- Plan Nacional de Salud Pública

PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PIB- Producto Interno Bruto

RAPS- Red de Atención Psicosocial

SGSSS- Sistema General de Seguridad Social en Salud

SUS- Sistema Único de Salud

UNFPA- Fondo de Población de las Naciones Unidas

Lista de cuadros y figuras

| | |
|---|----|
| Cuadro 1. Indicadores Sociales para Brasil..... | 42 |
| Cuadro 2. Indicadores Sociales para Colombia..... | 46 |
| Figura 1. Configuração das práticas de cuidado da saúde mental juvenil..... | 90 |

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Prólogo | 16 |
| 1. La inquietud y las intenciones del narrador | 23 |
| 2. La Stoa: umbrales y transiciones | 25 |
| 3. Situar los conceptos de la narración | 34 |
| 3.1. Prácticas de cuidado | 34 |
| 3.2. Enfoque sobre salud mental..... | 36 |
| 3.3. Jóvenes y juventudes..... | 37 |
| 4. Sobre los escenarios de la narración | 41 |
| 4.1. Brasil: alegría e inequidad..... | 41 |
| 4.1.1. Porto Alegre: El dilema de la inclusión social | 44 |
| 4.2. Colombia: resistencia e injusticia | 45 |
| 4.2.1. Medellín: Una ciudad de contrastes..... | 47 |
| 5. La trama de la historia | 51 |
| 5.1. Sobre las realidades juveniles..... | 51 |
| 5.2. El cuidado en población joven: un asunto de salud mental en positivo | 54 |
| 5.3. ¿Qué hacen los servicios existentes en estos países para cuidar de la salud mental?..... | 56 |
| 5.3.1. Brasil: el cuidado de la salud mental como estrategia en red..... | 56 |
| 5.3.2. Colombia: el desafío de cuidar de la salud mental | 58 |
| 6. Camino y herramientas para contar la historia | 62 |
| 6.1. Narrativas: relatar la propia experiencia..... | 62 |
| 6.2. ¿Cómo se narró esta historia? | 64 |
| 6.3. Ruta de comprensión: lectura y escritura de la propia experiencia | 67 |
| 7. Consideraciones éticas | 70 |
| 8. La puesta en escena (Artículo de resultados) | 73 |

| | |
|--|-----|
| 9. Los confines de la narración. | 103 |
| 9.1. Conclusiones..... | 103 |
| 9.2. Límites..... | 106 |
| 9.3. Horizontes | 107 |
| Referencias | 110 |
| Apéndices | 123 |
| Apéndice 1. Elementos clave en la producción de los biogramas | 123 |
| Apéndice 2. Biogramas de los acontecimientos narrados..... | 125 |
| Anexo 1. Diretrizes para Autores da Revista Psicologia Política | 142 |

Prólogo

El espectacular desarrollo de la tecnología y la ciencia no han logrado transformar las realidades de grandes colectivos humanos que aún viven la inequidad y la precarización de condiciones para la vida en la contemporaneidad. Las lógicas de dominación y esclavitud solamente han cambiado de contenido y apariencia, pero la forma y los efectos continúan siendo problemáticos en el mundo del capitalismo globalizado.

También, en el campo de la salud asistimos a una gran especialización e inversión en tecnología para prolongar algunos años de vida de las personas que pueden pagar por esos procedimientos, así sucede con frecuencia en muchos lugares del mundo. Desde mi punto de vista son las prácticas de cuidado, como atributo humano, las que generan una perspectiva diferenciada de comprensión del mundo y de atención a la salud de los pueblos desde la vía de la integralidad y la horizontalidad en las relaciones.

Para situarlos y situarme como narrador de esta historia, cabe decir que soy colombiano, hijo de Luz Mary y Rubén, y estuve realizando estudios de Maestría en Salud Colectiva en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre- Brasil. En el marco de esta maestría se produjo el presente estudio. Viví con gran entusiasmo y compromiso esa condición en el mundo; ser un estudiante extranjero generó en el fuero interior muchas posibilidades, que trascendieron por mucho, el sólo hecho de la vida académica y se colocó necesariamente del lado de las experiencias y la subjetividad. Asuntos como poder comparar costumbres, maneras de ver el mundo, contextos, entidades, sistemas, instituciones y un sin número de aspectos, en un país y en otro, permitió gran cantidad de reflexiones conectadas a la vida personal y profesional. Igualmente, fue una experiencia que me convirtió, de una manera u otra, en un embajador de la vida social, académica y cultural de mi país de origen. Este reto significó posicionarme como joven, colombiano, trabajador psicosocial, actor político y estudioso de los fenómenos relacionados con la salud mental y la situación de las juventudes en el mundo; además comprendí que este compromiso emergió desde las mismas relaciones que quería

comprender en esta investigación, es decir, desde la vida social y las dinámicas individuales que hacen que los jóvenes de Medellín (la cual considero mi ciudad de referencia¹) vivamos, vibremos, disfrutemos y consigamos generar dinámicas de reivindicación ante la inequidad y la desesperanza.

Me posicioné como un sujeto implicado y militante de la salud mental y de las juventudes; sin embargo, intenté huir de las trampas fascistas que esto pudo suponer. Como lo expresaba Foucault (1977), en el prefacio del libro *Anti-Edipo: capitalismo y esquizofrenia* de Gilles Deleuze y Félix Guattari, es complejo no tornarse fascista al tiempo que se está en una posición de militancia. En este sentido, la multiplicidad, los conceptos en tensión, la diversidad y la proliferación de nuevos sentidos, fueron una condición fundamental en este estudio. Ninguna de las perspectivas, conceptos o posiciones presentadas aquí fueron definitivas, dogmáticas o inmóviles, al contrario, todas ellas se colocaron y se colocan en el campo del devenir y la transitoriedad.

Al mismo tiempo, esa implicación no fue inocente, al contrario, se construyó como producto de un Análisis de Implicación que aparece implícito en el transcurso del texto y que también se perfila a nivel metodológico como concepto/herramienta en el desarrollo de la investigación (LOURAU; 1993; LAPASSADE; 1977). A fin y al cabo, y como se clarifica en el apartado metodológico, el presente estudio reflexionó de manera importante sobre las instituciones y las maneras en que producen prácticas de cuidado de la salud mental juvenil, a partir de mi propia experiencia de trabajo en el tema; lo cual sugiere vínculos interesantes con la perspectiva del Análisis Institucional francés, en el sentido de develar mis motivaciones, investiduras y deseos presentes en los procesos de trabajo.

Las juventudes de Medellín (y seguramente es una experiencia compartida por muchos otros jóvenes del mundo) nos hemos destacados por nuestra proactividad y sed de cambio, porque de manera decidida hemos querido dejar atrás la violencia como método, para pasar a producir espacios de resistencia, debate crítico y empatía como alternativas para solucionar los

¹ Nací en el municipio de La Unión, a 54 km de Medellín, Colombia. Las principales experiencias académicas y profesionales de mi vida han tenido lugar en Medellín

problemas de la vida cotidiana propia, pero también de grandes masas sociales tradicionalmente excluidas y con un goce disminuido de sus derechos.

A mi manera de ver, los cambios positivos que han tenido lugar en Medellín en la última década se deben en gran medida a la acción decidida y constante de las juventudes de base, a los y las jóvenes insertados en las comunidades, promoviendo ideas y acciones transformadoras. De este tipo de acciones colectivas, me he sentido parte y he trabajado para contribuir con el florecimiento de alternativas de existencia y de situarse en el mundo desde las nuevas configuraciones de juventud.

Soy psicólogo y trabajé durante un par de años en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (sede Medellín, Colombia) mis intereses académicos y prácticos se han concentrado en los últimos años en la promoción de la salud y la educación para el cambio de comportamiento. El propósito que me ha movilizado subjetivamente consiste en conocer, comprender, comparar contextos y generar multiplicidad de sentidos en relación a las características y lógicas que influyen en los fenómenos que experimentamos los jóvenes, con el propósito de pensar estrategias de intervención desde una visión amplia de salud.

La elección de las prácticas de cuidado y la salud mental como referentes teóricos de este estudio, estaba estrechamente ligada con una convicción personal y una propuesta política vinculada a la construcción de discursos sobre las juventudes y desde las juventudes en relación a la salud y la vida. Como joven que soy, veo potencialidades emergentes en este grupo poblacional y observo múltiples actitudes desde la diversidad y multiplicidad que pueden ser captadas para la construcción colectiva de estrategias en salud. Además, en la base de esta apuesta también hay una reivindicación por la salud mental como un aspecto que puede ser promovido de manera integral en los abordajes de la salud, superando la visión centrada en la enfermedad y el predominio de intervenciones biologicistas.

La salud mental, como constructo teórico-práctico, no debe seguir remitiendo a la idea estereotipada de hospital psiquiátrico o manicomio, con personas que padecen trastornos mentales o problemas psicológicos

importantes. La salud mental, como su nombre lo indica, debe ser el proceso individual y colectivo para desplegar las funciones psicológicas, sociales, políticas y culturales de manera fluida, espontánea y productiva y en coherencia con una visión de la salud integral. Así, las estrategias para promoverla no sólo son importantes para las personas con sufrimiento psíquico sino para las poblaciones en general, asegurando así una plataforma amplia de producción de salud y vida y no solo una contención de síntomas que resultan disonantes para los patrones de normalidad instaurados en nuestra época.

También, es importante introducir la perspectiva metodológica que orientó este estudio y delimitar algunos alcances que tuvo. Cabe decir por ahora, que seguí la propuesta del arco hermenéutico propuesto por Paul Ricoer (2004), con el fin de construir una *narrativa de sí* sobre el cuidado de la salud mental juvenil en las ciudades de Medellín y Porto Alegre. De manera que, implicó una perspectiva diferente a la del método científico tradicional utilizado en occidente. Aquí lo importante fue posicionarme en una perspectiva subjetiva, singular y particular, pero al mismo tiempo colectiva y situada, para comprender como se configuraban las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil en Medellín y Porto Alegre.

De manera que, fue necesario partir de las diferencias y similitudes que existen en los escenarios económicos, sociales, culturales y políticos de ambas ciudades. Así, se generó el reto de comprender los sistemas en sus singularidades y posibilidades de construcción. Lo importante no era establecer cual contexto era mejor, cual era peor o construir un sin número de juicios de valor que seguramente disminuirían la capacidad comprensiva del estudio. Mi interés radicaba en comprender las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil en dos contextos diferentes, no para colocar un rasero de medida estándar para evaluar, por el contrario, el estudio fue interesante porque logró aproximarse a la experiencia, a la subjetividad y a la alteridad. Necesariamente, lo anterior colocó mi estudio más del lado de los relatos y las narraciones y no tanto del lado de los indicadores y las cantidades.

El presente texto contiene nueve capítulos, que pretenden conducir al lector por diferentes momentos de contextualización, de posicionamiento

teórico y metodológico, así como, de presentación de resultados y de las comprensiones alcanzadas.

El primer capítulo, titulado “La inquietud y las intenciones del narrador”, presenta brevemente la pregunta que orientó el estudio y los objetivos de investigación.

El segundo capítulo, “la Stoa: umbrales y transiciones” describe algunas consideraciones sobre el proceso narrativo y relata algunas transiciones que tuvieron lugar en mi perspectiva conceptual, ética y política durante el proceso de formación en la maestría. Stoa significa pórtico o umbral y en este texto será una metáfora que simboliza transición, como en la canción *Break on through (To the other side)* de *The Doors*. Este capítulo permite ver el camino que recorrí, las reflexiones y los cambios que tuvieron lugar, algunos elementos sobre la memoria del proceso de escritura y las movilizaciones subjetivas del narrador.

Por su parte el tercer capítulo llamado “Situación de los conceptos de la narración” pretendió mostrar un panorama amplio sobre los conceptos principales, a saber: las prácticas de cuidado, la salud mental y las nociones de joven y juventud. El cuarto capítulo, “Sobre los escenarios de la narración”, presenta algunos aspectos generales en relación a Brasil y Colombia, comentando brevemente la estructura de sus sistemas de salud para proveer Atención Primaria (APS), como elemento importante para la salud mental. Igualmente se describieron las ciudades de Porto Alegre y Medellín, escenarios donde se desarrollaron los relatos de ésta investigación.

“La trama de la historia” es el capítulo quinto, como su nombre lo indica, éste apartado expone el nudo de la historia, allí los personajes (los jóvenes) se vieron expuestos a un sin número de alternativas y condiciones vitales que, de una u otra manera, afectaron y afectan sus vidas. Se abordaron las tensiones propias del tránsito por la juventud, entre la exposición al riesgo y la respuesta resistente y resiliente; también se mostró como un enfoque positivo en el abordaje de la salud mental es prioritario e indispensable; y finalmente, se presentó un panorama general sobre las acciones de los estados, brasilero y colombiano, para atender la Salud Mental de sus poblaciones.

El sexto capítulo, “Camino y herramientas para contar la historia”, contiene la perspectiva metodológica, procedimientos y herramientas que utilizó este estudio. Por su parte, el capítulo séptimo, “Consideraciones éticas”, expone algunas reflexiones y normativas referentes al abordaje que la presente investigación da a la relación subjetiva entre el narrador y los acontecimientos que relata, acontecimientos conformados de personas y situaciones particulares.

“La puesta en escena” es el octavo capítulo y presenta los resultados, hallazgos principales y discusión de los mismos. Se presentaron a manera de artículo científico. Este apartado revisa algunos conceptos del estudio y favorece desplazamientos hacia nociones conectadas con la salud mental juvenil como red de relaciones, la resistencia y el cuidado de si y de los otros.

Finalmente, el capítulo 9, “los confines de la narración” presenta algunas conclusiones de la disertación, los límites de la misma y los horizontes que se abren para nuevas comprensiones y prácticas.

Capítulo 1: La inquietud y las intenciones del narrador



1. La inquietud y las intenciones del narrador

Desde mi posición subjetiva he aprendido a preferir las preguntas sobre las respuestas, tengo inclinación hacia las incertidumbres y no tanto a los dóciles cuadrados de la comodidad y la seguridad. Así, en la presente investigación logré conjurar gran cantidad de preguntas, dudas e incertidumbres. Muchas de estas inquietudes fueron de carácter teórico e investigativo, pero también logré formular cuestiones de tipo ético y político, en tanto sujeto implicado en la promoción de la salud mental y las causas que abogan por la equidad e inclusión social de los jóvenes y de cualquier otro grupo poblacional.

La siguiente fue la pregunta principal que orientó esta investigación: ¿Cómo se configuran las prácticas de cuidado de la salud mental de jóvenes en escenarios² de Porto Alegre- Brasil y Medellín- Colombia?

De modo que, el objetivo general planteado fue el siguiente: Comprender como se configuran las prácticas de cuidado de la salud mental de jóvenes en escenarios de Porto Alegre- Brasil y Medellín- Colombia, durante el período de 2014 a 2016.

Las acciones intermedias que posibilitaron la comprensión de este fenómeno fueron:

-Identificar los acontecimientos que en mi experiencia profesional y académica han estado relacionados con la producción de salud mental juvenil, durante el periodo de 2014 a 2016.

-Describir las prácticas de cuidado de la salud mental de jóvenes en el marco de los escenarios de las dos ciudades.

-Relacionar las prácticas de cuidado para la salud mental de jóvenes en las ciudades de Porto Alegre y Medellín.

² La palabra escenario se refiere a espacios físicos o simbólicos, informales o formales, donde se viven las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil

Capítulo 2: La Stoa: umbrales y transiciones



2. La Stoa: umbrales y transiciones

La palabra *stoa* viene del griego *στοά*, que significa pórtico. La escuela filosófica de los estoicos viene de esta palabra, debido a que uno de sus fundadores, Zenon de Citio, impartía sus enseñanzas en un pórtico del Ágora de Atenas en siglo III A.C. (GAARDER, 2004).

Para los estoicos, el pórtico o el umbral, era un símbolo o una metáfora que significaba un lugar para la transición subjetiva. Atravesar la *stoa* era un ritual de iniciación con el cual expresaban la disposición a emprender ciertos movimientos de la subjetividad y a realizar prácticas de transformación de sí y de los otros (GAARDER, 2004).

Utilicé la metáfora de la *stoa* para relatar mis propias movilizaciones subjetivas, teóricas y metodológicas, que tuvieron lugar durante el desarrollo de la Maestría en Salud Colectiva de la UFRGS.

Durante mi proceso de formación como magister en Salud Colectiva he podido identificar seis (6) transiciones subjetivas y colectivas que implican una mirada diferente del mundo, pero más específicamente, sobre mi objeto de estudio y las maneras de producir ciencia.

- **Del discurso epidemiológico hacia las narrativas**

Cuando llegué a estudiar esta maestría quería entender relaciones causales mediante un método epidemiológico, que me permitieran explicar cómo algunos factores relacionados con la crianza y la estructura familiar tenían que ver con el desarrollo de la resiliencia en jóvenes. Rápidamente, empecé a percibir que, tal vez, el método epidemiológico no permitiría el tipo de comprensión que quería alcanzar en mi estudio. Al fin y al cabo, el método epidemiológico basa sus acciones en la perspectiva de riesgo y privilegia una visión sobre el mundo relativamente higienista y determinista (FILHO, 2000). En cambio, exploré el enfoque narrativo para acercarme a una manera de producción de conocimiento que comprende la subjetividad y da relevancia a los escenarios políticos, sociales, culturales e históricos que configuran la

realidad (RICOEUR, 2004). También, encontré en prácticas de cuidado una posibilidad de acercarme a un fenómeno complejo y conectado con la experiencia cotidiana de la salud mental y las vivencias de las juventudes. Las prácticas de cuidado permiten comprender desde una manera situada y relacional como se dan las configuraciones de uno mismo, del otro, de lo ético y de lo estético en la experiencia de cuidar y ser cuidado (TORRALBA, 1998; GILLIGAN, 1985).

- **Sobre el concepto de salud mental**

La segunda transición tiene que ver con la manera como definía el concepto de salud mental. Inicialmente pensaba el concepto desde la perspectiva de las organizaciones multilaterales como la OMS, quien la definen como: "Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 1948 pág. 3).

Muchas de las definiciones de salud mental se basan en variaciones de esta última citada y, de alguna manera, refuerzan una visión que responsabiliza a los individuos por su salud mental y olvida las determinaciones sociales que interfieren en el fenómeno. Más allá de aventurarme a proponer una nueva definición, me parece útil, apuntar algunos elementos que son importantes para acercarnos a un concepto ampliado de salud mental, que sea coherente con la cotidianidad de la prácticas de cuidado de la misma.

En primer lugar, es importante que la salud mental sugiere un proceso en contante tensión de fuerzas intrapsíquicas, sociales, culturales, históricas y políticas. Esta múltiple determinación de la salud mental posibilita la apertura a discursos diferentes al de la psiquiatría o la psicopatología, que tradicionalmente, han sido hegemónicos en la producción del campo de la salud mental (SILVA, 2008). De ese modo, es importante el involucramiento de múltiples disciplinas y saberes como la pedagogía, el arte, la enfermería, las ingenierías, los saberes tradicionales, la filosofía, la educación física, entre

otros. Movimientos como la reforma psiquiátrica llevan a pensar esa posibilidad transectorial y transdisciplinar, entendido como un desdibujamiento de los límites tradicionales de cada disciplina (MORÍN, 1996), lo que influye en la superación de las visiones que producen estigma y exclusión en el campo de la salud mental, debido al paradigma que separa normales de anormales (FOUCAULT, 2001; SILVA, 2008).

El segundo asunto importante es la dimensión de lo colectivo en la salud mental. El colectivo como emergente de la relación individuo-sociedad (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005) posibilita la comprensión de la salud mental desde la superación de los calificativos dicotómicos de individual-subjetiva-contingente por un lado, y social-objetiva-determinada por otro. Entonces, resulta que la salud mental es siempre y simultáneamente una conexión de procesos de determinación recíproca, de generación de heterogeneidades y de vínculos (BREILH, 2003; MERHY, 2002).

Como dije, estos elementos no proponen una definición de salud mental, pero sí nutren y problematizan la discusión sobre una salud mental que comprenda lo transdisciplinar y lo colectivo.

Estos elementos de discusión son fruto de jornadas de estudio y relación con otras personas comprometidas y pensadoras de los fenómenos de la salud mental; de conocer espacios de cuidado de la salud mental diferenciados, como los que se encuentran en Porto Alegre, pero también de las potencias propias de la cotidianidad de las calles de Medellín, en relación a la vivencia del cuidado desde la solidaridad y la preocupación por el otro. Transitar escenarios reales y complejos es a la vez la posibilidad de movilizar discursos y conceptos. En mi experiencia, la mutua relación entre teoría y práctica, se ha hecho efectiva.

- **De la resiliencia a la resistencia**

El cambio del concepto de resiliencia hacia el de resistencia y su relación con la salud mental. La resiliencia “es a la vez la capacidad de la persona para navegar hacia recursos saludables y una condición por medio de la cual la familia del individuo, su comunidad y cultura tienen a disposición tales recursos

de una forma que tenga sentido en la cultura” (UNGAR, 2006; p. 220). Si bien esta definición es interesante porque rescata el papel de la cultura y las posibilidades reales del medio para poder desarrollar resiliencia, también es cierto que el concepto supone cierto grado de adaptación y acomodación a los eventos que suponen estrés o adversidad y no se problematiza lo suficiente las causas estructurales y estresógenas. De otro modo, la resistencia posibilita pensar sobre las causas del problema, tomar una posición y realizar acciones individuales y colectivas para sobreponerse (SCOTT, 2004).

Hace ya algunos años, la resistencia empezaba a asomarse para mí como una explicación plausible sobre la manera en que los jóvenes producían múltiples manifestaciones de salud mental, a pesar de escenarios de fuerte violencia y exclusión social, como ocurre en las grandes ciudades latinoamericanas. Por ejemplo, recuerdo una tarde en el año 2014, cuando en medio de una reunión con la secretaria de juventud de Medellín del momento, nos mostraba un mapa de la ciudad que localizaba las zonas con mayores manifestaciones de violencias y otro con la ubicación de los clubes y colectivos juveniles. Al sobreponer los dos mapas se observaba que las zonas de la ciudad eran casi las mismas, lo que sugiere, que ante la violencia, los jóvenes y los colectivos se unen para resistir y generar discursos diferentes, lo cual muestra una implicación mutua entre resistencia y salud mental.

Arias (2014) plantea la potencia de la noción de resistencia en el campo de la salud mental, porque alude a la creatividad y capacidad transformadora de las personas, así como a la producción de acciones comunes que se configuran en fuerzas difusas y múltiples que originan modos de subjetivación. La resistencia, más que una confrontación con el Estado, es una posibilidad de articulación con el mundo social y colectivo.

En este sentido, he podido identificar tres características que unen a la resistencia con la salud mental juvenil.

-La salud mental y la resistencia se conectan con una cosmovisión del mundo, ligada a unos valores que propician la singularidad y la producción de subjetividades. No se trata entonces de un “estilo de vida saludable” sino

de *modos de vida* que implican un *devenir* propio y colectivo, en armonía con el ambiente.

-La resistencia es a la vez fuente de salud mental y manifestación de ella, ambas tienen el potencial de *tejer formas compartidas y diversas de ver el mundo y actuar en él*. Es por ello que las acciones predilectas de la resistencia están en el campo del arte, de la danza, de la música, de la socialización, del debate y de las acciones colectivas. La resistencia se convierte en un mecanismo de las juventudes para responder ante las adversidades de la vida cotidiana, la exclusión social y la violencia.

-Resistencia y salud mental son asuntos interdependientes que reflejan el grado en que una sociedad logra incorporar como fines, el alcance de la *justicia social* y el *cierre de las brechas de inequidad*.

- **Del desarrollo positivo a la tensión y la potencia.**

Esta transición surgió de pensar lo mucho que los trabajadores psicosociales o de la salud nos convertimos, en ocasiones, en consejeros o en defensores de cierta moral; cuando nuestro papel tal vez tiene que ver más con la posibilidad de construir autonomía en medio de la alteridad.

El desarrollo positivo refiere a los puntos fuertes o desenlaces adecuados y esperables del tránsito por la juventud. No significa simplemente un examen de todo lo que parece ser beneficioso para los jóvenes. Más bien, es un enfoque con fuertes supuestos definitorios de lo que es importante tener en cuenta si vamos a capturar con precisión el potencial de las juventudes para aprender y prosperar en los diversos entornos en los que viven (DAMON, 2004).

En un primer momento esta definición es alentadora, porque ayuda a superar la visión de riesgo en salud y la peligrosista a nivel social sobre los jóvenes, que aún hoy en día son las creencias que pautan una parte importante de las agendas sociales y políticas sobre juventud. Sin embargo, el concepto de desarrollo positivo también produce una linealidad y una teleología del cuidado en salud mental, es decir, un deber ser, una configuración determinada

de un sujeto esperable y correcto y unos pasos a cumplir para llegar a ello. En su lugar, las nociones de potencia y tensión cobran mayor sentido en este estudio.

La potencia emerge en escenarios de multiplicidad, de diversidad y de ampliación de sentidos, así mismo, posibilita en cada sujeto devenir justo lo que es (NIETZSCHE, 1998). Entonces, no se trata de una línea determinada a seguir sino de corrientes difusas de poder que fluyen y generan subjetividades (FOUCAULT, 1996). Así, se abre la posibilidad de entender la salud mental juvenil no como un deber ser sino como una tensión de fuerzas, no solamente intrapsíquicas, sino también colectivas, políticas, históricas y culturales.

- **Del prestador de servicios al trabajador psicosocial o de la salud.**

La quinta transición es dejar de nombrar prestador de servicios al trabajador psicosocial o de la salud. Parece un asunto meramente de forma, pero en realidad éste cambio tiene una carga semántica y simbólica importante. Es una transición pragmática y que tiene efectos en la realidad.

En Colombia, existe un tipo de contrato laboral que se llama prestación de servicios laborales y, en la realidad, funciona como una especie de *Free Lancer* que vende sus fuerza de trabajo por actividades y productos específicos y con una extrema inseguridad laboral. Igualmente, es común llamar a los trabajadores psicosociales o de la salud como prestadores de servicios, lo cual replica la lógica mercantilista y de tercerización de estos dos sectores (salud y social) en el país. No se puede llamar prestador de servicios a alguien que está implicado de manera subjetiva en las prácticas cuidado, así como en la producción de continuidad, cotidianidad y disponibilidad de las mismas.

Según lo anterior, es importante reivindicar el término de trabajador psicosocial o de la salud, no sólo porque dignifica y nombra mejor su quehacer, sino también porque favorece una dimensión política, que comprende oportunidades laborales más justas, como la continuidad en los puestos de trabajo, salarios dignos, posibilidad de sindicalización, de memoria institucional y de llevar procesos de cuidado sostenidos en el tiempo

Si bien en el Brasil se han configurado movimientos sólidos para defender derechos laborales, también existe una amenaza sobre ellos, principalmente a raíz de la recién aprobada *Lei 13.429* del 31 de marzo de 2017, que establece un marco regulatorio para el trabajo tercerizado y temporal en el país. Esto puede significar condiciones laborales semejantes a las que se viven en Colombia y, en consecuencia, esto afectará las dinámicas de trabajo de los trabajadores psicosociales y de la salud en este país.

- **La ola conservadora**

La última transición es principalmente histórica y política. En el año 2016 sucedieron dos hechos que movilizaron los dos escenarios que son objeto de éste estudio y en los cuales además estoy implicado desde los afectos y la subjetividad. Por un lado, en Colombia se firmaba el acuerdo de paz entre el gobierno y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), la guerrilla más vieja del continente, acuerdo que *no fue ratificado por la población* mediante el instrumento del plebiscito. Finalmente, el acuerdo fue aprobado pero por vía legislativa y jurídica. Por otro lado, en Brasil sucedió el *impeachment* de la presidenta Dilma Rousseff, lo cual profundizó la crisis política y económica en el país, a la vez que se inició una mudanza hacia un modelo de gobierno más restrictivo de los derechos y libertades de los ciudadanos.

Estas dos transiciones tienen implicaciones claras sobre la salud mental de los jóvenes. En Colombia, se intenta dar por finalizado un conflicto armado de más de 50 años y se empieza a configurar el reto de reconciliar a una sociedad dividida y que necesita de prácticas de cuidado situadas para la salud mental de la población. Mientras que, en Brasil, se ponen en riesgo los principios fundamentales del SUS y de toda la política social y de derechos. Solo por citar un ejemplo, se aprueba en el congreso brasileiro la Propuesta de Enmienda Constitucional (PEC) 55 de 2016, que congela por 20 años la inversión pública, en sectores como salud, educación, saneamiento básico, entre otros.

Existe una tendencia, que parece mundial, hacia discursos cada vez más conservadores, radicales y restrictivos de las libertades y de los derechos de las persona. Se percibe en los últimos años, una ola fascista que excluye los discursos de las minorías y manipula las creencias de grandes masas sociales a través de los medios de comunicación y las redes sociales.

Capítulo 3: Situar los conceptos de la narración



3. Situar los conceptos de la narración

El mundo era tan reciente, que muchas cosas carecían de nombre,
y para mencionarlas había que señalarlas con el dedo.
(GARCIA MARQUEZ, 2007)

3.1. Prácticas de cuidado

El cuidado es una actividad humana que ha estado ligada al desarrollo de la civilización, y por tanto, se constituye en un asunto de supervivencia que ha devenido fundamental para la especie (HERNÁNDEZ, 2005). El cuidado como práctica de atención y asistencia hacia el otro es una acción que configura de manera distintiva las relaciones humanas (DE LA CUESTA, 2004).

Cuidar aparece como una expresión ante la vulnerabilidad que es propia del ser humano (TORRALBA, 1998). Así se presentaría una vulnerabilidad que es potencial, que constituye una gama de cuidados preventivos o para mantener la salud y otro tipo de vulnerabilidad real, que es el caso de la enfermedad, la cual implica cuidados curativos o de manejo en el caso de enfermedades crónicas. La enfermedad es la que presenta de manera vívida la vulnerabilidad ontológica del ser humano.

En este escenario, el cuidador es una persona que presenta sensibilidad por el vínculo interpersonal y presta especial atención hacia el otro, en tanto el cuidado se entiende en este texto como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda.

Para asistir a una persona, los cuidadores “deben utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. Es una acción humanitaria y no mecánica” (LEÓN, 2007; p. 4); es por ello que cuidar refiere un proceso interpersonal que busca en definitiva promover la vida y hacerla más vivible, ésta posición deja ver una dimensión ética y estética en el cuidado que supera las prácticas meramente instrumentales o asistencialistas. Cuidar es buscar un bien para el otro, y esto se logra mediante acciones cotidianas e

intencionadas mantenidas en el tiempo, a estas acciones se les denomina prácticas de cuidado (TORRALBA, 1998; GILLIGAN, 1985).

En la actualidad, las prácticas de cuidado suelen ser tipificadas en la literatura de dos maneras (KIELMANN et al, 2010; WILKINSON; WHITEHEAD, 2009; DE LA CUESTA, 2007; PALACIOS; JIMÉNEZ, 2008). Una es la que ha acompañado a la humanidad durante todo su desarrollo y que es, tal vez, la práctica responsable del florecimiento y mantenimiento de las civilizaciones, ésta se refiere al cuidado familiar o también llamado cuidado informal (desde una visión más ecológica que involucra la comunidad). El otro tipo de relación de cuidado es profesional, en ésta interviene el equipo de salud y de manera especial se destaca la asociación que ha existido por más de un siglo entre cuidado y Enfermería (DE LA CUESTA, 2004, 2009).

Tanto el cuidado formal de los equipos de salud como el cuidado informal que es ofrecido por actores dentro de escenarios como la familia, la escuela, el barrio, son experiencias de cuidado que más que excluyentes, deben ser complementarias.

Además de la tipificación de los cuidados según quien provee el cuidado, existe otra manera que tiene que ver con la situación de la persona que recibe los cuidados, es decir, en qué lugar se ubica dentro del continuo de la vulnerabilidad ontológica del ser humano. En este sentido existen prácticas de cuidado preventivo o para mantener la salud y cuidados curativos o de rehabilitación, esta visión es coherente con los niveles de atención a la salud: primarios, secundarios y terciarios (TORRALBA, 1998; WILKINSON; WHITEHEAD, 2009; KIELMANN et al, 2010), que son comunes en la literatura científica.

En muchos sentidos, las prácticas de cuidado que se producen desde equipos de salud tienen lecciones que aprender de las prácticas de cuidado informal. Aprender a cuidar no es fácil, porque implica conocer a la persona que recibe el cuidado, acompañarse a ella y crear un vínculo de cooperación (DE LA CUESTA, 2004; BUILES; BEDOYA, 2013). Ninguno de estos tres aprendizajes está dado de antemano, todo lo contrario, se construyen día a día en la relación de cuidado. La empatía y la capacidad de comprender estados

mentales y afectivos en las demás personas, son condiciones sin las cuales no es posible establecer una relación de cuidado y protección, asuntos que en las prácticas de cuidado informal se da con naturalidad e idoneidad (DE LA CUESTA, 2004).

El cuidado visto desde ésta perspectiva, no se reduce a simples procedimientos prescritos por un profesional de la salud, sino aparece como un vínculo que “conecta al que cuida con el que es cuidado y se destaca la importancia de la presencia constante y no de la competencia técnica” (DE LA CUESTA, 2004, p. 4). Así, se trata de un asunto que toca directamente la subjetividad de las personas y deviene posible en el encuentro.

3.2. Enfoque sobre salud mental

En relación a la Salud Mental, existen diferentes enfoques para entenderla, algunos de estos conectados con la Atención Primaria en Salud (APS), la Promoción de la Salud (PS), los Determinantes Sociales de Salud, entre otros (STOLKINER; ARDILA, 2012).

A lo largo del siglo XX, la Salud Mental es vista de forma diferente desde los enfoques biomédico, comportamental y socioeconómico (RESTREPO; JARAMILLO, 2012). Este último se aleja de pensarla como un asunto de trastornos y problemas; surge en la década de 1970 a partir del análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud, así mismo, permite la articulación de la Salud Mental con la Salud Colectiva, en tanto invita a pensar intervenciones y prácticas de salud mental, no sólo desde la medicalización y la perspectiva del riesgo individual, pasando a pensar acciones más integrales, ajenas de los dispositivos manicomiales y procurando una explicación desde los determinantes sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad mental.

Desde esta perspectiva, se introduce la noción de “modo de vida”. De acuerdo con Possas (apud RESTREPO; JARAMILLO, 2012), el “modo de vida” (que difiere del concepto de “estilo de vida”) está mediado por las condiciones contextuales, de tal manera que la salud del sujeto no depende ya

exclusivamente de sus decisiones y comportamientos, sino de las posibilidades concretas para poder tener una vida sana.

En la presente investigación, la Salud Mental se abordó desde un enfoque positivo, aun reconociendo las altas contribuciones a la carga global de enfermedad en el mundo que han venido aportando los trastornos mentales (ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 2012).

Como se mencionó en el capítulo anterior, “La Stoa: umbrales y transiciones”, las definiciones tradicionales sobre salud mental proponen un rol predominante del individuo (OMS, 1948; OLAYA; FRANCO, 2003). En el presente texto se destaca el papel importante de la transdisciplinariedad y lo colectivo como elementos indispensables para pensar una salud mental situada.

En coherencia con estos elementos que favorecen una visión ampliada sobre la salud mental, en las últimas décadas se evidencia un cambio de enfoque a nivel mundial para atender las problemáticas relacionadas con la violencia, el delito, la agresión, el consumo de sustancias y en general las conductas de riesgo para la salud; este cambio consiste en miradas cada vez más comprensivas del fenómeno que van trascendiendo paulatinamente la visión punitiva, coercitiva o meramente preventiva (DUQUE et al., 2011).

La salud mental de la mayoría de los jóvenes es un asunto dinámico que está en construcción continua, es una pregunta por quienes son y cómo enfrentar la realidad que les ha tocado vivir y como pueden transformarla. Los jóvenes requieren del acompañamiento de instituciones de la sociedad como la familia, escuela, comunidad, Estado. Un acompañamiento cuya base sea el amor, la empatía, la bondad, y el cuidado por el otro (PÁEZ, 2015).

3.3. Jóvenes y juventudes

En principio, cabe decir que las nociones de jóvenes y juventudes como categorías pueden ser enunciadas en plural dado la diversidad conceptual y las diversas realidades que comprenden estos términos. Son, en realidad,

conceptos recientes y emergen del proceso de crecimiento poblacional de los centros urbanos, el cambio en la distribución del trabajo y los años de latencia o incubación que la sociedad ha construido para dar lugar a procesos como la educación, la formación para el empleo y la consolidación de la identidad (URRESTI, 2011). Se puede decir que antes del siglo pasado no existían jóvenes, en estricto sentido, dado que en el siglo XIX y antes se esperaba que después de un periodo de infancia emergieran actitudes singulares de la adultez (OROZCO, 2015).

Es principalmente en la segunda mitad del siglo XX, cuando las manifestaciones del ser joven se hacen nítidas y se consolidan en las estructuras sociales, después de las dos guerras mundiales y con el florecimiento de manifestaciones de personas, que alrededor de sus veinte años, buscaban cambios desde posiciones de reivindicación de derechos y espacios de expresión en todo el mundo (OROZCO, 2015).

Los jóvenes son entendidos hoy desde diferentes marcos conceptuales, normativos y políticos que dan variedad de sentidos. Una manera práctica y simple de identificar los jóvenes es especificar los rangos de edad que los comprenden y algunas actitudes prototípicas. Por ejemplo, en Brasil los jóvenes son aquella población entre 15 y 29 años (BRASIL, 2013), mientras que en Colombia abarca de los 14 a los 28 años (COLOMBIA, 2013). Como vemos, es un rango similar y obedece a la construcción de lo que es ser joven en América Latina.

Sin embargo, tipificar a una persona joven sólo por su edad es claramente reduccionista y limita el abanico de sentidos disponibles en el concepto. Sin duda, los jóvenes somos sujetos en construcción y transición, pero a la vez, del tiempo presente y no solamente como una potencialidad o un "son el futuro", en la medida en que nos colocamos como sujetos políticos capaces de intervenir en los espacios privados y colectivos (URRESTI, 2011).

Los jóvenes nos presentamos como el retrato vivo de las potencialidades y fracasos de cada sociedad en un tiempo y espacio determinado, ya que estamos inmersos en procesos socio-históricos que

afectan directamente las creencias, actitudes, comportamientos y maneras de organización social.

En cuanto al concepto de juventud, esta es una categoría en permanente construcción, como lo son los mismos jóvenes. La juventud es una construcción histórico-social y no es un hecho natural dado, en este sentido, no se le puede atribuir características universales y cursos inflexibles que definan la configuración de las juventudes en el mundo; por el contrario, es un fenómeno situado y contextual.

En general, las juventudes están basadas sobre percepciones psicológicas y colectivas que hacen identificar ciertas actitudes, valores, creencias y posiciones ante la vida, en una permanente tensión entre la estabilidad y la movilidad, entre la adolescencia y la adultez (COLOMBIA, 2013). Este momento de la vida se caracteriza por una transición de roles y actividades, por ejemplo, pasar de ser económicamente dependiente a autónomo, transitar de la vida estudiantil a escenarios de trabajo, trascender de ser hijo y hermano a padre. En definitiva, involucra procesos de toma de decisiones y adquisición de una creciente autodeterminación.

Las múltiples miradas interdisciplinarias e intersectoriales nos han permitido, sin embargo, un mayor acercamiento a su realidad y a la forma de hacer por y con los jóvenes. En el intento de entender la juventud se han ido armando clasificaciones, conceptualizaciones, se han agrupado categorías que apenas permiten entender ciertas características de los jóvenes que conforman el diverso mundo de lo juvenil, a falta de consenso, entonces se decide cambiar de perspectiva ya no se hablara de juventud sino de juventudes: “ellas, muchas, diversas, multiformes, creativas, transitivas, ¿Quién no cabe allí?” (OROZCO, 2015; p.3). Desde la perspectiva de análisis que expongo, la juventud está más allá de los ciclos etarios y se coloca del lado de la subjetividad y la singularidad alrededor de una visión de la vida.

Capítulo 4: sobre los escenarios de la narración



4. Sobre los escenarios de la narración

En 1492, los nativos descubrieron que eran indios, descubrieron que vivían en América, descubrieron que estaban desnudos, descubrieron que existía el pecado, descubrieron que debían obediencia a un rey y a una reina de otro mundo y a un dios de otro cielo, y que ese dios había inventado la culpa y el vestido y había mandado que fuera quemado vivo quien adorara al sol y a la luna y a la tierra y a la lluvia que la moja.

(GALEANO, 2011, p. 13).

4.1. Brasil: alegría e inequidad

La República Federativa de Brasil, con alrededor de 205 millones de habitantes, es un país ubicado en la zona oriental de América del Sur y comparte frontera con todos los países de ésta región, excepto con Chile y Ecuador. Administrativamente se divide en 26 Estados y el Distrito Federal de Brasilia, sede del gobierno federal. El idioma oficial es el portugués y la moneda el real brasileiro (IBGE, 2016).

Brasil ha teniendo un crecimiento económico continuo durante los últimos años, lo cual no ha sido coherente con la disminución de la inequidad y la producción de violencia en las grandes urbes. En este sentido, Brasil tiene retos importantes para traducir el crecimiento económico en inclusión social, de manera que disminuya las barreras de acceso a los derechos fundamentales de las comunidades más necesitadas. Como veremos en el siguiente cuadro, llaman la atención algunos indicadores positivos como la disminución de la mortalidad infantil y el crecimiento acelerado del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita (casi se duplica cada 4 años), pero al mismo tiempo se disparan las tasas de homicidios (principalmente de hombres jóvenes) y existe una disparidad notable entre las personas con mayores y menores ingresos.

Cuadro 1. Indicadores sociales para Brasil, años seleccionados 2006, 2010 y 2014

| Indicador social | Año 2006 | Año 2010 | Año 2014 |
|---|----------|------------------------------------|------------------------------------|
| % Crecimiento demográfico anual | 1,2 | 0,8 | 0,8 |
| Tasa global de fecundidad (Hijos/mujer) | 2,3 | 1,8 | 1,8 |
| Esperanza de vida al nacer | 71,6 | 72,9 | 74,2 |
| PIB per cápita (EU Dólares) | 3.000 | 7.300 | 11.690 |
| Razón de ingreso 20%superior/20% inferior | 23,9 | 19,4 | 20,6 |
| Tasa de mortalidad infantil (X1000 nacidos vivos) | 24,1 | 20 | 14,6 |
| Tasa de homicidios (X100 mil habitantes) | 31 | 54,9 (ajustada X 1000 mil hombres) | 51,8 (ajustada X 1000 mil hombres) |
| Tasa de suicídios (X100 mil habitantes) | 4,8 | 5,6 | 5,2 |
| Mortalidad por Accidentes de tránsito (X100 mil habitantes) | 20 | 23,5 | 22,4 |

Fuente: OPS (2006, 2010, 2014).

Para contextualizar brevemente, el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil entiende los cuidados primarios para la salud como una prioridad. A través de la Política Nacional de Atención Básica (BRASIL, 2012) organiza a nivel territorial los equipos humanos y logísticos para diseñar un modelo de salud basado en la promoción, prevención, resolutivez de los eventos en salud y participación social.

Los principios que rigen esta política de salud son “la universalidad, la accesibilidad, el vínculo, la continuidad del cuidado, la integralidad de la atención, la responsabilización, la humanización y la participación social” (BRASIL, 2012; Pág. 11). La importancia que se otorga a la construcción de un vínculo que brinde confianza y la articulación del cuidado según la lógica de redes de atención son atributos que fácilmente se relacionan con la perspectiva que el presente estudio tiene sobre las prácticas de cuidado para la salud.

La Atención Primaria en Salud, que en Brasil es llamada Atención Básica, está desarrollada en dos estrategias nacionales, a saber: La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), ambas están compuestas por equipos multidisciplinarios con énfasis sobre el trabajo colaborativo.

La ESF se encarga de generar atención básica en salud lo más cerca posible de las residencias y lugares de trabajo, utilizando las visitas domiciliarias como una actividad constante. Estos equipos están compuestos por médicos(as), enfermeras(os), dentistas, técnico en salud bucal, técnico de enfermería y agentes comunitarios de salud, el papel de éste último es importante en la construcción de prácticas de cuidado, en tanto es un enlace directo con la comunidad y puede hacer lecturas situadas de las condiciones de salud de determinado colectivo (BRASIL, 2012).

Por su parte, los NASF son equipos que prestan apoyo matricial a las ESF, favoreciendo la resolutivez de los eventos en salud en el escenario de la atención primaria, a partir de equipos y profesionales con un carácter más especializado. Sólo para mencionar algunos profesionales vinculados a esta estrategia, se encuentran psicólogos(as), psiquiatras, fonoaudiólogos(as), fisioterapeutas, entre otros (SILVIA et al., 2012). Tener en cuenta este panorama será importante para luego pensar la construcción de prácticas de cuidado para salud mental desde las redes de atención consolidadas en la atención básica.

La producción de salud y cuidados desde una perspectiva positiva ha sido contemplada en Brasil desde la Política Nacional de Promoción de la Salud (BRASIL, 2014a). Esta política desarrolla una comprensión amplia sobre los determinantes sociales de la salud, la inserción del enfoque de salud en todas las políticas y su importancia en la salud real y efectiva de las personas y colectivos (CHIESA et al., 2009). Cabe resaltar algunos de los temas priorizados en esta política por la importancia que tiene para la población joven, por ejemplo: prácticas corporales y actividades físicas, enfrentamiento al consumo de sustancias psicoactivas, la promoción de la cultura de la paz y los derechos humanos y la promoción del desarrollo sustentable.

4.1.1. Porto Alegre: El dilema de la inclusión social

Porto Alegre es la capital del estado ubicado en el extremo sur de Brasil, Rio Grande del Sur, y es conocida como la capital gaucha. El Estado comparte frontera con Uruguay y Argentina. Porto Alegre tenía una población estimada de 1.476.867 para el año 2015 (IBGE, 2016).

La ciudad es reconocida como un polo de negocios, de desarrollo industrial y de servicios en sur de Brasil, y con una posición estratégica para el Mercosur por su cercanía con ciudades como Buenos Aires y Montevideo. Es reconocida como tierra de importantes escritores, artistas, intelectuales, políticos y deportistas que han marcada la historia del Brasil. Es sede de importantes universidades como la Universidad Federal de Rio Grande del Sur y la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sur (PORTO ALEGRE, 2016).

Porto Alegre tiene una sociedad claramente abierta al intercambio de ideas y visiones sobre el mundo, hecho que seguramente está relacionado con la emigración europea, principalmente italiana y alemana, durante el siglo XX. Actualmente, presenta un constante flujo de personas provenientes del cono sur, debido a la cercanía con las fronteras de Uruguay y Argentina, pero en general de diversos países latinoamericanos (CASTELLÁ et al., 2005). Esta pluralidad cultural es evidente en las expresiones artísticas, culturales y sociales de la ciudad.

La ciudad tiene red hospitalaria y de Atención Básica que desde el año 2011 permanece casi igual (PORTO ALEGRE, 2014). Además, la segregación espacial, social y racial que vive la ciudad dificulta el acceso a servicios de salud de calidad (VERRISIMO, 2011). La desigualdad es notoria y las medidas políticas y sociales para cambiar el fenómeno son insuficientes. La falta de oportunidades y la exclusión social han contribuido con aumento de la inseguridad y el uso disminuido y poco democrático de los espacios de socialización y encuentro de la ciudad (COCCO; LOPES, 2010).

Porto Alegre viene presenciando un aumento alarmante de la tasa de homicidios, flagelo que sufren con especial intensidad los hombres jóvenes de

raza negra (BRASIL, 2014b). El fenómeno está relacionado con la escasa inserción social de los jóvenes y sus familias, así como dificultades de las escuelas para constituirse en espacios de protección y aprendizaje, en tanto la violencia está presente en estos contextos (COCCO; LOPES, 2010).

Sumado a lo anterior, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas es significativamente alto en la ciudad, con un mayor consumo experimental de alcohol por parte de mujeres jóvenes (81,9%) que de hombres jóvenes (74,7%) (MALTA et al., 2011). Es sabido que el consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con el fenómeno de la violencia al igual que la exclusión social y las prácticas de crianza por parte de las familias.

Sin embargo, Porto Alegre presencia también la movilización de jóvenes que se reúsan a la exclusión y que buscan alternativas ante la falta de oportunidades e invisibilización en los espacios de participación. Es importante generar estrategias de ciudad para que la ciudadanía se apropie nuevamente de los espacios públicos y favorezca la inserción de grandes sectores de la sociedad que han sido excluidos sistemáticamente. Dejar el miedo a un lado es prioritario, fortalecer la solidaridad y la construcción de vínculos productivos basados en el respeto a la dignidad y la vida del otro.

4.2. Colombia: resistencia e injusticia

La República de Colombia es un país con aproximadamente 48 millones de habitantes, situado en la región noroccidental de América del Sur. Esta República está organizada políticamente en 32 departamentos descentralizados, cuya Capital es la ciudad de Bogotá, sede del gobierno nacional. El idioma oficial es el español y la moneda el peso colombiano (DANE, 2016).

Múltiples cambios muestran hoy un país en transformación. En la Cuadro 2, se señala una sociedad con indicadores de salud estables; con más acceso a recursos y un crecimiento económico sostenido, pero que al igual que Brasil, sigue afrontando el reto de la violencia y la inequidad.

Cuadro 2. Indicadores Sociales para Colombia, años seleccionados 2006, 2010 y 2014

| Indicador social | Año 2006 | Año 2010 | Año 2014 |
|---|----------|---|--|
| % Crecimiento demográfico anual | 1,3 | 1,4 | 1,2 |
| Tasa global de fecundidad (Hijos/mujer) | 2,5 | 2,4 | 2,3 |
| Esperanza de vida al nacer | 73,1 | 73,4 | 74,2 |
| PIB per cápita (EU Dólares) | 2020 | 4.620 | 7.560 |
| Razón de ingreso 20% superior/20% inferior | 25,1 | 26,6 | 20,1 |
| Tasa de mortalidad infantil (X1000 nacidos vivos) | 17,2 | 15,3 | 17,8 |
| Tasa de homicidios (X100 mil habitantes) | 84,6 | 106,5 (ajustada X mil 1000 hombres) | 97,1 (ajustada X mil 1000 hombres) |
| Tasa de suicidios (X100 mil habitantes) | 6,8 | 6,7 | 6,2 |
| Mortalidad por Accidentes de tránsito (X100 mil habitantes) | 20,5 | 19,6 | 17,9 |

Fuente: OPS (2006, 2010, 2014)

Por su parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano contempla en la ley 1438 de 2011 el fortalecimiento a través de un modelo de prestación del servicio público en salud desde el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, para permitir la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos. Para esto, concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población (ESLAVA, 2006).

Si bien en el SGSSS colombiano las acciones de promoción y prevención no tienen una organización programática, desde el orden nacional se orientan las acciones que, en cumplimiento de lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública 2012- 2021 (PNSP) (COLOMBIA, 2013), se desarrollan en diversas áreas y prevén varias acciones. Con la promulgación de la Ley 1438 de 2011 ya citada, se da al gobierno nacional la competencia de determinar la prioridad en el uso de los recursos de promoción y prevención que para este fin administren las entidades territoriales y las Empresas Prestadoras de Salud (EPS). Estas acciones se direccionan a partir de los resultados obtenidos en los indicadores de seguimiento, de las actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad, que para tal fin define el Ministerio de Salud y Protección Social con las Entidades Territoriales de Salud.

El Plan Decenal de Salud Pública (Colombia, 2013) busca la reducción de la inequidad en salud, planteando como objetivos, avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuir la carga de enfermedad existente; mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, convirtiéndose de esta manera en la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública

4.2.1. Medellín: Una ciudad de contrastes

Medellín es la segunda ciudad en importancia en Colombia, y capital del Departamento de Antioquia; su temperatura promedio es de 24^o y está ubicada a 1.475 metros sobre el nivel del mar. Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2013), Medellín cuenta en 2015 con una población de 2.464.322 habitantes.

La ciudad está distribuida político-administrativamente en dieciséis comunas y cinco corregimientos Económicamente, Medellín es una ciudad que sobresale como uno de los principales centros financieros, industriales, comerciales y de servicios de Colombia, primordialmente en los sectores textil,

confecciones, metalmecánico, eléctrico y electrónico, telecomunicaciones, automotriz, alimentos y salud; así mismo, se caracteriza por tener los principales centros culturales y deportivos del país, es reconocida como ciudad universitaria y de conocimiento, ya que algunas de las universidades colombianas más importantes se encuentran en Medellín, tales como la Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional sede Medellín, la Universidad Pontificia Bolivariana, la Universidad Eafit, entre otras (MEDELLÍN, 2006)

Medellín se proyecta hacia el desarrollo como centro urbano, pero al mismo tiempo, es identificada como una ciudad de grandes desigualdades sociales. El último Informe sobre Desarrollo Humano de las Naciones Unidas la sitúa en una de las ciudades más inequitativas de América Latina (MEDELLÍN, 2006).

Según la encuesta ciudadana “Medellín Como Vamos” (MCV, 2016), aspectos relacionados con la salud muestra que la ciudad ha mantenido un nivel de cobertura universal en el Sistema de Seguridad Social en Salud – SSSS- alcanzando en 2013 un 96%, sin cambios relevantes desde el 2011(MCV, 2016).

En cuanto al estado de salud de los medellinenses, la información disponible hasta 2012 da cuenta de una mejor expectativa de vida para toda la población en general. No obstante, es importante señalar cómo están accediendo los ciudadanos a este servicio. El 96% de las personas que manifestaron haber requerido atención médica, accedieron a ella, pero, 30% de ellos tardaron más de 11 días en recibir el servicio, una vez solicitado. Esta demora en la atención puede constituirse en la causal de la vía por la cual están accediendo a los servicios, pues el 59% de los ciudadanos acudieron a los servicios de salud a través de urgencias – aproximadamente seis de cada diez ciudadanos – y el 41% restante lo hizo a través de consulta externa. Esta situación se da en el marco de la sobrecarga de los servicios de urgencia en la ciudad (MEDELLÍN, 2015a).

En Medellín, uno de los mayores problemas de salud pública son los homicidios, históricamente, con tasas consideradas entre las más altas del

mundo. El inicio de la década de 1990 para Medellín fue crítico, al llegar a tasas de homicidios mayores a 300 por cien mil habitantes. Dicho fenómeno se explica primordialmente por el accionar de grupos al margen de la ley ligados al narcotráfico y actividades conexas que han configurado un problema dinámico y de carácter endémico (MEDELLÍN, 2015b).

Las administraciones de la ciudad han hecho importantes esfuerzos por avanzar en las coberturas educativas, especialmente en los niveles de primaria y secundaria, pero aún enfrentamos grandes problemas de calidad y deficiencias en la formación (MEDELLÍN, 2015a).

Es una ciudad con gran vitalidad, expresada en el sentido de pertenencia y en la calidez de su gente, personas diversas y emprendedoras. En este sentido, ha cambiado la respuesta social para abordar las problemáticas de los jóvenes. Este cambio se ve reflejado en la incorporación de modelos de desarrollo positivo y resiliencia, es decir hay una focalización en las potencialidades y los recursos que favorecen la calidad de vida y las comunidades. De esta manera, el reto para Medellín es construir y mantener un modelo de ciudad equitativa, sostenible, participativa, solidaria, diversa y plural, que reconozca y respete la dignidad humana, la diversidad cultural, étnica y de género, que brinde seguridad a sus habitantes.

Capítulo 5: La trama de la historia



5. La trama de la historia

5.1. Sobre las realidades juveniles

El reciente informe sobre el estado de la población mundial presentado en noviembre de 2014 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) titulado “El poder de 1.800 millones de Jóvenes: Los adolescentes y jóvenes y la transformación del futuro”, llama la atención a los diferentes estados sobre la importancia que se debe prestar en la atención e inversión en la población juvenil, en la generación de más y mejores oportunidades, ya que son ellos quienes definirán el futuro en todo el planeta (UNFPA, 2014; Pág. 10). Pese a que los gobiernos en el mundo y en América Latina prestan mayor atención a la población joven, aún existen numerosas barreras que no le permite a un gran número de ellos tener un goce efectivo de derechos desde la dignidad y la equidad.

La población mundial se ha enfrentado a lo largo de la historia a situaciones como pobreza, envejecimiento, guerras, desastres, violencia que provocan problemas de salud mental. Estos son prevalentes en todas las regiones del mundo y representan el 14% de la carga de morbilidad, sin mencionar el impacto social y la estigmatización que representa para cualquier individuo padecer un trastorno mental (OMS, 2004, 2011). La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que la depresión es la causa predominante de enfermedad y discapacidad en población infantil y jóvenes entre los 10 y 19 años, además las tres principales causas de muerte de adolescentes y jóvenes en todo el mundo son los accidentes de tránsito, el VIH/SIDA y los suicidios (OMS, 2011).

América Latina y en particular Colombia y Medellín vienen experimentando cambios a nivel demográfico. Para el año 2015, en la ciudad hay cerca de 570 mil personas entre los 14 y 28 años de edad (MEDELLÍN, 2015a), a quienes la ley colombiana define como jóvenes. Con lo anterior se afirma que Medellín cuenta con un bono demográfico y esto indica que la población joven es mayor que la adulta o infantil, de modo que invertir en los jóvenes hoy es asegurar el mañana de muchos adultos. Por su parte, Porto

Alegre vive un envejecimiento progresivo de su población como se evidencia en el censo del año 2010, la población joven ha decrecido al igual que la tasa de natalidad (IBGE, 2010). Sin embargo, la población joven en la ciudad es también significativa, alrededor de 350 mil jóvenes entre 15 y 29 años, es decir, un cuarto de la población de Porto Alegre.

Los problemas que enfrenta la población joven de estas ciudades, no es diferente de otras regiones del mundo. En términos generales, los jóvenes presentan los mismos problemas, aunque su impacto, medición, respuesta institucional sean diferentes de continente a continente. Por ejemplo, el Continente Africano centra su mirada en los problemas de seguridad alimentaria y en el crecimiento del VIH-SIDA; en Norteamérica, el principal problema es el consumo de estupefacientes y otras dificultades de salud mental; en Europa, preocupa la educación y el empleo, mientras que América Latina centra su interés en fenómenos como el embarazo, las violencias, carencias en el acceso a educación y al empleo de calidad (MEDELLÍN, 2015).

Ahora bien, los jóvenes de Medellín y Porto Alegre viven problemáticas relacionadas con la violencia urbana, el acceso a la salud acorde con sus necesidades, y el goce efectivo de sus derechos, dificultad para acceder a la educación de calidad y al empleo digno (COCCO; LOPES, 2010; DUQUE et al. 2011). La población joven atraviesa una etapa de desarrollo y transformación física y psicológica en el que cada entorno le demanda tomar decisiones autónomas productivas y responsables consigo mismo, que sumado a los desafíos que acompañan la etapa que viven, también se encuentran con unos determinantes sociales que hacen más complejo el proceso de vivir la juventud, y que van deteriorando la salud en general y la salud mental en particular.

Los países latinoamericanos presentan múltiples convergencias en relación a los contextos de vulnerabilidad y adversidad que enfrentan sus habitantes y, de manera especial, la población joven. Según el *Informe Regional de Desarrollo Humano 2013- 2014* (PNUD, 2014), la región de América Latina avanza en términos de reducción de la pobreza y la desigualdad, sin embargo, y en comparación con otras regiones del mundo en las que las cifras de homicidios disminuyeron o se estabilizaron, entre el 2000 y el 2010 la tasa se incrementó en un 11% y se registraron más de 100.000

homicidios por año. Esta situación se convierte en un reto que invita a las universidades y sus investigadores a integrar conocimientos con los diferentes actores de la sociedad, para diseñar, implementar y evaluar intervenciones que respondan a las necesidades reales de la población y que, a su vez, estén focalizadas en los jóvenes, en tanto la violencia letal afecta particular y desproporcionadamente a esta población en América Latina (alrededor de 70 homicidios por cada 100,000 jóvenes) (PNUD, 2014).

El homicidio es la principal causa de muerte de los jóvenes entre 15 y 29 años en el Brasil, y afecta principalmente a jóvenes negros de los grandes centros urbanos. Brasil perdió 30.072 jóvenes en el año 2012 debido a homicidios y el 77% de ellos eran hombres de raza negra (BRASIL, 2014b). El gobierno brasileño ha asumido este fenómeno como un problema de salud pública y ha diseñado el programa *Juventude Viva – Plano de Prevenção à Violência Contra a Juventude Negra*, con la coordinación entre los diferentes niveles de gestión del poder ejecutivo y judicial y prestando atención a las particularidades de cada territorio (BRASIL, 2013). En el municipio de Porto Alegre, la tasa de homicidios es de 42,4, pero si la tasa se estima solo entre la población joven, la tasa es de 97,3 según el *Observatório da Realidade e das Políticas Públicas do Vale do Rio dos Sinos* (OBSERVASINOS, 2016).

En Medellín, el fenómeno de la violencia homicida aún es preocupante, en el período 2003 – 2013, el 52% de las víctimas de homicidio tiene un rango de edad de 14 a 28 años (MEDELLÍN, 2014). Las principales causas de mortalidad y morbilidad en los jóvenes de la ciudad son los eventos asociados a la violencia, así mismo, son los que mayor carga generan para los sistemas de salud en relación a este grupo poblacional (MEDELLÍN, 2011). Según el Observatorio Hemisférico para América Latina (2015, apud MEDELLÍN, 2015a), Medellín presenta una tasa de lesiones fatales por cada 100 mil habitantes, los jóvenes son los más afectados: de los 653 homicidios ocurridos en Medellín en el 2014, 603 víctimas fueron hombres, de los cuales 203 se encontraban entre los 18 y 25 años.

Asuntos como la pobreza y la dificultad de los padres de familia para poder brindar los recursos necesarios para una vida óptima y además una falta de tiempo para acompañarlos durante la crianza, que tiene como consecuencia

la delegación del cuidado de los hijos a terceros son fenómenos que afectan de igual manera a los jóvenes de Medellín y Porto Alegre (DUQUE et al., 2011; BRASIL, 2014b).

En este escenario, la resistencia y la salud mental desde una perspectiva positiva aparecen como enfoques para comprender los desenlaces en salud-enfermedad; y muestra cómo una persona, incluso pasando por situaciones estresoras, adversas y de riesgo, consigue en el transcurso de su desarrollo manifestar prácticas de cuidado favorables para sí mismo y la sociedad.

5.2. El cuidado en población joven: un asunto de salud mental en positivo

El desarrollo de los jóvenes y la posibilidad de contribuir con el cuidado de su salud mental está asociado con menores problemas mentales y mayores posibilidades de desenlaces positivos. Aquellos jóvenes que han visto fortalecida su resiliencia y el desarrollo positivo a través de las actividades desarrolladas en el marco de proyectos de intervención psicosocial evidencian mayor autonomía para tomar decisiones y elección de modos de vida saludables para ellos mismos y su entorno cercano. También cuentan con mayores herramientas para gestionar recursos y de esta forma dar respuesta a las dificultades que se presentan en la vida diaria (MONTOYA et al, 2015).

Pese a las dificultades en las cuales vivimos los jóvenes, no dejamos de soñar un barrio y una ciudad diferente, donde prevalezca un ambiente limpio y libre de contaminación, menos carros y más senderos peatonales, un entorno donde realmente se pueda acceder a salud, vivienda, educación y empleo, una ciudad donde se respete la diferencia, se viva en paz, con esperanza y tranquilidad.

Las prácticas de cuidado de la salud mental de los jóvenes son acciones cuya responsabilidad se encuentra compartida entre diferentes actores y sectores, en esta medida cuidar de la salud mental exige adoptar una mirada ecológica, es decir analizar acciones que van desde lo microsocial, donde cada

persona debe ser un agenciador de su salud mental, hasta lo macrosocial, entorno que debe disponer de los recursos necesarios y oportunidades efectivas para contribuir con ese cuidado, de esta manera podemos afirmar que la salud, si bien es una construcción que se configura en la vida cotidiana con cada una de las prácticas y experiencias vividas, también se deteriora en las acciones del día a día.

Ahora bien, siendo la salud un proceso vital para lograr que los territorios y su gente tengan mejores maneras de vivir, aún existe el desafío para que la salud se inserte en todas las políticas y convertirse en la gran agenda de las ciudades latinoamericanas (MEDELLÍN, 2015b). Este desafío es mayor cuando se trata de salud mental, debido a las representaciones sociales y prejuicios que aparecen en este campo.

Nuestras sociedades deben comprender que la salud mental y física son derechos fundamentales inalienables, y con especial cuidado en ese periodo de la vida denominado juventud. Lo que hacemos o dejamos de hacer en cada una de nuestras prácticas diarias afecta la vida de cada sujeto y de manera especial el de los jóvenes: somos sujetos llenos de energía, preguntas, seres en proceso de definición propia y del mundo. Tal vez los jóvenes no necesitamos tanto de hospitales como de conversaciones francas y abiertas sobre nuestras preocupaciones y sobre la vida. La salud mental debe gestarse en cada espacio y con cada práctica.

¿Qué decisiones debemos tomar como sociedad para lograr el cuidado de la salud mental? ¿Qué prácticas debemos cuestionar, cambiar o fortalecer desde agendas políticas y planes estratégicos para contribuir con el cuidado de la salud mental de los jóvenes? Estas son preguntas que constantemente me inquietan y movilizan.

Son sin duda, Medellín y Porto Alegre dos ciudades de contradicciones y dilemas, en estas ciudades mientras que un joven se dispone para empezar su primer empleo digno, otro joven espera el paso de un bus para subirse a cantar y de ésta manera conseguir dinero para sostener su hogar, porque su padre fue asesinado a manos de otros jóvenes que decidieron hacer parte de los grupos delincuenciales que habitan estas ciudades; paralelo a esta situación en

otro extremo de la ciudad una joven se dispone con su uniforme para ir al colegio, otros para desplazarse a la universidad y otra porción de los mismos se angustia y se pregunta porque no han podido ingresar a la universidad pública, si ésto hace parte de sus mayores sueños. Independiente de una u otra situación todos los jóvenes y más allá del territorio que habitan, las diversas necesidades y problemáticas sociales generan desenlaces similares: la soledad, la angustia, la tristeza y la desesperanza; indudablemente cada uno de estos desenlaces les afecta su salud mental. No obstante, en medio de adversidades, surge el dinamismo y las diferentes ofertas proactivas desde los jóvenes para habitar sus espacios y generar alternativas de convivencia y vida.

5.3. ¿Qué hacen los servicios existentes en estos países para cuidar de la salud mental?

5.3.1. Brasil: el cuidado de la salud mental como estrategia en red

En Brasil, el SUS ha confeccionado diversas políticas de atención a la salud mental y centran especialmente su interés en intervenciones psicosociales que no impliquen internación en centros hospitalarios. En cambio, se desarrollan servicios con enfoques comunitarios, a partir de la APS y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Recientemente, la estrategia de cuidado de la salud mental en Brasil se ha configurado en una Red de Atención Psicosocial (RAPS), con la intención de prestar un cuidado continuo e intersectorial a las personas con sufrimiento o trastorno mental, y con necesidades de atención por el uso de alcohol y otras drogas. Sin embargo, esta red también contempla acciones de promoción y prevención en salud mental (BRASIL, 2011).

Antes de describir la RAPS, es importante mencionar que la construcción de la atención a la salud mental en Brasil se ha consolidado a partir de luchas sociales y reivindicación de derechos. En este sentido, la reforma psiquiátrica y la lucha antimanicomial son frentes de transformación que han sido vitales para la comprensión del cuidado de la salud mental en todo el territorio (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

Las prácticas de cuidado a la salud mental son entendidas como actos individuales y colectivos realizados por los profesionales de salud y por la comunidad, y envuelve prácticas de acogimiento y reducción del estigma, promoción y prevención, prácticas clínicas y rehabilitación, en un enfoque interprofesional que favorece la conjugación de diferentes saberes en la producción de salud mental. El cuidado que se realiza vincula “tecnologías duras” (como los medicamentos, por ejemplo) y “tecnologías leves”, que se refieren a la posibilidad de la conversación, el vínculo intersubjetivo, la escucha empática, en definitiva, un cuidado humano (MERHY, 2002).

La RAPS emerge a partir de tendencias de humanización del cuidado en salud mental, así como de transiciones hacia servicios comunitarios y volcados a la atención psicosocial integral. Esta Red se establece por la Portaria 3.088 de 2011 y tiene los siguientes objetivos:

1. Ampliar el acceso a atención psicosocial a población en general
2. Promover el acceso de personas con trastornos mentales, sufrimiento psíquico o necesidades relacionadas con el uso de crack, alcohol y otras drogas, en una atención dirigida tanto a la persona como a su familia.
3. Garantizar la articulación e integración de los puntos de atención de las redes de salud en el territorio, cualificando el cuidado por medio de la recepción oportuna, acompañamiento continuo y atención a urgencias.

La Red está conformada por componentes que articulan los diferentes niveles de atención, las unidades básicas que contemplan estructuras como las ESF y los NASF se encargan de la atención a la salud mental como puerta de entrada a la red y como promotoras de los cuidados esenciales. Dentro de la atención básica también se cuentan los “Consultorios de calle” (centrados en la atención a personas en situación de calle), la Atención Residencial de Carácter Transitorio y los Centros de convivencia, estos últimos son espacios de articulación entre la comunidad en general y desarrolla actividades culturales y de fortalecimiento de la ciudadanía (BRASIL, 2011).

La atención especializada en salud mental se encuentra en los CAPS, los cuales son un eje importante de la red; sin embargo, el cuidado y el

proyecto terapéutico se produce a partir de las necesidades del usuario, en este sentido el nodo central de la red puede ser tanto el CAPS como otros servicios involucrados.

Los CAPS son servicios de salud mental, abiertos y comunitarios, concebidos para ofrecer cuidados a personas con trastornos mentales que por su severidad o persistencia demandan atención intensiva, incluyendo los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (BRASIL, 2013). Las prácticas de cuidado son realizadas por un equipo multiprofesional que realiza acciones interdisciplinarias, incluyendo en el equipo a médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, trabajadores sociales entre otros profesionales. La intención principal de estos servicios es favorecer la inclusión social a través de acciones intersectoriales que involucren educación, asistencia social, salud, trabajo, deporte, justicia, habitación, cultura y esparcimiento (RIO DE JANEIRO, 2013)

Finalmente, la RAPS también contempla acciones de atención en emergencia, atención residencial de carácter transitorio, atención hospitalaria, estrategias de desinstitutionalización en residenciales terapéuticos y rehabilitación psicosocial.

5.3.2. Colombia: el desafío de cuidar de la salud mental

Por su parte, Colombia presenta avances en la estructuración de políticas para la atención de la salud mental, sin embargo, aún es evidente la falta de articulación entre las políticas y la adecuación del sistema de salud colombiano para responder adecuadamente a estas demandas. En la Resolución 2358 de 1998 se adopta la Política Nacional de Salud Mental, que posiciona su promoción como la acción fundamental a ser desarrollada en todos los planes y programas que se implementen (COLOMBIA, 1998). Sin embargo, esta política enfrentó diversas dificultades en el proceso de implementación, como son: expedición en un momento de cambio de gobierno nacional; modificaciones constantes de la normatividad correspondiente al SGSSS; fragmentación y segmentación del sistema de salud; falta de decisión

política; problemas con la disponibilidad de recursos financieros y escasa divulgación. Todos estos factores impidieron la ejecución plena de la Política, que permaneció como documento de difícil operacionalización.

Actualmente, la Ley 1616 (COLOMBIA, 2013b), conocida como Ley de Salud Mental, dispuso el ajuste de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos quince años (COLOMBIA, 2014). La ley 1616 plantea que la Salud Mental es un tema prioritario para el país, y tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes (COLOMBIA, 2013b).

Los cambios experimentados por la sociedad colombiana son de tal intensidad que han hecho necesario re-contextualizar la situación de la salud mental, de tal manera que las políticas en el tema estén ajustadas, con el fin de asegurar su implementación, coherente y fundamentada en las necesidades de salud de todos los colombianos (COLOMBIA, 2013a). Así, ésta Política asume la salud como un todo, incluido el componente de salud mental; considera los niveles de promoción, prevención y rehabilitación como elementos relacionados, y prevé la continuidad de la atención.

Según la Resolución 1536 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social es el responsable de establecer las directrices y lineamientos para que las entidades territoriales (departamentos y municipios) adopten y adapten las directrices establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (COLOMBIA, 2015). La misma rectoría está presente en la Ley de Salud Mental, de manera que las estrategias de descentralización y direccionalidad de las acciones se desarrollen en todo el país, teniendo en cuenta las particularidades del contexto (COLOMBIA, 2013b).

Concretamente, en relación a los servicios de salud mental en Colombia, se ha reconocido que la organización de los mismos presenta deficiencias que afectan su efectividad y la posibilidad de cumplir con los principios consignados en las políticas sobre el tema. En el actual sistema, las entidades aseguradoras son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo

tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, con debilidades de articulación para responder mejor a sus afiliados, además la condición de afiliado no garantiza la continuidad, ni la idoneidad, ni el acceso efectivo a salud, en tanto el sistema de aseguramiento opera bajo las lógicas del mercado para intentar buscar la calidad del servicio (RODRÍGUEZ et al. 2013). Esta atención se basa, casi exclusivamente, en servicios de psicología y psiquiatría en un nivel especializado. (COLOMBIA, 2005).

Lo anterior implica una redefinición del cuidado en salud mental y la estructura organizativa adecuada en el SGSSS para su promoción, prevención, vigilancia y atención integral; así como el análisis y redefinición del conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos relacionados con salud mental en los planes de beneficios del sistema, y la articulación de acciones y actores involucrados en la prestación de servicios de salud mental. El desafío de incluir la atención de la salud mental dentro del primer nivel de atención sigue presente, y esto implica la disponibilidad y el entrenamiento de profesionales de cuidado primario en la detección y tratamiento de los problemas mentales, y más aún, en la promoción de capacidades psicológicas positivas.

Capítulo 6: Camino y herramientas para contar la historia



6. Camino y herramientas para contar la historia

El soporte epistemológico de este estudio estuvo basado en los planteamientos hermenéuticos fenomenológicos del filósofo francés Paul Ricoeur (2004), como método se utilizó la investigación narrativa y se realizaron momentos comprensivos a partir de las subjetivaciones del propio investigador. Para la interpretación de lo narrado se siguieron los tres momentos miméticos que constituyen el arco hermenéutico de Paul Ricoeur: prefigurativo, configurativo, refigurativo (RICOEUR, 2004). Todo el proceso de investigación siguió las consideraciones éticas pertinentes para el tipo de investigación que se realizó.

El propósito del enfoque hermenéutico se dirige a dar sentido y a comprender la experiencia vivida a partir de las aproximaciones con el fenómeno de estudio. La comprensión de lo particular de las acciones personales y sociales son la materia prima de este estudio y de ninguna manera se limitó a una metodología de recogida y análisis de datos (PINZÓN, 2009; GAVIRIA; LUNA, 2013).

6.1. Narrativas: relatar la propia experiencia

El enfoque narrativo es un tipo de investigación que se ocupa de todo tipo de fuentes que aportan información de tipo personal y que sirven para documentar una vida, un acontecimiento o una situación social. En el presente estudio, la fuente de información fue mi propia experiencia de aproximación al fenómeno de estudio, así lo narrado fue atravesado necesariamente por mi construcción subjetiva en interacción constante con mi tema de interés (BOLIVAR; DOMINGO, 2006). De manera que mi relato no tenía el interés de ser generalizable, pero sin duda ofreció horizontes de comprensión y desvelamientos sobre las configuraciones que emergían en el cuidado de la salud mental de los jóvenes en Medellín y Porto Alegre.

En América Latina, la investigación narrativa tiene una larga tradición. En Colombia, la investigación que utiliza esta metodología ha estado orientada

hacia temáticas relacionadas con la violencia y situaciones de vulneración de derechos humanos como es el caso de la investigación sobre narraciones, memoria, ciudadanía y desplazamiento forzado (MEJÍA; GIRALDO, 2000). Brasil cuenta desde 1994 con la Associação Brasileira de História Oral (ABHO), integrada en la *International Oral History Association*, que reúne a colectivos e investigadores de historia, ciencias sociales, antropología y educación, además de un boletín electrónico, una revista (*História Oral*) en portugués e inglés, con trabajos brasileños e internacionales desde un punto de vista interdisciplinar sobre la oralidad (BOLIVAR; DOMINGO, 2006).

En este sentido, la narrativa no es el único modo de organizar o dar cuenta de la experiencia, aunque es de los modos más penetrantes e importantes de hacerlo (ATKINSON, apud BOLIVAR; DOMINGO, 2006). Con este enfoque, los problemas sociales se convierten en textos, cuyo valor y significado vienen dados por la autointerpretación que los sujetos relatan en primera persona, y en el caso de este estudio, desde mi mirada como sujeto-investigador-narrador.

Pensar en el método científico, como un camino que conduce a la verdad absoluta, es una idea que viene desde la racionalidad cartesiana que ha sido hegemónica hasta la actualidad. Esta perspectiva privilegia la lógica de la ciencia natural, donde la razón guiada por un razonamiento hipotético-deductivo se constituye en la única manera de alcanzar el conocimiento, olvidando toda implicación cultural, social, ética, histórica y política en la producción de ciencia (FILHO, 2000). Entonces, la idea de una racionalidad objetiva y neutra, también hace parte de una transmisión cultural de la comunidad científica, y el investigador, por más cuidadoso que sea, siempre hace parte de aquello que está investigando (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

El relato es una forma de comprensión y expresión de la vida en la que está presente el autor. Un relato cuenta una secuencia de acontecimientos significativos para el narrador y su público. Tiene una trama, un comienzo, un medio y un fin. Posee una lógica interna que tiene sentido para el narrador y para los lectores. Relata acontecimientos en secuencia causal y temporal. Describe una secuencia de acontecimientos que han sucedido, de ahí que sea una producción temporal (COFFEY; ATKINSON, 2003). Son reconstrucciones

particulares de la experiencia que mediante un proceso reflexivo, se da significado a lo vivido, develando y comprendiendo la propia experiencia (GAVIRIA; LUNA, 2013), a su vez es un discurso autobiográfico reservado para la versión oral y escrita que una persona da de su propia vida, en el cual fluye un conjunto organizado de interpretaciones, que se sobreponen, complementan y se oponen entre sí.

6.2. ¿Cómo se narró esta historia?

La construcción de lo vivido hace parte de un entramado de conversaciones, sensaciones, observaciones, actitudes, intenciones, acciones, entre muchos otros fenómenos mentales y colectivos que constituyen la experiencia. En este sentido, la elaboración de estas realidades relatadas emerge de la relación, del vínculo con el otro. La complejidad de lo social, plantea la necesidad de optar por mecanismos y propuestas de investigación que permitan incursionar en el terreno de la configuración de sentido y la interacción, como vías para avanzar en la comprensión subjetiva de la realidad.

En definitiva, el principal insumo (para producir este relato sobre las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil) fue mi propia experiencia que se construyó en interacción con escenarios y personas reales, sujetos que cuidan y reciben cuidado en redes complejas de relaciones humanas.

Mi interés fue poder conjugar experiencias en el campo de trabajo de la salud mental desde una perspectiva ampliada. Así, traje a escena mi experiencia como coordinador del componente de intersectorialidad en el Proyecto Ícaro. El proyecto Ícaro fue una apuesta de intervención psicosocial desarrollada entre la Alcaldía de Medellín y la Universidad de Antioquia, en los años 2014 y 2015, que buscaba favorecer la promoción de resiliencia y el desarrollo positivo en jóvenes habitantes de diferentes barrios de Medellín en situación de vulnerabilidad psicosocial, mediante formación, acompañamiento psicosocial, coordinación intersectorial y acercamiento a la oferta institucional, para contribuir en su plan a futuro a través de una metodología vivencial.

También, partí de mi situación como joven profesional que trabajaba junto con jóvenes de esa ciudad, de manera que pude relatar mi historia (que no es individual, al contrario, es una creación colectiva) en relación a espacios de promoción de la salud mental.

De otro lado, realicé voluntariados en los proyectos *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública* y *Programa de Educação Tutorial-Conexões*, ambos proyectos de extensión de la Universidade Federal de Rio Grande do Sul. También acompañé una práctica profesional en el Colegio Estadual Félix da Cunha, sobre promoción de la salud junto con dos estudiantes del *Bacharelado em Saúde Coletiva* de la misma universidad. Estos espacios tenían en común que trabajaban con jóvenes y transversalizaban temas de cuidado de la salud o salud mental en sus actividades. Mi participación en estas actividades no fue en calidad de investigador, sino que el objetivo era experimentar la cotidianidad del espacio, a la vez que vivencié las maneras en que se daban las prácticas de cuidado y socialización entre los jóvenes. Estas experiencias en los escenarios mencionados en ambas ciudades fueron el insumo de mi relato.

Este tipo de producción, que intentó comprender mi propio recorrido por escenarios de cuidado, servicios e instituciones, guarda una relación estrecha con el concepto/herramienta del análisis de implicación propuesto por Lourau (1977, 1993) desde la perspectiva del Análisis Institucional. El análisis de mi propia implicación develó las investiduras (productoras y producidas por las instituciones) que expresaron directamente las tramas vinculadas a los grupos, dirigiéndolas, mediante el análisis, directamente a la escena pública y favoreciendo las comprensiones subjetivas, políticas, sociológicas y fenológicas que estaban en juego en mi experiencia de trabajo (LOURAU, 1977; LAPASSADE, 1977). Este análisis produjo información privilegiada sobre las formaciones de deseo, las adhesiones y no adhesiones, las motivaciones y desmotivaciones en la mi vida cotidiana atravesada por instituciones, en este caso concreto, la institución del trabajo y de la producción de cuidados en salud mental. Este análisis de implicación, además de ser una perspectiva metodológica, también conlleva una postura ética y política sobre al producción de conocimientos y prácticas en el campo de la salud mental.

En concreto, fueron utilizadas dos técnicas propias del enfoque narrativo, a saber: biogramas y diarios de campo. Esta última, también utilizada en el Análisis Institucional (HESS, 1988).

Un biograma es una estructura general y cronológica del recorrido formativo de un individuo en el cual convergen acontecimientos de su existencia y de su carrera; de allí su relevancia para interpretar valorativamente situaciones significativas de la vida del sujeto. Esta herramienta se define como una estructura que recoge eventos suscitados en la trayectoria de vida individual, personal, colectiva, familiar o profesional. Por su parte, Sandín (2003) expresa que los biogramas se efectúan con base en registros biográficos de determinados aspectos extraídos de las biografías personales y que se constituyen en acontecimientos. Para Ricoeur (2004), el acontecimiento es aquello que tiene lugar, es vivido y supone un quiebre o una ruptura con los sucesos anteriores. Es en el orden de la narración, que el acontecimiento ya no es la realidad objetiva de aquello que tiene lugar, ni tampoco la realidad subjetiva de lo que es vivido, sino la realidad intersubjetiva de aquello que es dicho. El acontecimiento implica una trama y a su vez esta es una combinación de muchas cosas, entre ellas acontecimientos y acciones que son ordenados en configuraciones singulares.

Estos biogramas fueron autobiográficos y permitieron poner marcadores y límites sobre lo que es importante, sobre lo que aconteció subjetivamente. En Apéndice 1, se describen los elementos que guiaron la construcción de los mismos. Los biogramas formaron la estructura general de mi narración, o sea como una especie de “esqueleto” del texto en donde los demás aspectos explicativos y detalles se fueron agregando. En el Apéndice 2, se presentan los biogramas construidos para cada uno de las ciudades de interés.

Por otra parte, las observaciones se registraron en diarios de campo, teniendo en cuenta que éstos permitieron sistematizar las observaciones; además, de mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas. Según Bonilla y Rodríguez, “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador, en él se toma nota de aspectos que considera importantes para

organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo” (BONILLA; RODRIGUEZ, 1997; p. 118).

Entonces, para registrar la información de la observación, se realizó una guía de observación o diario de campo (SAMPIERI; FERNÁNDEZ; BAPTISTA, 2010). Se construyó una matriz con datos generales de la observación como son: Número de la observación, fecha, lugar, sujetos participantes y objetivos de la actividad; claramente con anotaciones mías. Estos diarios de campo, finalmente, se utilizaron como una herramienta para nutrir los biogramas.

6.3. Ruta de comprensión: lectura y escritura de la propia experiencia

Como se expuso anteriormente, el esquema interpretativo sobre el relato siguió los tres momentos miméticos que constituyen el arco hermenéutico de Paul Ricoeur (2004), conformado por los momentos: prefigurativo, configurativo y refigurativo.

- Mimesis I (Prefiguración):

La mimesis I o prefiguración provee la pre-comprensión de las acciones narradas. Esta se refiere a lo que hay en el mundo, en este momento se deben identificar los elementos presentes en el mundo fenomenológico y que van prefigurando una narración. De manera que, aquí se configuraron los antecedentes y el “equipaje” con el cual, yo como narrador, me situé ante los fenómenos objeto de estudio (Gaviria y Luna, 2013).

Este momento respondió a las preguntas ¿Cómo llega el narrador a la narración? ¿Cuáles fueron antecedentes de la narración? ¿Quiénes hicieron parte?, ¿Dónde ocurrió?

- Mimesis II (Configuración):

La mimesis II o configuración, es el momento explicativo de cómo se construyó la historia. Después de consolidar una primera versión del relato o de la historia fue necesario reorganizarla de tal forma que pudiera ser seguida fácilmente y coherente; respondí a las preguntas “¿Qué paso entonces?, ¿Y

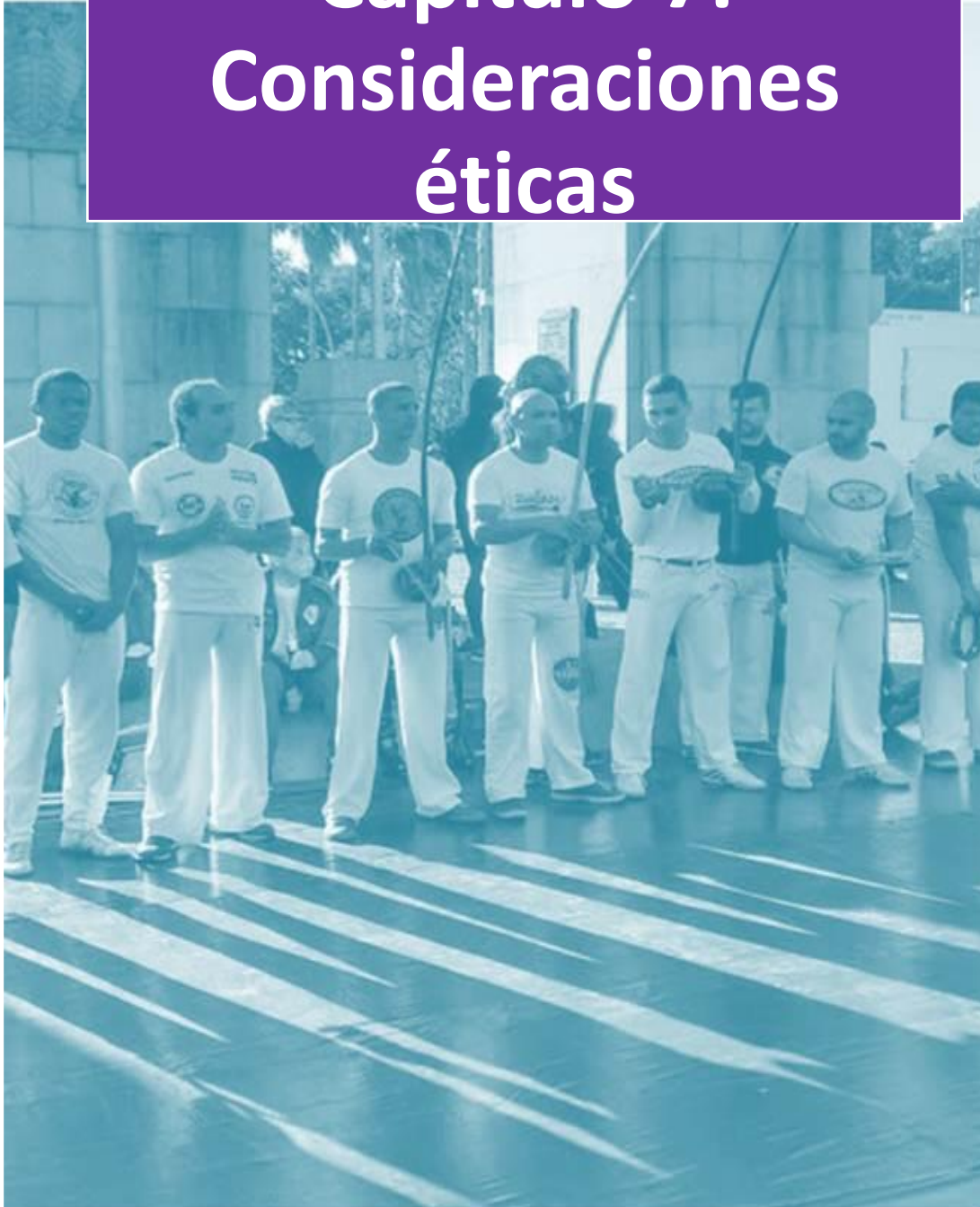
después? ¿Qué sucedió a continuación? ¿Qué acontecimientos se experimentaron? ¿Qué intensidad tuvieron los acontecimientos?

Para ello fue necesario identificar los núcleos más significativos de la historia. Lo cual me permitió reflexionar sobre el contenido y la estructura de la narración y en esa medida definir estilos, partes, temas que conformarían la misma. El resultado fue una historia inteligible y verosímil para lectores externos y con una significancia subjetiva para mí.

- Mimesis III (Refiguración):

La mimesis III o refiguración apunta a la referencia de la narración, con esta se buscó responder “sobre que” o “acerca de que” habla la historia, lo cual constituyó una discusión con otros autores de manera coherente y organizada, produciendo el sentido y la referencia (GAVIRIA; LUNA, 2013). La referencia y el sentido fueron metarrelatos que dieron cuenta del mensaje o conclusión que dejó la experiencia narrada y elaborada por el pensamiento, la lectura y la escritura.

Capítulo 7: Consideraciones éticas



7. Consideraciones éticas

La presente investigación tuvo en cuenta los tratados internacionales y nacionales que regulan la investigación sobre lo humano. De esta manera, se contempló la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) de 2013, donde se insta a los investigadores a garantizar la protección de la vida, la salud, la dignidad, integridad, derecho a la libre determinación, privacidad y confidencialidad de la información personal de los participantes de la investigación (AMM, 2013).

También, se tomaron en consideración las leyes brasileras y colombianas al respecto. En el caso brasiler, la Resolución 466 de 2012 del Consejo Nacional de Salud es clave para conducir investigaciones en las áreas de Ciencias Sociales y Humanas en su interrelación con las áreas de la salud (BRASIL, 2012). Esta resolución fue discutida y revisada por el mismo Consejo en la 59ª reunión ordinaria, que tuvo lugar el 6 de abril del 2016.

En el caso colombiano, se tuvo en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre la investigación con seres humanos, garantizando la integridad física y mental de los participantes (COLOMBIA, 1993).

Más allá de estas normativas éticas que cumplen principalmente un papel regulador, mi interés al respecto se condujo más por establecer un posicionamiento ético y político. Lo anterior se vio reflejado, en un primer momento, en la elección de los temas y en la metodología, pero trascendió al estudio como un todo y a las posibilidades de reflexión que trajo para futuras investigaciones e intervenciones en el campo de la promoción de la salud mental juvenil.

La preocupación por éste tema, como ya se ha retratado en el texto, fue producto de la impactante manera en la que los jóvenes están muriendo en América Latina; si bien nuestra sociedad ha logrado construir una cultura de cuidado sobre los niños y las niñas, pareciera que cuando estos llegan a la adolescencia o cumplen su mayoría de edad, quedan abandonados a su suerte, en tanto la respuesta de la sociedad y la familia ante el cuidado

disminuye, así los jóvenes quedan expuestos a las múltiples violencias, la exclusión social y a la muerte a manos de otros jóvenes. Ante esta situación es necesario resignificar el cuidado y extenderlo como una práctica importante durante todos los ciclos vitales de la persona.

Por otro lado, el enfoque metodológico elegido, pretendió contribuir a la formación de otro tipo de discursos en las áreas de la salud que estén más conectados con la subjetividad de las personas y sus experiencias. Esto es importante porque la construcción de datos cuantitativos por si solos no da cuenta de la realidad compleja de los contextos sociales que vivimos, debe ser complementaria una mirada alternativa que permita comprender los fenómenos.

Finalmente, pienso que las instituciones académicas, y los investigadores que la conformamos, debemos tener una mayor implicación política y social. La investigación académica no solo debe servir para acrecentar el reservorio de artículos en revistas científicas que como bien es sabido tienen un alcance limitado, sino que, la investigación debe servir a la transformación de las prácticas, discurso y tecnologías de la sociedad contemporánea, esto exige un dialogo de saberes más abierto entre la sociedad y la academia.

Capítulo 8: La puesta en escena



8. La puesta en escena (Artículo de resultados)³

A configuração das práticas de cuidado da saúde mental juvenil em Medellín e Porto Alegre: uma narrativa de si⁴

Resumo

O artigo reflete sobre as maneiras de produção da saúde mental juvenil, desde uma visão coletiva, sistêmica e interdisciplinar, nas cidades de Medellín (Colômbia) e Porto Alegre (Brasil). O objetivo foi compreender como se configuram as práticas de cuidado da saúde mental de jovens nos cenários das duas cidades. A narrativa de si foi a perspectiva metodológica utilizada e o processo analítico compreendeu o arco hermenêutico proposto por Paul Ricoeur. Os resultados mostram que as práticas de cuidado da saúde mental juvenil se configuram como processos em rede, na dimensão estrutural e na dimensão micropolítica. A disponibilidade, a cotidianidade e a continuidade são atributos dessa rede de relações. Discute-se o conceito de saúde mental como tensão de forças individuais e coletivas, assim como a potência da resistência e das noções de cuidado de si e dos outros.

Palavras chave: Saúde Mental, Narrativa, Juventude, Medellín, Porto Alegre.

Abstract.

This paper discusses the ways in which mental health takes place, from a collective, systemic and interdisciplinary point of view, in the cities of Medellín

³ Este apartado se presenta en formato de artículo, el cual será enviado a la Revista de Psicología Política de la Associação Brasileira de Psicologia Política, y por eso, el formato de presentación y citación cambia. Las instrucciones para los autores de esta revista se podrán en el Anexo 1 al final de la disertación.

⁴ Esse artigo se deriva da pesquisa intitulada “Práticas de cuidado de la salud mental juvenil: experiencias desde Porto Alegre, Brasil y Medellín, Colombia”, dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

(Colombia) and Porto Alegre (Brazil). The goal of the study was to comprehend how youth mental health care practices are configured in both cities. The narrative of the self was used as methodological perspective, and the analysis consisted of Paul Ricoeur's hermeneutic arc. The results show that youth mental health care practices are configured as network processes, in structural and micropolitical dimensions. Availability, continuity and daily happenings are attributes of the network. Mental health as a concept is discussed as a tension of individual and collective forces. Also, the power of resistance and the notions of care of the self and care of the others are examined.

Key words: Mental health, Narrative, Youth, Medellin, Porto Alegre.

Resumen

El artículo reflexiona sobre las maneras en que se produce la salud mental juvenil, desde una visión colectiva e interdisciplinar, en las ciudades de Medellín (Colombia) y Porto Alegre (Brasil). El objetivo fue comprender como se configuran las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil en los escenarios de las dos ciudades. La narrativa de si fue la perspectiva metodológica utilizada y el proceso de análisis comprendió el arco hermenéutico propuesto por Paul Ricoeur. Los resultados muestran que las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil se configuran como procesos en red, en la dimensión estructural y en la dimensión micropolítica. La disponibilidad, la cotidianidad y la continuidad son atributos de esa red de relaciones. Se discute el concepto de salud mental como tensión de fuerzas individuales y colectivas, así como la potencia de la resistencia y de las nociones de cuidado de si y de los otros.

Palabras clave: Salud Mental, Narrativa, Juventud, Medellín, Porto Alegre.

Introdução

Nas últimas décadas, a utilização de abordagens narrativas tem ganhado força na compreensão de fenômenos complexos que atravessam a experiência subjetiva nos campos da Saúde Mental, da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas (Onocko-Campos et al, 2013; Fonte, 2006). Assim, uma visão mais ampla se coloca sobre a construção de objetos de estudo que problematiza as metodologias e as lógicas tradicionais de produção científica. Entre essas problematizações, questionam-se discursos positivistas e biologicistas nas áreas da saúde, principalmente na realização de pesquisa, pela pretensão de neutralidade e objetividade do pesquisador em relação ao tema e os procedimentos utilizados para acessar o conhecimento (Onocko-Campos & Furtado, 2008).

As narrativas são caminhos interessantes para se apropriar daquilo que a ciência deixou muito tempo de lado pela sua obsessão pela objetividade, ou seja, olhar para a particularidade, a diferença e a subjetividade.

Nos estudos da saúde mental dos jovens, se faz necessário uma visão que consiga compreender as complexidades e os múltiplos cenários de determinação, próprios desse momento vital. Além disso, os contextos de vida dos jovens variam em todo o mundo e requeremos respostas sintonizadas com as problemáticas que experimentamos.

Nas cidades de Medellín, na Colômbia, e Porto Alegre, no Brasil, existem condições semelhantes que contribuem para a reprodução de violências e problemas na saúde mental da população jovem, como acontece em quase todas as grandes cidades da América Latina (Téllez, 2014; PNUD, 2014; Brasil, 2014; Colombia, 2014). A exclusão social, a falta de oportunidades de educação e emprego, o tráfico e consumo

problemático de substâncias psicoativas e as medidas exclusivamente policiais e coercitivas por parte dos governos, são algumas das principais causas do incremento ou permanência das violências (Duque, Montoya & Restrepo, 2011; Neto, 1999; PNUD, 2014).

O combate da delinquência como principal paradigma de trabalho e de orientação dos recursos públicos nas duas cidades tem sido insuficiente e contraproducente; enquanto continuam os cortes de verbas para programas sociais e de saúde (Melchionna & Becker, 2015; Núñez, 2017). Essa falta de investimento repercute a curto e longo prazo no aumento da população carcerária, maior percepção de insegurança e perda de motivação para gerar planos de futuro por parte dos jovens (Silva, 2015).

Os espaços de atenção psicossocial e cuidado da saúde mental, como dispositivos de produção de vida, convivência e exercício de cidadania, são cada vez mais restritos em ambos os contextos. Neste cenário, aparece a necessidade de promover um conceito ampliado de saúde mental coerente com a potência que se percebe nas juventudes. Esse conceito, deve contemplar a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a complexidade e uma perspectiva coletiva de expressão (Escóssia & Kastrup, 2005; Junqueira, 2000; Morín, 1996).

Igualmente, o conceito de resistência se torna importante para estabelecer as maneiras como os jovens tramitam sua saúde mental em cenários de violência e fragilidade institucional (Arias, 2014). Existe uma significância ética, estética e criativa na resistência e na maneira como ela conduz para reconhecer capacidades, habilidades e talentos nas juventudes e coletivos, assim como sua possibilidade de recompor fios cortados no tecido social e mobilizar produções ligadas à arte, à educação e à emergência de sujeitos políticos (Scott, 2004; Arias, 2014; Merhy, 2002).

Na atualidade, alguns elementos da perspectiva ampliada da saúde mental se vinculam em práticas de cuidado formais e informais tanto em Medellín como em Porto Alegre. Contudo, é necessário buscar uma compreensão mais ampla do fenômeno que permita estabelecer elementos chave para a gestão de políticas públicas no campo da saúde mental, e ao mesmo tempo, favorecer processos cotidianos de cuidado e convívio nos cenários naturais onde acontece a vida dos jovens, ou seja, famílias, escolas, bairros, grupos, coletivos, etc.

Em coerência com os elementos anteriores, esse estudo busca compreender como se configuram as práticas de cuidado da saúde mental de jovens nos cenários das duas cidades, entre os anos 2014 e 2016.

Metodologia

A abordagem epistemológica dessa pesquisa é hermenêutica, visto que procura dar sentido e compreender a experiência vivida e as manifestações do particular e subjetivo na esfera que vai desde o individual até o coletivo. O método utilizado é o narrativo, segundo as conceituações do filósofo francês Paul Ricoeur (2004).

A narração é uma maneira penetrante e singular de dar conta da experiência e das ações humanas no cotidiano, convertendo as problemáticas sociais em acontecimentos vitais que atravessam a vida das pessoas, e que por sua “intensidade” - usando o conceito de Rolnik (2007) - são susceptíveis de serem transformados em textos. Assim, o valor e relevância estão explicados pela riqueza da produção subjetiva e discursiva, numa tensão constante entre a realidade dos fatos e a ficção da narração (Bolívar & Domingo, 2006). No entanto, como se descreveu na introdução do artigo, a ficção aqui não significa mentira, pelo contrário, é a possibilidade de esclarecer que, de

fato, a realidade é uma construção social e a produção de discursos, seja qual for, está mediada pelas nossas instituições, crenças e vivências (Onocko-Campos et al, 2013).

O tipo de narração que aqui interessa é de uma natureza diferenciada, sendo que se trata de uma narrativa de si e não de uma narração sobre experiências de outros sujeitos. Dessa maneira, todas as considerações, reflexões e achados surgem da minha experiência como jovem, profissional e pesquisador implicado com cenários, sujeitos, coletivos e dispositivos que versam sobre o cuidado da saúde mental dos jovens em Medellín e Porto Alegre. Em Medellín, analisaram-se as experiências de trabalho psicossocial e de pesquisa junto à Universidade de Antioquia e à Secretaria de Juventude da cidade, principalmente no “Proyecto Icaro”, que era uma estratégia para a promoção da resiliência e a saúde mental, durante os anos 2014 e 2015. De outro modo, tomaram-se as experiências de pesquisa e voluntariado em Porto Alegre, enquanto estudante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e participando em alguns projetos de extensão e estágio no ano 2016, como o Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública e o Programa de Educação Tutorial, os dois com interfase na juventude e a saúde mental.

Além disso, Foucault (1992) sugere que toda escrita é uma escrita de si, nesse caso surgiu a possibilidade de expressar as minhas manifestações vitais sobre o tema por meio de técnicas que procuram ao mesmo tempo rigor e potência da subjetividade.

As técnicas de pesquisa usadas foram o *biograma* e o *diário de campo*. O biograma é uma estrutura geral e cronológica do percurso do sujeito que vincula principalmente acontecimentos vitais (Sanz, 2005). Essa ferramenta, recolhe pontos importantes da própria trajetória de vida nos campos individual, profissional, familiar e coletivo; depois, a partir desses pontos acrescentar dimensões de tempo, modo e lugar, assim como a intensidade do acontecimento, sua relação com os temas do estudo e

capacidade de produzir afetações. Dessa maneira, o biograma serve para dar ênfase, estrutura, ordem e sequência na produção narrativa (Sandín, 2003).

Por sua vez, o diário de campo, que é uma ferramenta comumente usada na pesquisa social, permite um registro permanente do processo de observação. É especialmente útil na análise e interpretação dos dados primários, assim como na construção em tempo real de ideias que podem ser debatidas com considerações posteriores ou fontes secundárias (Sampieri, Fernández & Baptista, 2010).

A rota de análise ou de leitura usou os três momentos miméticos do arco hermenêutico propostos por Ricoeur (2004). A *Mimesis I* ou *prefiguração* da conta dos antecedentes da narração, o ponto inicial e a “bagagem” com a qual o narrador chega para localizar os acontecimentos. Seguidamente, a *Mimesis II* ou *configuração* procura as relações lógicas e de sequência da narração, por meio da identificação dos núcleos fortes da mesma e a trama discursiva da narração. Por último, a *Mimesis III* ou *refiguração* aponta a identificar o sentido e a referência do texto, ou seja, descobrir o eixo condutor da narração, que para os fins desse artigo são os achados principais comentados no apartado da discussão (Ricoeur, 2004).

Resultados

O momento da *Mimesis I* ou *prefiguração* procura responder às perguntas: como se chega à narração? Quais os antecedentes do narrador? Nesse sentido, posso dizer que sou um jovem psicólogo colombiano implicado com as possibilidades e desafios das juventudes na América Latina. Trabalhei em projetos de intervenção e pesquisa, em diferentes temas, relacionados com a saúde mental de jovens em Medellín. Como morador dessa cidade, experimentei os conflitos sociais e as dinâmicas de injustiça e exclusão social, assuntos que também evidenciei em Porto Alegre, durante meus

estudos de mestrado, e que são marcadores comuns nas vivências das juventudes na América Latina.

Nos últimos anos, minhas questões de interesse experimentaram uma transição fundamental, desde os assuntos mais sólidos, estáveis e rígidos a elaborações mais leves e flexíveis. Assim, tenho me permitido olhar outras visões do mundo e de produção de ciência, que permitem a compreensão e a complexidade, num mundo onde a saúde dos coletivos se produz desde inúmeras determinações sociais, políticas, culturais e ambientais.

Chego nessa narração tentando me colocar numa posição de mutua permeabilidade entre as minhas crenças, valores e práticas e os entornos que vou descobrindo nessa caminhada teórico-prática no campo da saúde mental. Vou procurando novos olhares sobre os mesmos temas com o intuito de transcender discursos dogmáticos, e encontro, mais que oposições ou dicotomias, pontos de conexão entre as diversas manifestações que se apresentam nas juventudes de Medellín e Porto Alegre.

O percurso da existência individual e coletiva aparece como uma experiência irreduzível, singular e complexa, mas ao mesmo tempo, emerge uma possibilidade de produção de experiências compartilhadas e semelhantes sem importar o lugar. De modo que, existe uma dimensão da *universalidade* no relato que apresento, tanto que estas experiências são compartilhadas com outros jovens, e a ressonância dos cenários sobre as nossas subjetividades produz desfechos comuns na vida psicológica, social, política, cultural e institucional.

A partir desse lugar, e com o intuito de desvelar alguns aspectos dessa dimensão universal na experiência do cuidado da saúde mental, passo ao momento da *Mimesis II*

ou *configuração*, onde apresento as produções narrativas sobre os dois contextos do estudo, mas também, das configurações similares que aparecem nas práticas de cuidado da saúde mental dos jovens.

Medellín: o devir resistente das juventudes em meio a desafios

Primeiro, é importante dizer que a Colômbia tem um sistema de saúde baseado no asseguramento, com a adoção obrigatória por parte da população de planos de saúde privados, desde uma perspectiva mercantil, que dificulta o acesso das pessoas sem recursos econômicos ou excluídos historicamente das centralidades físicas e simbólicas. Isso faz que a produção de saúde seja um desafio, e a saúde mental aparece ainda mais relegada.

Nesse cenário, existem dificuldades para gerar processos intersetoriais e interdisciplinares na negociação de conceitos e estratégias na saúde mental. Então, os discursos e práticas são muitas vezes mediados pelas perspectivas psiquiátrica ou psicopatológica que se constitui em hegemônica. Isso faz que a experiência de cuidado seja restrita, centrada nos problemas e transtornos mentais e produtora de estigma.

Em Medellín, a situação não é muito diferente em relação ao resto do país, embora, uma parte de nós, trabalhadores psicossociais e da saúde, tentamos produzir discursos diferentes ao hegemônico e práticas de cuidado conectadas com o território, possibilitando a geração de vínculo, solidariedade mútua, escuta aberta, convívio, compartilhamento de experiências e ampliação de sentidos. Isso acontece num clima de insegurança laboral e terceirização da força de trabalho dos profissionais que, sem dúvida, afeta negativamente a nossa saúde mental e a dos usuários. Aparece a figura de *prestador de serviços* como uma maneira mercantil de nomear os trabalhadores psicossociais e da saúde; essa figura é comumente difundida nos serviços, programas e

projetos com uma clara tendência neoliberal de organização do trabalho, que possibilita contratos por poucos meses ou ainda por horas, fragmentando assim os processos de cuidado, a geração de parcerias duradoras e a memória institucional.

Experimentei essa lógica de trabalho e os tipos de relações que produz, os retrocessos e a duplicidade nas ações, e a luta constante de corpos “esquizofrênicos”, que por um lado apostamos pelo planejamento, transversalidade e trabalho em rede; mas de outro lado, colapsamos ante as contingências do instituído e a materialidade das precariedades nas condições de trabalho. Contudo, esse contexto também me permitiu perceber o poder das mobilizações subterrâneas, das grandes ações de pequenas equipes e do meu próprio poder de resistência na invenção de cuidado na alteridade. O cuidado da saúde mental e o trabalho psicossocial não conseguem se acomodar à gestão do trabalho sob a lógica de produtos estimáveis e terminados para entregar a uma parte contratante, quando realmente o que interessa é a construção de um processo subjetivo e dinâmico que requer continuidade, disponibilidade e cotidianidade.

Os processos de trabalho nos quais estive imerso em Medellín foram muito desafiantes, principalmente durante um ano, entre 2014 e 2015, que tive a cargo a coordenação do componente de Intersetorialidade do Projeto Icaro da Secretaria de Juventude. Me sentia por momentos atrapalhado e confundido pela grande carga de trabalho, mas ao mesmo tempo experimentei um crescimento significativo da minha autonomia e capacidade de liderança. Me posicionei como um jovem construindo junto com jovens, isso permitiu maior horizontalidade nas relações e destravar algumas vezes a rigidez dos cronogramas e atividades, permitindo assim a potência da equipe psicossocial que coordenava.

As afetações da saúde mental em Medellín são múltiplas e profundas, nesse sentido o trabalho psicossocial é muitas vezes desgastante. Os desenraizamentos e

violências da década do 90 e começo do milênio têm gerado marcas que são perceptíveis nos jovens de hoje. Também, sentimos de perto, nós jovens dessa cidade, as feridas no tecido social, decorrentes do acionar de múltiplos grupos armados em disputa (força pública, guerrilhas, paramilitares e bandas criminais), e as implicações que tudo isso origina sobre uma cultura da ilegalidade e o medo, assim como as restrições em direitos básicos como o livre trânsito pela cidade. Algumas das marcas e feridas continuam abertas em muitos casos e ambientes; e a emergência de uma saúde mental, caracterizada por forças em tensão, se visualiza de maneira clara em nós. Emerge uma tensão fundamental entre agressividade e produção de práticas de cuidado nos jovens, o que coloca a perspectiva de risco psicossocial como superada, porque não se trata de alguns problemáticos e outros saudáveis, mas da potência de sujeitos com heterogeneidades dentro e fora de si e com construções sobre o ético e moral em constante confronto.

Nesse panorama de tensões, a família, os amigos e o bairro se situam como cenários básicos para as práticas de cuidado da saúde mental. O transitar por espaços de cuidado imersos no cotidiano me permitiram sentir o poder reparador do diálogo e a escuta; nas conversas com colegas psicólogos brincávamos dizendo que “não existe melhor psicoterapeuta que um bom amigo ou um taxista velho”, essas palavras fazem cada vez mais sentido, sendo que as vias naturais de do cuidado da saúde mental são talvez as mais potentes, e as ações mais especializadas, só são necessárias quando as anteriores faliram. Os dispositivos informais de cuidado se configuram em redes de relações que geram afeto, identificação, convívio e suporte. Nesse sentido, se estabelece uma *micropolítica do cuidado*, ou seja, uma negociação de sentidos, discursos, corporalidades e práticas em contextos vinculares abertos, relativamente estáveis e próximos que mantêm vivas as tensões geradoras de potência da saúde mental.

O caso da proliferação de coletivos de jovens em Medellín é uma mostra clara dos efeitos na saúde mental ligados à riqueza dos vínculos, em espaços mediados pela arte, pela dança, pela escrita, pela música, pelos grafites. Também, existem fortes mobilizações sobre reivindicações políticas pela vida e uma renúncia a esquecer os mortos. Esses coletivos emergem de forma espontânea, configurando respostas resistentes ante as violências e desafios da cidade. Compartilhar espaços com líderes desses grupos constituiu uma possibilidade de repensar meu rol político e posição como profissional jovem, focando nas nossas necessidades apreendidas e não necessariamente naquelas que aparecem em manuais de atenção psicossocial trazidos de outros contextos e realidades.

Por outro lado, os cenários formais de cuidado da saúde mental na cidade (serviços de saúde, escola, programas e projetos) se tornam uma estratégia para ajudar no transito pela juventude e para lidar com tensões psicológicas e coletivas. Esses espaços ainda são pensados fortemente desde a lógica de “estilos de vida saudáveis”, o que sugere uma teleologia do cuidado, relativamente rígida e esperável, ou seja, uma construção delimitada de sujeitos possíveis, um dever ser. A própria transição na maneira como penso minha saúde mental pode mostrar como os estilos de vida saudáveis, não soa suficientes para gerar práticas de cuidado coerentes com a complexidade da vida. Minha vivencia na tensão entre o dionisíaco (o vinho, a festa, a poesia) e o apolíneo (as formas, a razão, a coerência) gerou perguntas sobre a construção ética e estética do mundo. Entendi que não somente o equilíbrio, as boas maneiras e a racionalidade fazem bem para à saúde mental; também o descontrole, o etéreo, a perda de formas, o estresse e a festa constituíam fortalezas no devir subjetivo da saúde mental.

Contudo, nos serviços formais os jovens encontramos linhas de fuga, estabelecendo a possibilidade de produção de “modos de vida” singulares na relação entre o trabalhador da saúde ou psicossocial e os participantes. Nesses espaços, ganhamos principalmente oportunidades de geração de vínculos, socialização e diversidade; deixamos de ser o centro, reconhecemos a nós mesmos e aos outros, identificamos e fortalecemos os recursos (próprios e coletivos) e aprendemos a conectarmos com as oportunidades e desafios que oferece a cidade.

Resumindo, os cenários formais de cuidado da saúde mental procuram duas mudanças ou movimentos principais, movimentos que eu mesmo experimentei como trabalhador junto a outros jovens no “Proyecto Icaro”: pretendem mobilizar a juventude da solidão para a dimensão do convívio e a pluralidade, e transitar da desesperança à esperança na construção e vivência da cidade.

Porém, é possível que o aprendizado mais importante, que poderia favorecer um serviço formal, é que um jovem consiga se reconhecer como *sujeito político* em interação com cenários complexos, onde a produção de resistências próprias e coletivas se convertem em maneiras de transitar na cidade, se sobrepôr ante as injustiças e de viver a saúde mental. Meu próprio reconhecimento como *sujeito político* não veio da formação acadêmica, senão que emerge da prática profissional em equipes de trabalho e processos de intervenção junto a jovens.

Porto Alegre: as tensões na emergência de uma saúde mental coletiva

O Brasil conseguiu gerar o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988. Essa foi uma vitória de múltiplos movimentos sócias e dos trabalhadores da saúde. O SUS apresenta maneiras renovadas da gestão e planejamento do trabalho, produção de práticas de cuidado e controle social em saúde.

Entretanto, as promessas do SUS permanecem ainda em construção e apresentam barreiras para que o direito à saúde seja uma realidade plena. Além disso, existem fortes ameaças decorrentes da mudança abrupta no modelo de governo do país no ano 2016, depois do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff.

Quando cheguei em Porto Alegre, no ano 2015, achei desafios importantes e rapidamente percebi que eram compartilhados por outros jovens imigrantes que vieram no Brasil para estudar. No meu caso, pensar o tema da saúde mental juvenil a partir de outra cultura, outros símbolos e outro idioma foi assustador, mas ao mesmo tempo se abria a possibilidade excitante de interagir com toda essa alteridade e que fosse produtiva. Como uma professora brasileira dizia: “que os outros nos afetem e atravessem, esse é o risco da alteridade”.

Na procura de algum serviço, espaço ou coletivo que trabalhasse com jovens na cidade, para me inserir nele como uma ação importante para meu processo de pesquisa, evidenciei os cortes de investimentos públicos para programas sociais e de saúde. Projetos que trabalhavam com populações fortemente afetadas pela violência na cidade foram deficientemente financiados, por exemplo o Instituto Sociocultural Afro-Sul Odomodê que tem uma proposta artística e cultural com juventudes negras.

De outro lado, os dispositivos contemplados pelo SUS para o cuidado da saúde mental apresentam para mim dinâmicas interessantes, comparado com a Colômbia, onde não existem dispositivos semelhantes. Os Centros de Atenção Psicossocial, o Consultório na Rua e a estratégia de redução de danos sobressaem pela sua potência na criação de maneiras de cuidado e produção de vínculos. Todos eles são pensados como estratégias coletivas, situadas no território e que possibilitam *práticas de cuidado de si e dos outros*, porque promovem a autonomia, a liberdade e a responsabilidade, ainda que na realidade existam grandes desafios para manter esses valores. Todavia, tive a

oportunidade de conhecer alguns desses dispositivos em ação, nos meus recorridos curiosos pela cidade e nas conversas com profissionais inseridos nesses serviços, e se percebe ainda a presença dos discursos psiquiátricos nas práticas de cuidado, principalmente em relação à medicalização.

Da mesma forma que em Medellín, em Porto Alegre as práticas de cuidado da saúde mental estão mediadas também pela arte, a música, a dança, o diálogo e a invenção constante de novos dispositivos de trabalho e teorização. Talvez esse processo tenha a ver com a forte presença de instituições acadêmicas em Porto Alegre que pensam, pesquisam e intervêm em temas de saúde mental a partir de uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, produzindo práticas de cuidado ampliadas, focados na geração de vínculos e na reflexão constante das ações. Um exemplo disso são os programas em Saúde Coletiva na graduação e pós-graduação, as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, a Escola de Saúde Pública e múltiplos projetos de extensão universitária como os Programas de Educação Tutorial e o Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública. Nesses dois últimos projetos tive a oportunidade de participar como voluntário, foi uma experiência de imersão em alguns cenários de trabalho com jovens. No Acompanhamento Terapêutico observei como um grupo de jovens estagiários de psicologia se aproximavam de uma *clínica da saúde mental coletiva*, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica nos espaços naturais das pessoas, algumas delas com sofrimento psíquico importante, e perceber dois mecanismos utilizados que acredito potentes: o uso da rua como um dos espaços de contato terapêutico e a possibilidade de se vincular com os usuários a partir do afeto e a confiança, assuntos que numa clínica psicológica tradicional são indesejáveis ou restritos.

Para sintetizar, um dos assuntos mais interessantes das práticas de cuidado da saúde mental juvenil na cidade é a gênese do que chamo de *moralidade da multiplicidade*. Essa orienta um olhar sobre o cuidado desde o acolhimento, a heterogeneidade, a diversidade e a produção de vida; que se coloca como diferente às perspectivas morais baseadas na salvação (a culpa, a abnegação, a renúncia) ou coercitivas (a polícia, a lei, a punição). Contudo, essas perspectivas morais interagem de maneira constante e estão em permanente tensão.

Desde minha perspectiva, no Brasil, o trabalhador psicossocial ou da saúde mental tem conseguido gerar outro tipo de moralidade a favor da inclusão social, isso se percebe em práticas como o acolhimento, a redução de danos e a reforma psiquiátrica, por exemplo. Na Colômbia, ainda se tenta conduzir aos sujeitos pelo “bom caminho”, existe uma moralidade judeu-cristã imperante que tem efeitos sobre as maneiras como se cuida e como não se cuida da saúde mental.

Numa cidade como Porto Alegre, em que os jovens experimentam fortes cenários de exclusão social, a emergência de uma moralidade da multiplicidade permite gerar discursos voltados a reivindicar direitos das juventudes. No meu descobrimento da cidade me deparei com uma divisão fundamental entre *centralidade* e *periferia*, não só na dimensão espacial senão também, e principalmente, na simbólica. Os jovens da centralidade acessam serviços de saúde, emprego e educação de qualidade; enquanto os jovens da periferia, com uma porcentagem significativa da população negra, sofrem múltiplas violências e discriminação. A moralidade da multiplicidade é um fio condutor para me movimentar pela cidade, que permite subverter discursos como “bandido bom é bandido morto”, frase que se espalha fortemente e contribui com a perpetuação das violências. Nesse sentido, a formação de resistências se converte num atributo importante para favorecer a saúde mental dos jovens.

Uma experiência valiosa aconteceu na ocupação de escolas e depois de faculdades na capital e outras cidades do Rio Grande do Sul, durante o ano 2016, principalmente em resposta à Proposta de Emenda Constitucional 55 de 2016 sobre o teto dos gastos públicos. Visitei uma ocupação numa escola pública de Porto Alegre e foi interessante como os jovens se uniram numa ação coletiva compacta que exigia melhor financiamento e qualidade na educação, entre muitas outras questões. Minha participação não foi muito ativa, ainda que era uma experiência única, assumi uma atitude tímida de observador. Era um dos momentos mais interessantes e ao mesmo tempo convulsionados do Brasil e em vários momentos eu não fiz mais que observar, acho que me sentia intimidado pelos múltiplos acontecimentos e a insegurança que implicavam para mim como estrangeiro. Depois disso, decidi sair mais para a rua e para as manifestações, e assim, de algum jeito, pagar essa dívida que ficou por causa da minha passividade durante as ocupações.

Em definitivo, a resistência se coloca como uma expressão privilegiada das tensões da saúde mental dos jovens e sua potência, logo, a educação se converte num artefato de diminuição das desigualdades e exclusões mencionadas.

Pontos de encontro para o cuidado da saúde mental juvenil

Para finalizar o momento da *Mimesis II* da narração, é relevante pensar em pontos de encontro que, em ambos os contextos, operam como atributos constituintes das práticas de cuidado da saúde mental juvenil.

A principal conexão é que as práticas de cuidado da saúde mental que produzem vida e potência se configuram como *processos em rede*, conforme apresentado na Figura 1. Isso acontece em dois sentidos, por um lado está a *dimensão estrutural*, que conecta aos atores nos níveis intersetorial, interdisciplinar e a rede de serviços formais

de cuidado em saúde mental. Por outro, está a *dimensão micropolítica*, que se refere ao vínculo, às redes de apoio, aos espaços de socialização, ao encontro terapêutico, à diversidade, a vivência junto à família, os coletivos, aos grupos, à escola e ao bairro. Essas duas dimensões são interdependentes e na experiência concreta de cuidado elas podem se apresentar simultaneamente. Através de minha vivência, percebo que em Porto Alegre a dimensão estrutural está mais fortalecida, enquanto em Medellín a dimensão micropolítica é uma tendência marcada e envolve múltiplas práticas cotidianas que favorecem o cuidado da saúde mental.

Figura 1. Configuração das práticas de cuidado da saúde mental juvenil



Fonte: Elaboração dos autores

Além disso, existem três características ligadas ao sucesso na geração dessas práticas e que são transversais nas duas dimensões mencionadas: a disponibilidade, a cotidianidade e a continuidade. Essas características não impõem um desenvolvimento esperável ou um dever ser, pelo contrário, são atributos flexíveis que fazem referência à forma e não ao conteúdo das práticas. *Disponibilidade* significa que a prática de cuidado da saúde mental se apresenta aberta, ampla, acessível em tempo e lugar e contempla a

multiplicidade. Isto implica que os dispositivos formais e informais de cuidado devem ser acolhedores, como se espera que ocorra na escola, na família e nas estratégias ligadas a políticas públicas no campo da saúde mental.

De outro lado, a *cotidianidade* refere a relação com a experiência, a reflexão e a produção sobre o mundo, assim como o cenário próprio para o cuidado de si e dos outros como uma construção situada. Na *dimensão estrutural* como que na *dimensão micropolítica* devem existir uns contatos diretos com o cotidiano da vida, as realidades e necessidades dos jovens e a utilidade prática das ações de cuidado. Finalmente, a *continuidade* assegura uma relativa permanência, estabilidade, sustentabilidade e conexão com outros níveis e ofertas de cuidado. Por exemplo, a instabilidade laboral dos trabalhadores no campo da saúde mental, as rupturas na coesão social de um bairro ou a falta de coerência nas trocas de governos municipais, são assuntos que afetam a continuidade do cuidado da saúde mental juvenil.

Em Medellín, assim como em Porto Alegre, a saúde mental juvenil está atravessada pela geração de vínculos que se convertem em redes de cuidado. As práticas de cuidado de si e dos outros, nas quais estamos imersos, originam uma ética e estética do cuidado, porque procuram o belo e o bom, mediante artefatos múltiplos (simbólicos, culturais, materiais) que são inventados constantemente. Nessa perspectiva, o âmbito mental não é uma parte ou segmento de um todo, mas um acúmulo de relações que refere a uma unidade corpórea. Então, não existe uma ferramenta que cirurgicamente intervenha só o mental, sendo que a afetação do mental se produz por práticas que atravessam as corporalidades.

Assim, a saúde mental juvenil se experimenta como uma tensão constante, mas não entre elementos que são opostos ou dicotômicos, como saúde-doença, risco-proteção; senão entre modos de vida e interações sociais, culturais e políticas, o que

origina processos singulares, diferentes e múltiplos de experiência sobre a saúde mental. Isso traz a emergência do coletivo e do ambiente como cenários primordiais para serem pensados, como lugares que mantêm vivas em nós as forças em tensão e a sua potência.

Finalmente, e como comentei em cada uma das cidades, a resistência que mostram as juventudes é fundamental para lidar com as tensões da vida e as violências. A resistência nos ajuda a fortalecer as iniciativas coletivas, favorece nosso trânsito pelas cidades com suas ofertas de cuidado e suas adversidades, e possibilita a construção do sujeito político. Todos esses elementos são fundamentais para compreender uma saúde mental situada.

Discussão

O último momento do arco hermenêutico que propõe Paul Ricoeur (2004), a *Mimesis III* ou *refiguração*, procura conectar os fios da narração com outras para gerar referência e sentido. Então, proponho uma conversa com outros autores para procurar alguns lugares de encontro.

A saúde mental se insere numa rede de relações que emerge e gera complexidades. A configuração das práticas de cuidado da saúde mental juvenil dependerá de dispositivos que atuem em rede no sentido que expôs Michel Foucault (1985), como um conjunto de instituições, discursos, estruturas, espaços, enunciados, o dito e não dito, perspectivas filosóficas e moralidades. Esses elementos em rede estão na base das formas que propiciam as práticas de cuidado na saúde mental nas duas cidades analisadas. Aqui, o conceito de rede significa produção vincular e tecido social como atividade humana, ou seja, não se trata somente de serviços de cuidado formais e informais, mas também dos dispositivos culturais e simbólicos que se interligam no cotidiano para a emergência do cuidado.

Na produção narrativa desse estudo, experimentei duas dimensões nas quais se manifestam esses processos em rede, que realmente operam mais como elementos de explicação e compreensão do que como realidades fáticas separadas. A *dimensão estrutural* se refere à geração de relações em um nível que compreende as instituições no sentido formal e material, o que leva a concluir que os vínculos e as relações de poder entre atores estatais, não governamentais, coletivos e privados, são os responsáveis de determinados arranjos na oferta dos serviços de cuidado da saúde mental, das práticas e interesses intersetoriais e das possibilidades de um verdadeiro diálogo de saberes entre esses atores (Junqueira, 2000; Morín, 1996). Essa rede complexa de relações conduz a efeitos difíceis de estimar ou medir, mas, na experiência concreta da vida, gera potências ou debilidades nos serviços de saúde, na interface entre direitos sociais e as condições de saúde e na visão que tem uma sociedade sobre assuntos como o sofrimento mental e as suas terapêuticas (Bang, 2014), mencionando só algumas questões.

Também, a produção de redes no cuidado da saúde mental se apresentou numa *dimensão micropolítica*. Aqui o micropolítico não significou pequeno ou menos importante, não é uma questão de escala, senão de outro cenário no qual se dá a produção de subjetividades (Merhy, 2002; Feuerwerker, 2014). Emerson Merhy (2002) enfatiza sobre a importância do trabalho em saúde como uma experiência micropolítica de negociação de sentidos, afetações mutuas, discursos, confianças, etc.; e como um processo que se produz em ato, ou seja, no encontro. Expandindo essa possibilidade, é plausível pensar em um cuidado da saúde mental que vivenciamos não só nos serviços formais, mas também, e como cenário básico, no convívio espontâneo nos grupos sociais, coletivos e instituições como a família, a escola, a igreja, e outras. Assim, as práticas que cuidam da saúde mental se expressam principalmente como *tecnologias*

leves, porque estão baseadas no vínculo próximo e visam uma experiência ética e estética do encontro (Merhy, 2002; Feuerwerker, 2014).

Em conclusão, são três as características dessas redes produtoras de práticas de cuidado da saúde mental em Medellín e Porto Alegre: a disponibilidade, a continuidade e a cotidianidade. Os dois primeiros têm muita relação com os conceitos orientadores dos sistemas nacionais de saúde no mundo, especialmente aqueles focados na Atenção Básica/Primária em Saúde (Dimenstein, 2013; Seixas e cols. 2016). Contudo, nos achados desse estudo, esses dois conceitos significam mais que estratégias de qualidade da atenção nos serviços de saúde, sendo que se referem também a cenários informais e às lógicas de geração de redes na *dimensão estrutural*; quer dizer, por exemplo, que as relações intersetoriais também requerem disponibilidade e continuidade.

Além disso, a cotidianidade é uma característica fundamental para pensar em uma saúde mental situada. Os dispositivos, que por muito tempo têm produzido práticas e terapêuticas fora da cotidianidade, como o hospital psiquiátrico, mostram as prejudiciais lógicas de assujeitamento e controle no campo da saúde mental (Foucault, 2001). Antônio Lancetti (2006), em seu livro *Clínica peripatética*, apresenta a força de outras terapêuticas que têm sua gênese na cotidianidade e se referem a ela como cenário natural das práticas de cuidado da saúde mental, ao final, essas práticas produzem seus efeitos na vida, nos acontecimentos e na experiência individual e coletiva. Igualmente, a potência da cotidianidade na saúde mental juvenil vive em espaços de socialização muito diversos e não exclusivos ao campo das terapêuticas; também o bairro, a família e o “parche” (como se diz na Colômbia a um grupo de jovens que se sentem vinculados e identificados entre eles) são cenários fundamentais de cuidado.

Como se comentou anteriormente, a saúde mental se insere numa série de práticas de cuidado de si e dos outros, o que necessariamente refere aos últimos escritos

de Foucault, e principalmente a seu livro *História da Sexualidade* (1991). Ali, o autor se remonta à antiguidade greco-romana e começo do cristianismo para explicar as operações (*tecnologias do eu*) que o cidadão usava para se transformar e se construir como sujeito (Foucault, 1991,1996). Essas operações não aludem somente a atividades individuais, mas são especialmente coletivas e mediadas por dinâmicas de poder. Sob essa ótica, as práticas de cuidado da saúde mental são dispositivos que delimitam uma visão do mundo, uma relação com os outros e umas operações sobre si (Foucault, 1991,1996). Então, existem algumas práticas de cuidado de si e dos outros que são produtoras de subjetividades, autonomia e modos de vida singulares, permitindo uma perspectiva de fuga para pensar a potência da resistência no plano da saúde mental.

Dessa forma, o conceito de resistência é central para pensar a saúde mental juvenil como plano de tensão de forças, produções coletivas e invenção de subjetividades. Para Beatriz Arias (2014), a resistência opera como uma possibilidade de confronto com as relações de poder, mas não somente às relativas ao Estado, senão todas aquelas manifestações que espalham forças de poder, múltiplas e difusas na vida cotidiana. Além de grandes revoluções, as resistências nesse nível permitem explorar ações comuns e potentes no sentido de tecer mundos compartilhados e tensões respeito às grandes desigualdades sociais (Arias, 2014). Em coerência, essa interdependência entre saúde mental juvenil e resistência origina uma rica expressão de sujeitos políticos e uma implicação com a justiça social e a transformação (Scott, 2004).

Em ambas as cidades estudadas aparecem ações de resistência cidadã e juvenil que produzem importantes efeitos positivos sobre a saúde mental. Na literatura científica estas ações podem se agrupar em dois sentidos: primeiro, a resistência constrói maneiras criativas de tramitar as adversidades, enfrentar as injustiças e os conflitos psicológicos e sociais próprios da juventude, principalmente, numa sociedade

fortemente atravessada pelo modelo capitalista e neoliberal, que produz doença mental e física de maneira indiscriminada, devido a lógicas como o precarização do emprego, a privatização da educação, a construção de parâmetros sociais irreais ou inalcançáveis, a solidão, etc. (Nieto, 2009; Petras, 2003). Assim, a resistência ajuda a lidar com as múltiplas manifestações que tentam afetar negativamente a saúde mental. No segundo sentido, a resistência gera possibilidades de agremiação, de construção coletiva e de produção de identidades conectadas por afetos, acontecimentos, relatos, crenças e desejos semelhantes, sendo que esses vínculos, como já foi dito, são os insumos principais de configuração de práticas de cuidado da saúde mental (Arias, 2013; Scott, 2004).

Essas duas vias, nas quais a resistência produz potência para a saúde mental, ainda podem ser melhor detalhadas e compreendidas. Com certeza, constituem caminhos muito interessantes para a pesquisa e a prática, que até agora não recebem a atenção que merecem.

Finalmente, para motivar a futuras narrações e interlocuções apresento dois temas em aberto para que a conversa se expanda. Um deles está relacionado com as moralidades no cuidado da saúde mental juvenil, por ser uma área de reflexão indispensável para pensar questões que estão na base das configurações sociais, culturais, políticas e históricas que produzem um tipo de práticas e não outras. O segundo tema é a saúde mental do imigrante jovem. A importância desse tema é fundamental num mundo que vive fortes fluxos migratórios de populações que, por múltiplos motivos (entre eles violência, exclusão social e perda de possibilidades de futuro), se deslocam dos lugares onde têm construído suas redes de relações e experimentam sofrimento mental e angústia.

Referências.

- Arias, B. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276-282.
- Arias, B. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud colectiva*. 10(2), 201-211.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Bolivar A & Domingo J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. *Forum Qual Soc Res*, vol. 7, n. 4, p. 1-43.
- Brasil, Secretaria Nacional de Juventude. (2014). Mapa da violência: os jovens do Brasil. Brasília. Disponível em: www.juventude.gov.br/juventudeviva.
- Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2014). *Forensis 2014: Datos para la vida*. Bogotá, Colombia. ISSN 2145-0250.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *CS*, (11), 43-71.

- Duque LF, Montoya N, Restrepo A. (2011). Violencia, alcohol, drogas, tabaco y sexualidad insegura en Medellín y el Área Metropolitana, 2007. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Escóssia, L. D., & Kastrup, V. (2005). O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. *Psicologia em estudo*, 10 (2), 295-304.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida.
- Fonte C. A. (2006). A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto do processo de construção de significados. *Psicologia: teoria e prática*, 8(2), 123-131.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad. Tomo III: la inquietud de sí*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault M. (1992) A escrita de si. Em: *O que é um autor?* Lisboa: Passagens. 1992. pp. 129-160.
- Foucault M. (1996). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, Michel. (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes
- Junqueira, L. A. P. (2000). Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 35-45.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec

Melchionna F & Becker N. (Org.); Matos R & Nasi L (Cols.). (2015). Mapa dos Direitos Humanos, do Direito à Cidade e da Segurança Pública de Porto Alegre 2015. Porto Alegre: Stampa Comunicação.

Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. Saúde em debate, 145.

Morín, Edgar. (1996). Ciência com consciência. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

Neto, P. M. (1999). Violência policial no Brasil: abordagens teóricas e práticas de controle. Cidadania, justiça e violência. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 129-148.

Nieto, J. (2009). Resistencia civil no armada en Medellín. La voz y la fuga de las comunidades urbanas. Análisis Político, 22(67), 38-59.

Núñez A. (2017). Revista al Alcalde más mediático de Colombia. Bogotá: La Silla Vacía, 22 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://lasillavacia.com/silla-llena/red-social/historia/revista-al-alcalde-mas-mediatico-de-colombia-59859>.

Onocko-Campos R. T & Furtado J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saude Publica, 42(6), 1090-6.

Onocko-Campos R. T., Palombini A., Leal E., Serpa Júnior O. D., Baccari I. O., Ferrer A., Diaz A., Xavier M. A. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 18, n. 10. 2847-2857.

- Petras, J. (2003). Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental. *Barbecho: Revista de Reflexión Socioeducativa*, 2, 13-16.
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). Resumen informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014: seguridad ciudadana con rostro humano, diagnóstico y propuestas para América Latina. Nueva York: PNUD.
- Ricoeur P. (2004). Tiempo y narración. Tomo I. configuración del tiempo en el relato histórico. México: Siglo XXI Editores.
- Rolnik S. (2007). Cartografía sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS.
- Sampieri R, Fernández C & Baptista P. (2010). Metodología de la investigación. México D.F: McGraw-Hill.
- Sandín M. (2003). Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. España: McGraw-Hill.
- Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*, 57(1), 99-116.
- Scott J. (2004). Los dominados y el arte de la resistencia. México: Era.
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Junior, H. S. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12(1), 113-123.

Silva S. (2015). Una urgencia para Medellín: la población carcelaria. Medellín: El Colombiano – Edição Virtual, 19 de março de 2015. Disponível em: <http://www.elcolombiano.com/opinion/columnistas/una-urgencia-para-medellin-la-poblacion-carcelaria-AE1530893>.

Téllez V. (2014). Colombia y Brasil, los países más desiguales de América Latina. Bogotá: El Espectador- Edição virtual, 8 de abril de 2014. Disponível em: <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/colombia-y-brasil-los-paises-mas-desiguales-de-america-articulo-485751>.

Capítulo 9: Los confines de la narración



9. Los confines de la narración.

William esta y ha nacido en el confín,
sobre una extraña senda de la transición,
también dicho sea de paso, muere en él.
Pero no sólo muere en el confín, va más allá,
se desliza como hielo sobre metal liso.
William muere como un cuerpo en movimiento.
Muere y renace cuando el tiempo se detiene en la mente;
la movilidad lo hace renacer.

(Texto del autor, inédito.)

El confín se puede entender como un plano donde termina algo y comienza otra cosa. El confín designa una zona, no un punto concreto, que permite pensar los nexos entre los alcances, los límites y las posibilidades de mundos en interacción.

A continuación, se presentarán los confines de esta disertación, en términos de las conclusiones a las que llegué, los límites propios de mis hallazgos y los horizontes que abre a nivel académico y práctico.

9.1. Conclusiones

- La narrativa de sí, más que un método para describir acontecimientos aislados, se convirtió en un diálogo conmigo mismo, un encuentro y desencuentro con mi ser, mi identidad y las cotidianidades diarias que me permitieron comprender que mi propia experiencia –que a su vez es el resultado de construcciones sociales- jugaba un papel importante en la configuración de prácticas de cuidado de la salud mental; en el proceso metodológico y su plan de interpretación de acontecimientos, me permití hacer deconstrucciones y reconstrucciones de saberes previos, nuevas lecturas subjetivas de las complejas realidades sociales, políticas y culturales que han acompañado la conceptualización de la salud mental y el devenir de esas prácticas de cuidado. En esa medida la metodología narrativa tuvo un efecto transformador y formativo en mí, como investigador y narrador, al desplegar mi reflexividad y abrirme a la

posibilidad de comprender dispositivos más cercanos a las realidades juveniles para cuidar de sí y cuidar de los otros.

- Los acontecimientos que identifiqué en mi experiencia como importantes en la producción de salud mental juvenil han emergido de espacios vinculares de cuidado de los cuales he hecho parte. El trabajo, la familia, los amigos, la fiesta, la académica y los colectivos de jóvenes fueron los escenarios a partir de los cuales se configuró mi relato.
- Las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil en Medellín y Porto Alegre se configuraron como procesos en red, es decir, que la producción de vínculos humanos en la escena estructural y en la micropolítica es fundamental para la emergencia del cuidado. Desde mi perspectiva, encontré que en los dos contextos los jóvenes, sistemas y dispositivos de cuidado actúan de manera similar frente a fenómenos como la violencia y la exclusión social; en este sentido, las redes de cuidado proveen soporte, vinculación, afecto y trabajo intersectorial.
- Las prácticas de cuidado de la salud mental se dan en dos dimensiones, la estructural y la micropolítica. Experimenté como estas dos dimensiones operan de manera interdependiente. La dimensión estructural refiere a los procesos en red entre actores a nivel intersectorial, así como la gestión de sistemas y políticas relacionadas con la salud y la salud mental; en este sentido, la negociación de sentidos y prácticas, propio de la dimensión micropolítica, también se hace presente en aquellos espacios. En relación a la dimensión micropolítica, comprendí que tiene que ver con el establecimiento de vínculos en escenarios como la familia, la escuela y los colectivos. Así como se presentan influencias de lo micropolítico en lo estructural de las prácticas de cuidado, igualmente, lo estructural también ofrece condiciones de posibilidad sobre cómo se dan las interacciones micropolíticas; por ejemplo, el espacio y la estructura de una consulta psicológica o psiquiátrica como dispositivo de cuidado en salud mental,

configura el tipo de prácticas, sentidos, discursos y corporalidades que se ponen en juego en la relación usuario-trabajador de la salud.

- En la comprensión de las prácticas de cuidado de la salud mental de jóvenes en ambas ciudades, encontré más similitudes que diferencias, aunque pareciera que en Porto Alegre la dimensión estructural tiene mayores fortalezas, mientras que en Medellín, la dimensión micropolítica tiende a presentar mayores vías de expresión en relación a las prácticas de cuidado.
- A partir de mi estudio, entendí que cotidianidad, la disponibilidad y la continuidad pueden ser atributos importantes a tener en cuenta en la producción de prácticas de cuidado en salud mental juvenil, tanto en la dimensión estructural como en la dimensión micropolítica.
- Durante la investigación pude problematizar el concepto de salud mental. Más allá de las definiciones planteadas por la OMS, pienso que la salud mental juvenil tiene que ver con una tensión y una potencia a nivel intrapsíquico, social, cultural, histórico y político. Así, la salud mental puede ser conceptualizada desde una perspectiva transdisciplinar y colectiva.
- La noción de resistencia fue importante para comprender la salud mental juvenil, en tanto evidencio las maneras en que las juventudes, de Medellín y Porto Alegre, enfrentan las condiciones de exclusión social, vulneración de derechos y violencias. Además, la resistencia invita a pensar expresiones colectivas conectadas con el arte, la danza, la música, la memoria, entre otras.
- El recorrido investigativo, también permitió entender que las prácticas de cuidado no son procedimientos que exclusivamente afectan lo mental, sino que son procedimientos de cuidado de sí y de los otros que, desde una mirada ética y estética, están orientados a la producción de vida y subjetividad. En el marco de esas prácticas generales es que se vive la experiencia de cuidado de la salud mental.

- En Medellín al igual que en Porto Alegre, percibí que las juventudes no tienen los suficientes dispositivos de cuidado de la salud desde la sociedad y el Estado. Parece existir cierta marginalización de los asuntos juveniles, no se visibilizan nuestras necesidades y aparecen de manera tangencial en la agenda política y social. Ante esta situación es necesario resignificar el cuidado de la salud mental y extenderlo como una práctica importante en América Latina, durante todos los ciclos vitales de la persona, y prestar especial atención a la población joven.
- El proceso de formación en la maestría logró movilizarme de manera más decidida hacia una militancia alrededor de los campos de la salud colectiva y la salud mental, como una apuesta no dogmática de acercarme a la realidad juvenil, comprender nuestras necesidades y proponer alternativas de cambio desde la implicación subjetiva, el trabajo, la alegría, la resistencia y los escenarios de cuidado compartidos.

9.2. Límites

- Los alcances de esta investigación tienen sentido en el campo de la construcción subjetiva del conocimiento. En la disertación, se llega a un nivel de comprensión que está en el marco de mis propias experiencias, en relación a la configuración de prácticas de cuidado de la salud mental juvenil; en este sentido, no se realizaron análisis de interacción entre mi relato y relatos de otros sujetos implicados en estas configuraciones, aunque claramente, mi construcción narrativa estuvo mediada por experiencias colectivas y situadas.
- Más que una limitación, fue un reto comprender los discursos y prácticas de la salud mental a partir de unos símbolos, un idioma y una perspectiva diferente a la que estaba habituado antes de la maestría. Pensar la salud mental en portugués, desde los referentes conceptuales y prácticos de la salud colectiva y a partir de otras maneras de nombrar y acercarse a las

realidades, fue una experiencia rica de multiplicación de sentidos, pero también fue desafiante.

- No fue fácil conseguir los lugares para hacer voluntariados en Porto Alegre que fueran afines a mis intereses de estudio, lo cual retraso un poco la inmersión en las prácticas de cuidado formales existentes en la ciudad.
- La mayor parte de las experiencias en las que trabajé, visité o fui voluntario, en ambas ciudades, no se encontraban dentro de los sistemas de salud en estricto sentido; es decir, eran experiencias de extensión universitaria o proyectos psicosociales puntuales. Esto, tal vez sugiere, que en Medellín y en Porto Alegre (y seguramente puede ser traducible a Colombia y Brasil) hace falta fortalecer de manera estructural, los dispositivos de cuidado de la salud mental que posibiliten la producción de subjetividades y una perspectiva de cuidado que no esté centrada en la enfermedad mental o en el sufrimiento psíquico.
- La normatividad que regula la investigación en las áreas de la salud en Brasil es relativamente burocrática, lo cual significó un obstáculo a sortear para lidiar, por un lado, con asuntos relacionados con la producción de la información y, por el otro, con las directrices de los comités de ética en Brasil. Finalmente, esto limitó, por ejemplo, la posibilidad de realizar o grabar entrevistas con actores vinculados en las prácticas de cuidado de la salud mental juvenil, lo cual habría enriquecido mi relato.

9.3. Horizontes

La presente narración no se cierra en sí misma, al contrario, se expande a otros narradores o interlocutores que se inquietan por las temáticas, metodologías o visiones del mundo abordadas en el recorrido de esta disertación.

Me gustaría mencionar dos asuntos que quedaron resonando en mí y que de alguna manera muestran los caminos, los alcances o las posibilidades futuras

de este estudio: las implicaciones que tienen los hallazgos principales sobre el cuidado de la salud mental juvenil y el tema de las moralidades cómo un atributo que tiene que ver con la configuración de las prácticas de cuidado.

Por un lado, pensar en la configuración de las prácticas de cuidado de salud mental juvenil como una red de relaciones que se mueve en dos dimensiones, la estructural y la micropolítica, posibilita una comprensión más amplia del fenómeno, al tiempo que intenta superar la perspectiva intrapsíquica de la salud mental, para colocarla en el escenario de los vínculos y las tensiones colectivas, políticas, culturales, históricas y situacionales.

Igualmente, las características que han sido identificadas en esa red, la cotidianidad, la continuidad y la disponibilidad, sirven como atributos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de formular políticas, planes y programas en el campo de prácticas de la salud mental.

También, emergen futuras preguntas conectadas con los hallazgos de este estudio. Enuncio solo tres para animar al lector a construir también las suyas.

1. Las ciudades de Medellín y Porto Alegre, escenarios de esta narración, enfrentan nuevos desafíos de tipo ambiental, político, cultural y social. ¿Cómo responder a estos desafíos incluyendo una perspectiva del cuidado de si y del cuidado del otro?
2. ¿Cómo vincular las prácticas de cuidado de la salud mental al proceso de construcción de paz que vive Colombia actualmente?
3. ¿Cuáles son los procesos de resistencia y de subjetivación mediante los cuales deviene sujeto político un joven en Medellín, Colombia y Porto Alegre, Brasil?

Para finalizar, me parece importante dejar planteado el tema de las moralidades en relación al cuidado de la salud mental juvenil para futuras investigaciones. Nietzsche (2003), en su libro *La Genealogía de la Moral*, demuestra la potencia del método genealógico para desentrañar asuntos históricos y las lógicas que han llevado al devenir de la moral hegemónica en occidente: la judeocristiana. Lo interesante del libro es que muestra como una

determinada moralidad tiene efectos no solamente en la práctica religiosa propiamente dicha sino, y principalmente, en toda la vida social de los sujetos individuales y colectivos, mediante mecanismos como la culpa, la redención de los pecados, la salvación y la sumisión. Esto permite pensar, que las moralidades que se ponen en juego en una determinada sociedad para cuidar de la salud mental de los jóvenes, influye de manera importante, en qué tipo de prácticas de cuidado se llevan cabo y cuáles no, que tipo de terapéuticas son “eficientes” y en general, que discursos se producen alrededor de la salud mental.

Referencias

- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 65. **Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2012.
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. **Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, enmendados por la Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013.** Brasil. 2013. p. 9.
- ARIAS, B. La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. **Salud Colectiva**, vol. 10 n. 2, p. 201-211. 2014.
- BENSON, P. L.; SCALES, P. C.; HAMILTON, S. F.; SESMA, A. Positive Youth Development: Theory, Research, and Applications. En: **Handbook of Child Psychology.** John Wiley & Sons, Inc. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470147658.chpsy0116/abstract> Acceso en: 15 Nov de 2015. 2007.
- BOLIVAR, B.A. «¿De nobis ipsis silemus?»: Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. **Rev Electrónica Investig Educ**, vol. 4, n.1, p. 40-65, 2002.
- BOLIVAR, A; DOMINGO, J. La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. **Forum Qual Soc Res**, vol. 7, n. 4, p. 1-43, 2006.
- BONILLA, C. E.; RODRÍGUEZ, S. P. **Más allá de los métodos. La investigación en ciencias sociales.** Colombia: Editorial Norma. 1997. 118 p.

BRASIL. Congreso Nacional. Ley 12.852, por medio de la cual se instituye el **Estatuto da Juventude. 2013.**

BRASIL. Ministério da Saúde. MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E UNIDADES DE ACOLHIMENTO. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2014a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088 por medio de la cual de instituye la **Rede de Atenção Psicossocial.** 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude. **Juventude Viva – Plano de Prevenção à Violência Contra a Juventude Negra.** 2013

BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude. **Mapa da violência: os jovens do Brasil.** 2014b.

BREILH, J. ¿La Salud Corresponde Esencialmente al Orden Individual-Subjetivo-Contingente o al Orden Colectivo-Objetivo-Determinado? En: **Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad.** Buenos Aires: Lugar Editorial. 2003.

BUILES, V.; BEDOYA, M. Cuidado y autocuidado en familias con un miembro con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB), pertenecientes al Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. **Rev. Colomb. Psiquiat.**, vol. 42, n. 1, p. 81-96. 2013.

CASTELLÁ, Jorge; RANGEL, María; OLIVEIRA, Ana; HERMEL, Julia; HOFSTAETTER, Carolina. Migración e identidad: familias hispanoamericanas en Porto Alegre (Brasil). **Diversitas: Perspectivas en Psicología**, vol. 1, n. 1, p. 13-21. 2005.

- CHIESA, A.; APARECIDA, L.; RAMALLO, M.; CAMPOS, E.; DE ÁVILA, L.; DE OLIVEIRA, A. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 43, n.2, p. 1352-7. 2009.
- COCCO, M.; LOPES, M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Rev. Gaúcha de enfer.** Vol. 31, n. 1, p. 151-9. 2010.
- COFFEY, A.; ATKINSON, P. **Encontrar sentido a los datos cualitativos: Estrategías complementarias de investigación.** Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2003.
- COLOMBIA. Congreso de la Republica. Ley 1438 por medio de la cual si establecen disposiciones para la **Atención primaria en Salud.** 2011.
- COLOMBIA. Congreso de la Republica. Ley 1622, por medio de la cual se expide el **Estatuto de Ciudadanía Juvenil.** 2013
- COLOMBIA. Ministerio de Salud. **Resolución 843, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.** Bogotá. 1993. 12. p.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud. **Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.** Bogotá. 1998.
- COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. **Lineamientos de política de salud mental para Colombia.** Cali. 2005.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú.** Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia. 2013a.
- COLOMBIA, Congreso del a Republica. Ley 1616, por medio de la cual se expide la **ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.** Bogotá: El congreso. Colombia. 2013b.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). **Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014**. Bogotá. 2014.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015 por la cual se establecen **disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud**. 2015.

DAMON, W. What is Positive Youth Development? **The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science**, vol. 591, n. 1, p. 13–24. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0002716203260092>. 2004.

DA SILVA, A; DE AGUIAR, M.; WINCK, K; WALTER, K; SATO, M.; ELLERO, S.; BRENTANI, A.; RIOS, I. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 28, n. 11, p. 2076-2084. 2012.

DE LA CUESTA, Carmen. **Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad**. Medellín: Facultad de Enfermería- Universidad de Antioquia. 2004.

DE LA CUESTA, Carmen. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. **Invest Educ Enferm**, vol. 25, n.1, p. 106- 112. 2007.

DE LA CUESTA, Carmen. El cuidado familiar: una revisión crítica. **Invest Educ Enferm**, vol. 27, n.1, p. 96- 102. 2009.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Sitio web principal**. Disponible en:<http://www.dane.gov.co/>. Acceso: 30 de abril 2016. 2016.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Proyecciones de población. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales**

de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2013.

DUQUE, L. F.; MONTOYA, N.; RESTREPO, A. **Violencia, alcohol, drogas, tabaco y sexualidad insegura en Medellín y el Área Metropolitana, 2007.** Medellín: Universidad de Antioquia- Facultad de Salud Pública. 2011.

ESCÓSSIA, L. D., & KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, vol. 10 n. 2, p. 295-304. 2005.

ESLAVA, J. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. **Revista de Salud Pública**, vol. 8, n. 2, p. 106-115. 2006.

FILHO, N. **La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología.** Buenos Aires: Lugar Editorial. 2000.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA). **Estado de la población mundial 2014. El poder de 1.800 millones de Jóvenes: “Los adolescentes y jóvenes y la transformación del futuro”.** Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2014.

FOUCAULT, M. **Tecnologías del yo y otros textos afines.** Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1996.

FOUCAULT, M. Preface. En: DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia.** New York: Viking Press, p. XI-XIV. Traducido por: Wanderson Flor do Nascimento. 1977

GAARDER, J. **El mundo de Sofía.** España: Editorial Siruela. 2004.

GARCIA MARQUEZ, Gabriel. **Cien años de soledad**. Bogotá: Grupo Editorial Norma. 2007

GAVIRIA, L. MB.; LUNA, C. MT. Pluralidad humana en el destierro. **Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv**, vol. 11, n.2, p. 475-91, 2013.

GESTSDÓTTIR, S.; LERNER, R. M. Intentional self-regulation and positive youth development in early adolescence: findings from the 4-h study of positive youth development. **Developmental Psychology**, vol. 43, n. 2, p. 508–521. Disponible en: <http://doi.org/10.1037/0012-1649.43.2.508>. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2007.

GILLIGAN, C. **La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino**. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.1985.

HERNÁNDEZ, A. La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, vol. 3, n. 1, p. 1-12. 2005.

HESS, R. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. En: Hess, R. & Savote, A (Org.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck. p. 119-138. Tradução de Ana Lucia Abrahão da Silva e Lucia Cardoso Mourão-Colin. Revisão de Solange L'Abbate. 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Brasil**. Disponible en: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acceso: 20 de Abr. de 2016. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sitio web principal**. Disponible en: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acceso en: 15 mar. de 2016. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Generalidades sobre Porto Alegre**. Disponible en:

<http://ciudades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre|infograficos:-informacoes-completas>.

Acceso en: 15 Mar. de 2016. 2016.

JUNQUEIRA, L. A. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, vol. 34 n. 6, p. 35-45. 2000

KIELMANN, T.; HUBY, G.; POWELL, A.; SHEIKH, A.; PRICE D.; WILLIAMS, S.; PINNOCK, H. From support to boundary: A qualitative study of the border between self-care and professional care. **Patient Education and Counseling**, vol. 79, n.1, p. 55–61. 2010.

LAPASSADE, G. El encuentro institucional. En: LOURAU, R. et al. **Análisis Institucional y Socioanálisis**. México: Nueva Imagem. 1977.

LOURAU, R. (1993). **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LOURAU, R. ET AL. **El análisis institucional**. Madrid: Campo Abierto. 1977

MALTA, D.; MASCARENHAS, M.; PORTO, D.; DUARTE, E.; SARDINHA, L.; BARRETO, S.; NETO, O. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol.**, vol. 14, n.1, p. 136-46. 2011.

MEDELLÍN. Departamento administrativo de planeación. **Medellín y su población, documento técnico de soporte POT, [acuerdo 46/ 2006]**. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/POT/medellinPoblacion.pdf>. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2006.

MEDELLÍN. Análisis de Situación de Salud Medellín 2010. **Rev la Secr Salud Munic**, vol.5, n.2, p. 154. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/colombia/Situacion%20de%20Salud%20201>

0%20Secretaria%20de%20Salud%20Medell%C3%ADn.pdf. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2011.

MEDELLÍN. Secretaría de la Juventud. **ANEXOS, estudios, profundización y pensamiento estratégico**. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín. 2014.

MEDELLÍN. Secretaría de la Juventud. **Plan Estratégico de juventud de Medellín 2015-2027. Una carta de navegación para el desarrollo sostenible y en equilibrio de sus juventudes**. Medellín: Alcaldía de Medellín. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://4efc97f0fd0b4ed505294f67dfc5c95a>. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2015a.

MEDELLÍN. Secretaría de la Juventud. **En búsqueda del equilibrio. Relatos sobre sostenibilidad, salud pública y metal juvenil en Medellín**. Medellín: Alcaldía de Medellín. 2015b

MEDELLÍN CÓMO VAMOS. **La ciudad**. Disponible en: <http://www.medellincomovamos.org/la-ciudad>. Acceso en: 15 Nov de 2015. 2016.

MEJÍA, M.Q.; GIRALDO, J. PR. **Narraciones, memoria y ciudadanía. Desplazamiento forzado**. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas. 2000.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. Saúde em debate, 145. 2002.

MONTOYA, D.; SÁNCHEZ, I.C.; URREGO, D.; ALZATE, E.; PUERTA, E. **Informe final evaluación cualitativa del proceso de implementación y resultados componente de investigación evaluativa del proyecto Ícaro de la Secretaría de la Juventud**. Medellín: Alcaldía .de Medellín. 2015.

MORÍN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil. 1996.

NIETZSCHE, F. **Ecce Homo**. São Paulo: Ediouro, 1998.

NIETZSCHE, F. **La genealogía de la moral**. España: Tecnos. 2003.

LEÓN, C. Cuidarse para no morir cuidando. **Revista Cubana de Enfermería**, vol. 23, n.1, p. 1- 8. 2007.

OBSERVASINOS. **Mapa da violência no Vale do Sinos: mortes têm sexo, idade e cor/raça**. Disponible en: <http://www.ihu.unisinos.br/observasinos/vale/populacao/mapa-da-violencia-no-vale-do-sinos-mortes-tem-sexo-idade-e-cor-raca>. Acceso: 10 de May. 2016.

OLAYA, P.A.; FRANCO, M.C. **Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia**. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/index.htm> Acceso en: 25 Nov de 2015. 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PALOMBINI, A.; LEAL, E.; SERPA JÚNIOR, O. D.; BACCARI, I. O.; FERRER, A.; DIAZ, A.; XAVIER M. A. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 10. p. 2847-2857. 2013

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe de un Grupo Científico de la OMS**. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html . Acceso en: 25 Nov de 2015. 1948.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata**, Ginebra. Disponible en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>. Acceso en: 18 Nov de 2015. 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. Ottawa. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf. Acceso en: 28 Nov de 2015. 1986

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Invertir en salud mental**. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf. Acceso en: 28 Nov de 2015. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estadísticas sanitarias mundiales 2011**. Francia. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf . Acceso en: 28 Dic de 2015. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Situación de salud en las Américas: indicadores básicos**. Washington: OPS. 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Situación de salud en las Américas: indicadores básicos**. Washington: OPS. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Situación de salud en las Américas: indicadores básicos**. Washington: OPS. 2014

OROZCO, J. **¿Y la juventud? Es otra cosa. Días de un mundo sin paradigmas**. En Alcaldía de Medellín. *Jóvenes un fuego vital, reflexiones y conocimiento en juventud*. Medellín: Alcaldía de Medellín. 2015. 14-35. p.

PÁEZ, E. **Más allá de la esquina de mi barrio. Reflexiones en torno a la salud mental y desarrollo positivo en jóvenes de Medellín**. En Alcaldía de Medellín. *Jóvenes un fuego vital, reflexiones y conocimiento en juventud*. Medellín: Alcaldía de Medellín. p. 36-53. 2015.

PHELPS, E.; ZIMMERMAN, S.; WARREN, A. E. A; JELIČIĆ, H.; VON EYE, A; LERNER, R. M. The structure and developmental course of Positive Youth Development (PYD) in early adolescence: Implications for theory and practice. *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 30, n. 5, p. 571–584. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.06.003>. Acceso en: 28 Ene de 2016. 2009.

- PINZÓN, V. H.. **Sobre la cuestión de la investigación biográfica narrativa en identidad profesional docente. Memorias del coloquio internacional sobre educación pedagógica y didáctica: problemas contemporáneos.** en: Caldas U distrital FJ de C, editor. 2009.
- PIRES, R.; XIMENES, V.; Y NEPOMUCENO, B. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. **Av. Psicol. Latinoam.**, vol.31, n.3. 2013.
- PORTO ALEGRE. **Site web principal da Prefeitura.** Disponible en: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br>. Acceso en: 5 de May. de 2016. 2016.
- PORTO ALEGRE. Observatório de Porto Alegre. Observando as características urbanísticas de Porto Alegre. **Rev. do Observatório de Porto Alegre**, vol.4, n. 1, p 1-20. 2014.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO . **Resumen informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014: seguridad ciudadana con rostro humano, diagnóstico y propuestas para América Latina.** Nueva York: PNUD. 2014.
- PUIG, G.; RUBIO, J. L. **Manual de resiliencia aplicada.** Barcelona, España: GEDISA S.A. 2011.
- RICOEUR, P. **Tiempo y narración. Tomo I. configuración del tiempo en el relato** histórico. México: Siglo XXI Editores. 2004.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Carteira de Serviços: centros de Atenção Psicossocial.** 2015.
- RESTREPO, D.A; JARAMILLO J.C. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, vol. 30 n. 2, p. 202-211. 2012.
- RODRÍGUEZ VILLAMIL N., VALENCIA GONZÁLEZ A., DÍAZ MOSQUERA P. Promoción de la salud y Sistema de Salud Colombiano: reflexiones sobre

la formación de profesionales. **Hacia la Promoción de la Salud**, vol. 18 n. 1, p. 26 – 40. 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: tranformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS. 2007.

SANDÍN, M. **Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones**. España: McGraw-Hill. 2003.

SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, P. **Metodología de la investigación**. D.F México: McGraw Hill. (5ta. ed.). 2010.

SCOTT, J. **Los dominados y el arte de la resistencia**. México: Era. 2004.

SILVA, M. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. **Interação em Psicologia**, vol. 12 n. 1. 2008.

STOLKINER, A.; ARDILA, S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. **Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría**, vol. 23, p. 57-67. Disponible en: <https://xa.yimg.com/kq/groups/22819310/1715617445/name/Conceptualizando+la+Salud+Mental+en+las+pr%C3%A1cticas.pdf> Acceso en: 28 Ene de 2016. 2012.

TORRALBA, F. **Antropología del cuidar**. España: Institut Borja de Bioètica-Fundación Mapfre Medicina. 1998.

UNGAR, M. Resilience across Cultures. **British Journal of Social Work**. Vol. 38, n. 2, p. 218-35. 2006.

URRESTI, M. **Adolescentes, jóvenes y socialización: entre resistencias, tensiones y emergencias**. En: Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidades. Org: Dayrell, J; Costa, M; Stengel, M Belo Horizonte: Editorial PUC Minas. 2011.

VIRISSIMO, V. Acesso à saúde é meio de segregação social em Porto Alegre. Porto Alegre: Sul21 edición virtual de noviembre 2, 2011. Disponible en: <http://www.sul21.com.br/jornal/acesso-a-saude-segrega-populacao-de-porto-alegre/>. Acceso en: 20 de marzo de 2017. 2011.

WILKINSON, A; WHITEHEAD, L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. **International Journal of Nursing Studies**, vol. 46, p.1143–1147. 2009.

Apéndices

Apéndice 1. Elementos clave en la producción de los biogramas

| Nombre | Descripción |
|--|---|
| Nombre dado al acontecimiento | El nombre asignado al acontecimiento recoge el mensaje central y el sentido del acontecimiento. |
| Mes y año | Enunció el mes y el año en el cual viví el acontecimiento |
| Espacio vital | Lugar específico en el cual viví el acontecimiento. Qué hacía el narrador en ese espacio vital. |
| ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | Momento subjetivo en el cual el narrador se sitúa en el acontecimiento. ¿Qué situaciones personales, familiares, institucionales, o afectivas acompañaban al narrador? |
| ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | Enunció las personas que estuvieron presentes en la vivencia del acontecimiento y describo su rol |
| ¿Qué aconteció? | Breve narración del acontecimiento. |
| ¿Qué conecta a los personajes? | Describí los sentimientos, emociones, intereses, motivaciones, vínculos que relacionaban a las personas presentes en la vivencia del acontecimiento con el narrador |
| ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | Describí los afectos generados en el narrador durante la vivencia del acontecimiento e identifiqué los niveles y tipos de afectación. El concepto se toma de la autora Suely Rolnik (2007) al expresar como los acontecimientos generan marcas en nosotros y diferentes movimientos que producen transformaciones subjetivas o conocimiento nuevo sobre si y sobre los otros. |
| ¿Qué paso después? | Describí que pasó después del acontecimiento. Sirvió como un complemento a la narración del |

| | |
|--|--|
| Consecuencias | acontecimiento y ayudó a enlazar unos acontecimientos con otros en una línea lógica |
| prácticas de cuidado de la salud mental | Identifiqué y describí las prácticas de cuidado de salud mental de jóvenes que aparecen en el relato |
| Noción de juventud | Aproximaciones en el relato sobre la categoría de juventud |

Apéndice 2. Biogramas de los acontecimientos narrados

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|--|-----------|-------------------------------------|---|--|---|---|--|---|---|---|
| Un joven trabajando con jóvenes | 2014/10 | Universidad de Antioquia, Medellín. | Estaba iniciando mi vida como trabajador psicosocial en intervenciones. | Desde mi posición como coordinador del componente de intersectorialidad del Proyecto Icaro tuve la oportunidad de ser el líder de un equipo en el que todas las personas eran mayores que yo. Fue un aprendizaje grande en la medida en que sentíamos que estábamos haciendo cosas nuevas. También, fue un reto porque era muy inexperto y escuchaba poco, en parte porque los cronogramas eran tan rígidos que poco aceptaban la diversidad y el diálogo. | El equipo de trabajo y demás coordinadores del proyecto Icaro, también algunos miembros de la Secretaría de Juventud y la burocracia que eso implica. Fueron pacientes y solidarios, a la vez que críticos y exigentes. | Nos concitaba la pasión por lo que estábamos haciendo, por generar procesos positivos en los jóvenes. | Me sentía inseguro en relación a las responsabilidades que tenía sobre mí. Me sentía en momentos desbordado pero a la vez el crecimiento fue significativo. Viví la experiencia como un despliegue de la autonomía y las potencias para el liderazgo. Entenderse a uno mismo como un joven construyendo con jóvenes permite mayor horizontalidad en las relaciones. habían unas tensiones entre la rigidez de los cronogramas y la potencia del equipo psicosocial | Pienso que después cambio mi posición y mirada sobre el trabajo intersectorial. Ahora pienso que estrategias tan ambiciosas como las de del Proyecto Icaro deben estar conectadas con programas y políticas, no solo desde un proyecto. También, pude reflexionar más sobre la escucha y la importancia de un liderazgo horizontal. | Construcción de redes de trabajo y abogacía en temas de salud mental y demás necesidades de los jóvenes | Los jóvenes como una población con necesidades transectoriales. |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|---|---|--|--|---|--|--|--|
| <p>El sistema no favorece la intersectorialidad en salud mental</p> | <p>2015/03</p> | <p>Casa de doña Adalia. Porto Alegre. Diferentes lugares e instituciones en Medellín que trabajan con jóvenes</p> | <p>Me encontraba en un proceso de transición entre visiones del mundo</p> | <p>Me empiezo a cuestionar sobre la posibilidad de la intersectorialidad en Colombia, desde el sistema de salud y el modelo de contratación pública y privada que tenemos. Recuerdo que en el trabajo realizado en Icaro habían muchas dificultades para realizar alianzas interinstitucionales, cuando voy a Porto Alegre empiezo a entender por qué esto sucede</p> | <p>Eneida y la profe Dora, comento con ellas las reflexiones</p> | <p>La amistad y la sensibilidad sobre temas de interés como la salud mental y la intersectorialidad.</p> | <p>Más allá de un tema técnico para mí, es un asunto de dignidad como trabajador psicosocial y de la salud. La cuestión sobre la intersectorialidad se convierte para mí en un gran tema de interés. Pienso que en Colombia está restringida la continuidad, sostenibilidad y permanencia de las acciones, en tanto los contratos por prestación de servicios son ridículamente cortos. Por otro lado el SGSSS no favorece la conexión entre actores, porque simplemente está basado en la enfermedad (un sistema de apagar fuegos), es un sistema muy caro e ineficiente. En un sistema que favorezca la atención primaria en salud, los recursos estarán destinados a formar redes.</p> | <p>La reflexión continúa y estamos pensando en un artículo con la profe Dorita y Eneida.</p> | <p>La salud mental desde una visión sistémica, vinculada a las determinaciones del aparato político y de organización del estado neoliberal.</p> | <p>El joven desde la lógica de intervención psicosocial del sistema neoliberal es visto como un producto, no como una persona que transita por procesos.</p> |
|--|----------------|---|---|---|--|--|---|--|--|--|

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ktivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|--|-----------|--|---|--|--|--------------------------------|--|----------------------------------|---|--|
| El trabajador psicosocial o de la salud | 2017/03 | Casa de doña Adalia. Porto Alegre. Todos mis lugares de trabajo en Medellín. | Estaba pensando en los resultados de esta disertación | Pensando sobre las características del trabajador psicosocial, llego a la conclusión de que él no debe ser más llamado prestador de servicios, por la connotación nefasta que esto tiene en Colombia. También, reflexiono sobre mi propia implicación como trabajador sobre los dramas de la ciudad y de los jóvenes, por ejemplo, el joven que estaba desaparecido. | Compañeros de trabajo del proyecto lcaro potenciaron las reflexiones | Nutrieron la conversación. | Atraviesa mi cuerpo vibrátil porque me reconozco como un trabajador y pensador de lo psicosocial y de la salud mental, en este sentido me resisto al sufrimiento que causa la inseguridad laboral propia y la de mis amigos. Son lógicas de contratación perversas que no permiten procesos ni continuidad. Muchas veces había que trabajar sin remuneración, por cuenta propia, para asegurar la continuidad de los procesos. Nombrarnos como prestadores de servicios, no es más que posicionarnos como explotados y borregos de la tercerización de servicios y derechos. | N.A | El trabajador psicosocial también sufre, por ende, también debe ser cuidado. El concepto de prestador de servicios es un concepto que sirve a los países del norte, en América Latina solo sirve para replicar lógicas de inseguridad laboral. La salud mental del trabajador psicosocial se ve disminuida por la falta de permanencia y seguridad en el trabajo. El trabajador psicosocial es un profesional que se ubica en una mirada intersectorial de cuidado de la salud mental y de la vida en general. Éste genera vínculos reales y genuinos con el usuario o participante, es empático, es disponible, solidario, escucha sinceramente, hay cercanía y apoyo; se trasciende la relación contractual y se pasa al campo de las subjetividades. | Jóvenes de en situación de inseguridad laboral por causa de las lógicas de contratación de los estados neoliberales. |

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|---|-----------|--------------------------|---|---|--|--------------------------------------|---|--|---|---|
| ¿Que ganamos lo jóvenes en los proyectos de cuidado de la salud mental? | 2014/09 | Universidad de Antioquia | La reflexión surge Mientras pensaba la manera de evaluar proyectos sociales | Cuando en el equipo de trabajo de Proyecto Icaro estábamos pensando como evaluar el proyecto, surge la inquietud de cuáles serán los indicadores, las medidas y las maneras de llegar a los efectos reales que los proyectos psicosociales tienen sobre las personal. Pensar en qué resultados genera un proyecto psicosocial no es fácil, en mi experiencia las ganancias son claramente intangible y muchas veces inconmensurable. Se gana para la vida | Esteban y otras personas del equipo. | los intereses académicos y laborales | Pasar de la desesperanza a la esperanza y salir de la brutal soledad hacia mundos posibles y múltiples. El efecto de los proyectos psicosociales sobre nosotros es difícil de medir y parece que el gran cambio no es cuantitativo sino cualitativo, del orden e lo intangible. Las cosas realmente importantes son invisibles a los ojos. Mi vinculación con lo intangible y con las dinámicas de lo subjetivo que es difícil establecer de manera rígida. Los proyectos y espacios nos tocan de muchas maneras. | Empiezo a interesarme más por el proceso y la construcción de vínculos que por las habilidades o capacidades que se intentan medir, por ejemplo, con escalas psicológicas. | Los espacios de cuidado en salud mental sirven para resolver problemas, dejar de ser el centro, conocer otras personas, construir capacidades para desenvolverse en la vida, generar una identidad fortalecida, autenticidad, son espacios que no juzgan y fomentan la diversidad, lo intergeneracional es fundamental, compartir con compañeros, espacios de socialización y convivencia. Esto hacia Icaro: -Reconocerse a sí mismo y a los otros. -Saber que le gusta, planear y con qué recursos cuenta. -Que oportunidades reales existen, que recursos ofrece el medio, como se transita el mundo y se resiste. | El joven aquí se ve como un sujeto lleno de potencialidades y capacidades, como un ser dispuesto a la socialización y como un atravesamiento de subjetividades. |

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|-------------------------------------|-----------|---------------|---|---|---|--|---|--|---|---|
| la llegada de la resistencia | 2015/06 | UFRGS | Durante la cualificación del proyecto de disertación. | En la cualificación del proyecto, Simone Paulon me invita a pensar en la resistencia y no en la resiliencia. Dice que a la resiliencia es un concepto que sirve más a organismos multilaterales y de financiación. Ella problematiza si esto ayudará a replicar lógicas de dominación, asunto que tal vez no sucede con el concepto de resistencia. | Simone Paulon y otras personas que anterior ya me habían hecho pensar en la resistencia aunque sin nombrarla directamente, pero si como una experiencia vital | A los actores nos une una idea de la reivindicación de condiciones de vida digna y una buena vida. | La resistencia aparece aquí como un portal a nuevos panoramas. La resistencia ayuda a pensar las colectividades y las apuestas ciudadanas y organizativas desde las organizaciones de base. La salud mental en Medellín está atravesada por la resistencia, por nuestras luchas, dolores, desarraigos y potencias, por la posibilidad de soñar sin pedir permiso. Es importante identificar la principal causa que vulnera nuestros derechos, que seguramente es la corrupción. | Comienzo a pensar seriamente el tema de la resistencia como un concepto potenciador de mis análisis y prácticas. Descubro que los jóvenes de Colombia y Porto Alegre y, seguramente, de América Latina son realmente resistentes desde una perspectiva ciudadana y como sujetos políticos. Posiblemente la principal propuesta de salud mental es fortalecer la ciudadanía y la ética de los sujetos | Las prácticas de salud mental son aquí dispositivos de construcción de ciudadanía y resistencia. De una visión ética del mundo conectada con la salud mental. La salud mental parte de un ejercicio de ciudadanía. Importante: la corresponsabilidad en el cuidado de si y de los otros. A veces creemos que lo que nos pertenece como repartición del Estado es un regalo y no es así. Generar esta conciencia exige respuestas resistentes y prácticas de cuidado e si y de los otros (pensar más esto último). La salud mental ligada a la resistencia ha permitido un proceso de autogestión, movilización social y agencia colectiva | En esta línea, lo juvenil es un tránsito entre tensiones, y la resistencia es una manera de hacer frente al mundo y a las lógicas de vida. La contemporaneidad en muchos sentidos afecta al salud mental y la deteriora, el capitalismo enferma y la resistencia es un dispositivo de fuga. |

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|--|-----------|---|--|---|--|--|---|---|--|--|
| la resistencia y la salud mental en jóvenes | 2015/08 | Calles de Medellín, espacios de reunión de colectivos juveniles, espacios públicos apropiados por jóvenes, parques, conciertos, entre otros | Estaba pensando en los resultados de la disertación y recordando cómo se vivía la experiencia de la resistencia en los diferentes espacios de ciudad de Medellín | En diferentes espacios de Medellín existen expresiones de los jóvenes que denotan cierto grado de resistencia, uso de herramientas para significar el mundo y apropiación de espacios públicos, de la calle. los procesos colectivos y de resistencia puede que hayan hecho más por la salud mental de Medellín que la institucionalidad. | Jóvenes conocidos y desconocidos de diferentes lugares de la ciudad, involucrados en acciones políticas y de uso de la ciudadanía. | la resistencia, el deseo de vivir, el arte, la fiesta y la posibilidad de socializar y expresar la subjetividad. | los derechos no son regalos, pero todo derecho tiene un deber. En Medellín, justo cuando nadie esperaba nada, cuando todo estaba perdido, los jóvenes se agrupan y pelean por sus vidas sin armas y utilizando sus expresiones subjetivas. Yo me siento parte de estas expresiones desde mi singularidad. | Poder pensar la salud mental como un proceso cotidiano y la resistencia como una manera de mediar la exclusión social y las violencias. | la posibilidad de generar vínculos, producir arte, cultura: la resistencia, como proceso de autogestión, de movilización social, sin pedir permiso para usar los espacios públicos. También, aparece la posibilidad de ser reconocido y la visibilidad de los jóvenes que trabajan, en la Comuna 13, en la Casa Morada, en Picacho con Futuro, en la red de activistas y artistas. | Los jóvenes como sujetos políticos que resisten y transforman sus comunidades desde manifestaciones colectivas. los jóvenes usamos el arte y la apropiación del espacio como dispositivo de decir no a la guerra, no olvidar los muertos, resistir al dolor y a la tristeza. |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|--|--|---|--|---|--|---|
| los jóvenes de Medellín, creciendo en medio de violencias y desarraigos | 2014/09 | Secretaría de Juventud | Fue durante las reuniones con la secretaria de juventud y el líder de la transversalización temática en la alcaldía | los jóvenes colombianos crecimos en medio de conflictos intensos y constantes. También he presenciado los horrores de la guerra y las rupturas que deja en el tejido social de las comunidades. | Valeria Mejía y Julio Orozco | Una posición frente a las posibilidades y limitaciones de los jóvenes que crecimos en contextos de violencia. Nos unen también relaciones de trabajo, | los jóvenes que vivimos en Medellín vibramos de maneras particulares, crecimos en escenarios tensos y violentos, eso tal vez nos hace a la vez resistentes, perseverantes y capaces de un tipo de salud mental marcada por las disyuntivas y tensiones | N.A | Cuidar de la salud mental de un joven en Medellín es identificar la tensión primordial entre su agresividad y su capacidad de afecto y bondad. | Los jóvenes en Medellín no son santas palomas, lo cual no implica que se deba perpetuar la visión peligrosista sobre ellos. Somos jóvenes críticos y más o menos irreverentes, mediadores y receptores de desarraigos y precariedades. Necesitamos más que ser entretenidos o usar el tiempo libre como piensan algunos modelos en salud. Es importante tener en cuenta todas las áreas que afectan el ser joven en la ciudad. |
| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
| la cotidianidad y la continuidad del cuidado en salud mental: la potencia del vínculo | 2015 y 2016 | Muchos espacios vitales nutrieron este acontecimiento, tanto en Medellín como en Porto Alegre | Es una experiencia transversal en mi pensamiento | es en realidad una idea abstracta que no logro vincular a que acontecimiento en específico se refiere, supongo que a muchos. Recuerdo mi experiencia de crianza y en ella encuentro muchos atributos cotidianos que producen salud mental. también recuerdo muchos momentos relacionados al trabajo y a mi | Mi familia, compañeros de trabajo, profesores, amigos. | la vida y los afectos | me surge la posibilidad de pensar la salud mental como un devenir de lo cotidiano. Es ver la potencia en lo que ya sucede todos los días y no en dispositivos artificiales. La salud mental como una experiencia de la vida, continua, con sus dificultades y sus oportunidades de cuidado.. | N.A | la salud mental como una práctica ligada a otras prácticas sociales de cuidado de si y de los otros. Con características de continuidad, disponibilidad y cotidianidad. La producción y multiplicación de vínculos es un factor determinante de la salud mental. La capacidad de tránsito es fundamental para la salud mental, ejercer ciudadanía en la ciudad. ¿Este concepto de salud mental sirve para lo urbano exclusivamente? Es algo que hay que pensar. La continuidad del cuidado | La trayectoria vital es el foco de la política pública de juventud de Medellín, el trabajo en el ser. La producción de la salud mental es proporcional a la producción de vínculos en los jóvenes. Cuando la vida de un joven transcurre en 3 cuadras su posibilidad de ver el mundo disminuye. el joven que ejerce violencia en Medellín es el constructor de su propia cárcel, en tanto genera fronteras imaginarias. Este espacio es su propio cuadrado que le prohíbe vincularse a espacios mayores. un joven que se conecta de |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|---|---|
| | | | | estadía en Porto Alegre | | | | | <p>implica permanencia, disponibilidad y conexiones entre los niveles de cuidado en salud mental, la red que no se quiebra ni presentan tantas barreras. los proyectos psicosociales deben orientarse fuertemente a la cotidianidad, lo experiencial y debe ser continuo, cuando uno tenga una necesidad debe estar disponible. la intersectorialidad aquí es vital. Los escenarios privilegiados del cuidado de la salud mental entonces serian la escuela, la familia, etc. espacios que favorecen continuidad, cotidianidad, en la construcción de vínculos y afectos. Cuando los vínculos no producen nada o son reducidos aparece el sufrimiento psíquico en toda su expresión. interfiere también la calidad del vínculo no solo la cantidad. La depresión, la ansiedad, es un empobrecimiento de los vínculos. el fortalecimiento de la salud mental en medio de la protección del cuidado y la autonomía.</p> | <p>manera proactiva con los espacios de ciudad y lo humano, es un joven que violenta menos.</p> |
|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|---|---|

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital? / factor de a(fe)ktivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|---|-----------|---|---|---|--|--|---|--|--|---|
| la tensión entre lo dionisiaco y lo apolíneo en la vivencia de la salud mental | 2016/04 | Muchos espacios vitales nutrieron este acontecimiento, tanto en Medellín como en Porto Alegre | Estaba reincorporándome a Porto alegre después del viaje por Sur América. Clase de la Maestría con Cristian | Iniciando el 2016 me encuentro con disyuntivas personales que llevan a replantear mi visión ética y estética del mundo. Pienso en la salud mental no como una producción de estilos de vida que generan salud, sino que empiezo a pensar en la tensión propia de la vida, en los modos de vida y en el papel de la fiesta, el arte y lo dionisiaco en la producción e placer y vida. Muchas de estas reflexiones vienen después de la lectura del texto de Nietzsche, <i>La visión dionisiaca del mundo</i> | Muchas personas presentes en mis momentos dionisiacos y en la experiencia cotidiana de la vida | La fiesta, las conductas llamadas "insanas", la vida, el arte y la pérdida de formas | La vivencia de la tensión dionisiaco - apolínea que generó preguntas en mi vida acerca de la construcción ética y estética del mundo, así como influencias claras en la determinación de mi salud mental. Entendí que no solamente las cosas comprendidas dentro de los estilos de vida saludables hacen bien a lo humano y a la existencia, una salud mental fortalecida y potente también vive el descontrol, la pérdida de formas y el estrés. | Reconfiguro, en parte, mi relación con los otros y con mí mismo. | la salud mental no es solo conservar los moldes de lo apolíneo como lo plantean los argumentos de los estilos de vida saludables, esas prácticas prescriptivas e inocuas para el cuidado de la salud mental. Se trata de sabiduría práctica y producción de mundos. La construcción subjetiva y no moralizante que, uno, como joven puede hacer sobre su salud mental. Esto es interesante, en la medida en que va más allá de ver las formas, el deber ser y la contemplación, sino que es una construcción que está más del lado de la poesía, la bohemia, lo mundano y la discursividad para producir salud mental. el placer por el placer es una vía de la autenticidad, pero ese placer debe ser reflexionado y mesurado, lo que implica una comprensión de la existencia intensa y prolífica. | los jóvenes aquí se ven ante otra disyuntiva, a saber: entre la norma, las formas, los estilos de vida saludable por un lado; y unas prácticas de cuidado de sí, la poética, lo etéreo, el vino y el placer, por el otro. |

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ktivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|---|-------------------|---|--|---|--|---|--|----------------------------------|---|---|
| La salud mental como tensión y la construcción de la institución moral | 2015, 2016 y 2017 | Muchos espacios vitales nutrieron este acontecimiento, tanto en Medellín como en Porto Alegre | La reflexiones y vivencias se dan principalmente en el segundo semestre de la maestría | Desde mi formación como psicólogo empecé a inquietarme por el afán de ésta disciplina por rotular, categorizar e impartir juicios con carácter de verdad. En mi experiencia laboral empiezo a ver que realmente lo importante está más allá de normalizar y que una experiencia significativa como psicólogo estaba dada por la posibilidad de producir vínculos. Finalmente, empiezo a realizar reflexiones sobre el cuidado, la normalidad/anormalidad, la salud mental y las moralidades | Profesores del curso e salud colectiva. Fueron momentos de aprendizaje y reflexión. Muchas personas también en mi experiencia de trabajo y formación como psicólogo. | Relaciones de aprendizaje y experiencia compartida. | Fueron momentos de intensa reconfiguración de imágenes mentales y producciones discursivas sobre conceptos en los cuales sentía tener propiedad, pero que en realidad nunca los había pensado con detenimiento, surgieron muchas ideas diversas y múltiples, me alejé cada vez más del dogmatismo. | N.A | la salud mental como una tensión, una disputa entre opuestos. Nadie tiene una vida tan utópica que no haya sufrido. Se crece también de la adversidad y el sufrimiento psíquico. Romper vínculos, sentirse solo, enajenado también es una transición para la salud mental. Cuando se expande la tensión se genera multiplicidad de sentidos y maneras. Conocer la diferencia amplía las dimensiones de posibilidad, amplía el abanico. La salud mental se mueve entre la multiplicidad y la reducción. La moralidad es un tema importantísimo en la salud mental. En Brasil el trabajador psicosocial ha sido capaz de generar otros tipos de moralidades, y se ve reflejado en prácticas como reducción de daños, el trabajo con habitantes de calle y las perspectivas de acogimiento. En Colombia, aún se intenta conducir a la persona por el "buen camino", hay una moralidad judeo-cristiana fuerte del deber ser. Cuando el discurso de la salud mental deje de ser producido por una sola | Aun no lo he vuelto acto, será un camino por explorar |

| | | | | | | | | | disciplina, se creará la posibilidad de la multiplicidad. Hay que robarle la producción e discurso en salud mental a los psiquiatras, y dárselo a la transdisciplinariedad. En ese panorama las personas con sufrimiento psíquico son validadas y son reivindicados sus derechos. | |
|--|------------------|--------------------------|--|---|---|--|--|--|---|---|
| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración do acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital? / factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
| los jóvenes de Porto Alegre: periferia y centro | 2016/11 | Transitando Porto Alegre | la experiencia de exclusión social en Porto Alegre es casi constante, pero la reflexión llegó mientras asistía al frente contrala mortalidad | Caminando por Porto Alegre durante el día, pero principalmente en a la noche, me encontré con expresiones claras de exclusión de un uso de la ciudad que segrega y aparta a los que no se encuentran en las centralidades de tipo simbólico. La | trabajadores que participan en el frente contra la mortalidad Juvenil | la necesidad de encontrar alternativas de solución frente a la muerte de jóvenes en Porto Alegre | me sentía como intruso en el espacio, pero a la vez excitado y con una necesidad imperiosa de hablar, de desmitificar algunos paradigmas sobre los jóvenes, quería alzar mi voz y poder pensar por un momento los jóvenes sin separaciones de un lado o del otro, del centro y de la periferia, al final | Quedé con la idea de que en Porto alegre aún falta movilización e discurso para pensar el tema de la juventud y pensar que todo homicidio es una gran pérdida. | N.A | Parece que los jóvenes en Porto Alegre tienen dos calcificaciones, los de la periferia y los de la centralidad, esta es una relación más simbólica que espacial, aunque también coincide casi exactamente. Los de la periferia de la ciudad son excluidos, hay importantes poblaciones negras que son asesinadas, hay mayor tráfico de sustancias y violencias. En la centralidad está el joven que está inmerso en |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------|---|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| | | | juvenil | reflexión sobre esto me asaltó en una reunión del <i>Frente contra a Mortalidade Juvenil</i> en la <i>Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul</i> ;mientras los asistentes, trabajadores psicosociales y de la salud, participan en el espacio, yo reflexionaba sobre la categoría de juventud en la ciudad | | | hable y fue un acto liberador | | | servicios formales de educación y trabajo, uso de tiempo libre en espacios públicos y usualmente blanco. en Medellín, la separación no es tan marcada entre centralidad y periferia aun que se da, tal vez lo que aparece son espacios reducidos de existencia, sin un correlato espacial necesariamente definido. en Medellín tanto los del norte, como los del sur, el centro y las periferias se mueven en espacios reducidos. en Medellín las maneras de exclusión aparecen de manera difusa en el territorio, no es tan fácil separar por centro y fuera del centro. Los jóvenes en Medellín, tal vez, hacen más uso directo de los espacios públicos, sin necesidad de programa, patrocinio o permisos oficiales. Los jóvenes están contantemente apropiándose de lo público y pululan los colectivos. En Porto Alegre pareciera que los jóvenes necesitan una invitación y un permiso para agruparse. |
|--|--|--|---------|---|--|--|-------------------------------|--|--|--|

| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital? / factor de a(fe)ktivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
|---|-----------|--|--|--|--|--|---|--|---|--|
| los jóvenes de Porto alegre se reúnen para resistir: las ocupaciones | 2016 | Visita a una escuela estadual ocupada y a la facultad de enfermería de la UFRGS cuando estuvo ocupada también. | El acontecimiento se da en un tiempo de inestabilidad política en todo el Brasil, después de la salida de la presidenta. | Se producen ocupación en las escuelas y colegios, con un foco de resistencia importante en Rio Grande do Sul. Las comunidades escolares, algunos profesores, pero principalmente jovenes secundarias se toman sus escuelas mediante manifestaciones de arte, cultura y espacios de explicación y defensa de sus derechos mediante argumentos. Estar en medio de ellos fue una experiencia muy positiva y alegre. Algunos jóvenes se acercaron a mí y al ver que era extranjero, de muy buen gusto empezaron a explicarme en un portugués despacio y bien | estudiantes secundarias e universitarios | la reivindicación e derechos y la lucha frente a políticas de austeridad de gasto que no permiten el desarrollo de los pueblos | Hubo mucha lucha popular y al mismo tiempo mucha impotencia y resignación pues finalmente la ley fue aprobada. Es una experiencia que he experimentado ya varias veces, involucrarme con un movimiento de reivindicación y ver como los esfuerzos son desestimados y apagados por la institucionalidad. | la <i>Emenda Constitucional 55</i> fue aprobada por el legislativo | N.A | Los jóvenes se sitúan en una posición de resistencia, movilización y defensa de derechos fundamentales. Tienen reivindicaciones válidas y son coherentes con sus acciones, es una propuesta de salud mental. |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|---|---|--|---|---|--|---|
| | | | | vocalizado, creo que sospechaban que yo no les estaba entendiendo, pero en realidad, entendía todo lo que decían y compartía sus argumentos. | | | | | | |
| políticas afirmativas: disminuir las desigualdades históricas | 2016/09 | Un Colegio Público de Porto Alegre. | En ese momento estaba terminando el invierno. | Estuve acompañando a jóvenes estagiarios del <i>Programa de Educação Tutorial- Conexões</i> en sus talleres sobre la ley de cuotas para el acceso a la educación superior en universidades federales. | Jóvenes del <i>Programa de Educação Tutorial- Conexões</i> y estudiantes de último grado de secundaria. | una iniciativa social y de extensión universitaria | Para mí fue un descubrimiento, una especie de deslumbramiento por la posibilidad de pensar en una perspectiva de derechos hecha realidad y funcionando más o menos bien en el Brasil. Entendí mucho sobre la importancia de las políticas afirmativas y su responsabilidad en la solución de exclusiones históricas | Cambiar mi perspectiva al calificar políticas de discriminación positiva como generadoras de más exclusión | La garantía de derechos es la base de la producción la salud mental, la resistencia frente a las exclusiones sociales y culturales son muestra de clara salud mental. Hacer que los excluidos tengan derechos, favorecer que un joven negro de un barrio apartado estudie es una apuesta de salud mental y ciudadanía. | La población joven como espacio para romper con reivindicar de derechos y romper los ciclos de la exclusión social e histórica. Construcción de un sujeto político. |
| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/brev e narración do acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital?/ factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
| los dispositivos de cuidado de la salud mental | NA | Diferentes espacios en Porto Alegre y en Brasil | Durante mi estadía en el Brasil | me encuentro con los dispositivos del cuidado e al salud mental en Brasil, existen muchos avances pero también desafíos, la perspectiva de | Trabajadores de la salud, compañeros de la maestría, líderes y estudiantes de proyectos de extensión de la UFRGS, | El trabajo en salud mental. | Fue muy excitante encontrarme con dispositivos novedosos como <i>Consultório de rua</i> y las estrategias de reducción de daños fue muy interesante, fue ver otra lógica | modificación de perspectiva para la producción de cuidado en salud mental, más pensadas desde el acogimiento del otro en su | el dispositivo del acogimiento y la perspectiva abierta del cuidado. También se establece un vínculo de cuidado basado en el arte, la música, la danza, la escucha, pero al mismo tiempo persisten | La juventud aquí es un tránsito. Los servicios de salud plantean practicas novedosas en esta edad. Existen los <i>Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil</i> , anqué al visitarlos me di cuenta que su estrategia de cuidado |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | producción de potencia y salud aun esta por construir en los servicios de salud mental brasileros, pero se destaca la disposición de los profesionales de diferentes campos para trabajar conjuntamente. | participación en campanas de salud mental en las calles de la ciudad. | | de cuidado que modificó mis creencias. | realidad y sus posibilidades | herramientas mecadimentosas, lo cual aparece como una tensión al interior del servicio. los servicios tienen una apuesta territorial importante. Pude participar en el proyecto de extensión <i>Acompanhamento Terapêutico na Rede Publica</i> como voluntario, fue muy importante ver cómo era posible desarrollar un dispositivo abierto y situado de cuidado de la salud mental, muy diferente a la psicoterapia tradicional. | aún se centra mucho en los trastornos mentales |
| la perspectiva monista: la superación del dualismo. | 2014, 2015, 2016 y 2017 | Muchos espacios vitales nutrieron este acontecimiento, tanto en Medellín como en Porto Alegre | durante todo el año 2016 fue una reflexión especialmente fuerte. | Hace varios años entiendo que no es necesaria una visión del mundo dividida. Las dicotomías entre cuerpo y alma, bueno y malo, física y metafísica me, me parecen que deben ser en gran medida superadas en la vida práctica. Últimamente, pude reflexionar durante clases y en espacios privados sobre una perspectiva diferente de producir conocimiento, de pensar la salud y de construir un panorama ético. | Muchos docentes durante mi vida y conversaciones con Eneida. También conversaciones interiores | Las afectaciones mutuas y la reflexión | Tuve la posibilidad de encontrar resonancias de asuntos que llevaba pensando mucho tiempo desde la filosofía y desde mi estilo de vida en un escenario académico, como fue la materia en Salud Colectiva. Fueron aprendizajes interesantes y complejos que difícilmente logro asimilar. La puerta apenas se abre, en tanto las corporalidades en encuentro son las productoras de conocimiento. | reafirmar mi compromiso ético y político con otras maneras de hacer salud y de vivir mi vida | la salud mental en su producción de potencia y vida, mas allá de los dualismos entre anormales y normales, lo que aparece es una experiencia de la vida buena y de la construcción de potencias. La producción de vida y deseo es importante. El deseo como potencia y voluntad y no como falta (Freud). Las corporalidades en encuentro son las productoras de conocimiento. El producto nuevo es un otro ya atravesado por el acontecimiento, cuando se produce una afectación mutua en el acto de encuentro entre corporalidades se genera un acontecimiento. | N.A. |

| | | | | Este no es un acontecimiento académico, sino que es principalmente práctico y experiencia. | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|--------------------|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---|---|
| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración de acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital? / factor de a(fe)ctivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
| Salud mental colectiva | 2015, 2016, 2017 | Vivencia en Brasil | durante los dos años de maestría | Pude reflexionar durante clases y fuera de ellas (en la calle) sobre una perspectiva diferente de producir conocimiento, de pensar la salud y de construir un panorama ético | docentes y encuentros actores en la ciudad y en Brasil | La militancia por la Salud Colectiva | la transición fue notoria de un paradigma más tradicional de construcción de ciencia a una perspectiva renovada, producida desde América Latina y con potencialidades para pensar la salud más allá del discurso biomédico, abrir el escenario a otras racionalidades. | estoy a la expectativa de que pasará después | Las tensiones entre el individuo y sociedad, el colectivo es una multitud de diferentes. La salud integral. Lo público piensa en las homogeneidades, lo colectivo habla de lo heterogéneo. Los determinantes sociales piensan en las homogeneidades estables que influyen en la vida, la determinación social está del lado de la heterogeneidad, a la diferencia, la producción de particularidades. Las terapéuticas de la salud colectiva no buscan la salud completa y estable. <i>la salud es generar autonomía con el otro.</i> Más allá de las prácticas prescriptivas, es lidiar con las tensiones presentes en la vida con la ayuda de un otro. Aparecen en medio de este discurso, unas categorías que yo identifico como la moralidad de la coerción, la moralidad de la culpa y | Los jóvenes aquí son un estado de las cosas y una posibilidad de tránsito. Lo importante está del lado de las construcciones de sentido sobre la vida, el problema no es de edad. |

| | | | | | | | | | la moralidad de la multiplicidad. Esta última podría ser la de la salud colectiva. | |
|---|------------------------|---|--|--|--|--------------------------------|--|--|---|--|
| Nombre dado al acontecimiento | Año y mes | Espacio vital | ¿Cuándo fue? /Tiempo de la narración | ¿Qué aconteció?/breve narración do acontecimiento | ¿Quiénes y cómo acompañaron el acontecimiento? | ¿Que conecta a los personajes? | ¿Qué intensidad tuvo en la experiencia vital? / factor de a(fe)ktivación | ¿Qué paso después? Consecuencias | Describir las prácticas de cuidado de la salud mental | Noción de juventud |
| La ética del cuidado de si y del otro. | 2014, 2015, 2016, 2017 | Muchos espacios vitales nutrieron este acontecimiento, tanto en Medellín como en Porto Alegre | Es una experiencia contante a lo largo de mi vida. | El cuidado de si llega en mi vida como una tensión, pensando y estudiando sobre el concepto de autocuidado. Luego se plantea más como un tema de libertad, de subjetividades y la necesidad de encargarse de uno mismo, de no darse por terminado, sino trabajar sobre uno como en una obra de arte. | Familia, amigos, conocidos, extraños, parejas. | El cuidado | Pensar las posibilidades entre lo bello y lo bueno. La producción de éticas propias y renovadas. Es una oportunidad para resignificar mi vivencia en medio de la familia, los amigos, la fiesta, el barrio, la academia. | Intento insertar en mi vida practica los conceptos de cuidado de si y de los otros | La ética del cuidado busca proactivamente lo bello para el otro y para sí. Son tecnologías del yo que se ponen al servicio de las propias fuerzas de subjetivación. El concepto de devenir como diferente al de trascender o desarrollo, como sustancialidad. el devenir es llegar a ser lo que se es. no hay una sustancia pura y divina, el desarrollo sugiere algo teleológico y predeterminado, contiene unos pasos que vana un lugar; pos su parte, el devenir es hacer su propio camino, devenir lo que se es. la salud como integralidad y la salud mental como un agregado. No existen dispositivos que quirúrgicamente afecten solo lo mental, hay unas prácticas que afectan las corporalidades, con efectos sobre lo mental. | El cuidado de si y de los otros es joven por definición. Y no es una cuestión de edad sino de vitalidad. |

Anexo 1. Diretrizes para Autores da Revista Psicologia Política



ISSN 1519-549X *versión
impresa*
ISSN 2175-1390 *versión en
línea*

Prezad@s autor@s, estas são as Normas para Submissão de Manuscrito na Revista Psicologia Política.

O processo editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições abaixo. Caso contrário será devolvido para adequação às normas, inclusão de carta ou outros documentos. A Revista Psicologia Política adota, com algumas adaptações, as normas de publicação da APA: “Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001)”. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Os textos poderão ser redigidos em português, espanhol, francês ou inglês e, necessariamente, conter resumos, títulos e palavras em todos esses idiomas. Para um guia rápido em português, consulte, apenas em casos aqui omissos, Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA (<<http://www.ip.usp.br/biblio-teca/>>). Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide (<http://www.uwsp.edu/psych/apa4b.htm>). Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do autor no sítio da revista (<<http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/about.php>>) e em seguida clicando em “Submissões Online”. Como a revisão dos manuscritos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores a

eliminação de quaisquer identificações em qualquer outra parte do artigo, inclusive nas propriedades do arquivo. Os dados dos autores, preenchidos no formulário on-line, não serão encaminhados aos consultores ad hoc em hipótese alguma.

Diretrizes Gerais do Manuscrito

Os arquivos para submissão deverão estar em formato doc, rtf ou odt e não podem conter mais de 25 páginas no caso de artigos e sete no caso de resenhas. Os textos devem ser digitados em espaço duplo em todas as circunstâncias, fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, em todo o manuscrito, incluindo referências e notas de rodapé, com parágrafos justificados. Não utilize sublinhado, negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração. Utilize itálico e/ou negrito apenas para palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, “estrangeirismos”, como self, locus, rappaport etc. e palavras que os autores desejem grifar. A página deverá ser tamanho A4 (21 x 29,7 cm), com todas as margens iguais a 2,5 cm.

Caso haja subdivisões no texto, recomendam-se no máximo três níveis de intertítulos. Os subtítulos devem ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula e sem usar itálico. Notas de rodapé devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto. Todos os endereços “URL” (links para a internet) no texto (ex.: <<http://pkp.sfu.ca>>) deverão estar ativos.

Figuras, Tabelas e Anexos

As Figuras, Gráficos, Quadros, Tabelas e Anexos que aparecerem no corpo do texto devem, sempre, serem escritas com a primeira letra em maiúscula e devem ser postas também como anexo do artigo na hora de submeter no sistema on-line na ordem de aparecimento no texto. A utilização de expressões como “a Tabela acima” ou “a Figura abaixo” não devem ser

utilizadas porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. Anexos devem ser submetidos apenas em caso de extrema necessidade e estar contido no número máximo de páginas.

Citações

As citações literais com menos de cinco linhas devem ser digitadas normalmente no texto, entre aspas. A pontuação vai antes do fechamento, com aspas. Ao final das citações deve constar entre parênteses o nome do autor, o ano do trabalho e número da página.

Ex.: (Zonta, 2007:98)

Citações com cinco ou mais linhas devem ser destacadas, indentadas a 2 cm da margem esquerda e 1 cm na direita, com espaçamento simples e fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas.

A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], em itálico e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos entre colchetes [...]. A inserção de material, tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte em itálico (ou negrito, quando em falas), seguida de [grifo nosso]. Estes parênteses e colchetes não devem estar em itálico.

Na citação de depoimentos ou entrevistas as falas devem ser apresentadas em itálico e sua forma de apresentação deve seguir as orientações para citação textual.

Exemplo de citação no próprio parágrafo do texto:

Indagados sobre a qualidade dos seus cursos de graduação, cerca de 70% dos entrevistados afirmam ser insuficiente. O entrevistado 2, por exemplo, afirma que “a graduação foi insuficiente, não tem condições de formar para a prática. É necessária uma formação generalista e um pensar crítico”.

Exemplo de citação com 40 ou mais palavras:

A Psicologia, enquanto um campo novo de atuação profissional, desconhecido por muitos e agravado pela já aludida deficiência teórico-técnica da sua formação básica, muitas vezes leva ao trabalho em condições precárias. Veja-se, a título de ilustração, o que diz o entrevistado 9:

Não tinha nenhuma motivação para trabalhar em hospital, não. Nunca pensei em trabalhar em hospital... Trabalhava no interior e pedi transferência. Depois de muita batalha, consegui. Quando cheguei aqui, me colocaram quatro opções de trabalho, cada uma mais complicada que a outra. Foi difícil no começo. (Ernesto – Psicólogo)

Atenção: Não use os termos apud, op. cit., id., idem, ibidem e outros.

Eles não fazem parte das normas da APA.

O arquivo que deverá ser anexado no formulário de submissão deverá seguir as seguintes instruções:

1. Deve conter uma folha de rosto sem identificação.
2. Deve conter Resumo (100-150 palavras), cinco palavras-chave, no idioma original do texto e as respectivas versões em português, inglês e espanhol. O mesmo vale para o título do manuscrito. Caso o idioma original do texto seja o francês deverá incluir estas três versões, além do resumo em francês. As traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical de cada idioma. A Revista Psicologia Política solicita que o autor faça a revisão final das versões do resumo. Este é um item muito importante, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista.
3. As referências devem ser colocadas em nova página, após o término do texto, em ordem alfabética, de acordo com as normas da APA, adaptadas pela RPP (abaixo, exemplos de como citar artigos, livros, capítulos de livro, teses e dissertações, respectivamente). Não deixe um espaço extra entre as citações. Coloque o nome da fonte de sua referência em itálico (título do livro, periódico, filme, música, etc.).
4. Anexos devem ser incluídos somente se contiverem informações consideradas indispensáveis. Anexos com mais de uma página devem ser

numerados consecutivamente com texto em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Devem ser indicados no corpo do texto identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (p. ex.: A, B, C e assim por diante).

5. Tabelas e Figuras devem ser apresentadas cada uma em uma nova página, com as respectivas legendas e títulos. Não devem exceder meia página (A4). Devem ser elaboradas em programas de edição de texto que abra tanto em word quanto em open office. Os títulos das tabelas devem ser colocados no alto das mesmas, uma linha abaixo da expressão Tabela e seu respectivo número. A primeira letra de cada palavra do título deve ser em letra minúscula. O título deve ser negrito e não conter pontuação ao final. Dentro da Tabela, não utilize letras maiúsculas, itálicos ou negritos. Os títulos das figuras devem ser apresentados logo após a expressão Figura e seu respectivo número (esses devem ser sublinhados), seguindo as demais especificações para Tabelas, mas com pontuação ao final.

Exemplos para a elaboração de citações e referências:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

Citações no corpo do manuscrito:

1. Citação de artigo de autoria múltipla

a) Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.

b) Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de “e col.” e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.

c) Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de “e cols.” e da data. Porém, na seção de Referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

2. Citações de obras antigas e reeditadas

Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação consultada).

3. Citação secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: “Elster (1989, citado por Sandoval, 1989:128)...”. Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso: Sandoval, 1989).

Exemplos de referências:

Obs.: A Revista Psicologia Política utiliza o nome dos autores por extenso, não somente as iniciais, como é adotado pela APA.

1. Livros

Le Bon, Gustave. (1921). *A Psychologia Política*. Rio de Janeiro: Livraria Garnier.

2. Capítulo de livro

Montero, Maritza. (2006). *Le Pouvoir et la Psychologie Politique de la communauté*. Em Alexandre Dorna, & José Manuel Sabucedo (Orgs.), *Études et Chantiers de Psychologie Politique* (pp. 81-100). Paris: L’Harmattan.

3. Artigo de revista científica

Machado, Frederico V., & Prado, Marco A. M. (2005). *Movimentos Homossexuais: A Constituição da Identidade Coletiva Entre a Economia e a Cultura: O Caso de Dois Grupos Brasileiros*. *Interações*, 10(19), 35-62.

4. Artigo de revista científica no prelo

Indicar no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

5. Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado

Coimbra, Cecília M. B. (2000, maio). Psicologia Política e Direitos Humanos. Trabalho apresentado no I Simpósio Nacional de Psicologia Política, São Paulo, Brasil.

6. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em Anais

Silva, Alessandro S. da. (2008). Homofobia e Silenciamento: a luta pelo direito à visibilidade. Em Anais do V Simpósio Brasileiro de Psicologia Política. São Paulo: ABPP.

7. Teses ou dissertações não publicadas

Ansara, Soraia. (2000). Repressão e Lutas Operárias na Memória Coletiva da Classe Trabalhadora em São Paulo. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós Graduaosem Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

8. Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Cantril, Hadley. (2002). The Psychology [of Social Movements](#). New Brunswick: Transaction (Original Publicado em 1940).

9. Autoria institucional

American Psychological Association. (2001). Publication manual of the American Psychological Association (5ª ed.). Washington, DC: Autor.

10. Comunicação pessoal

Pode ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

11. Artigo em Revista Científica Eletrônica (Internet)

Löwy, Michael. (2003). Las formas modernas de la barbarie. Metapolítica, 28, artigo 1. Acessado em: 06 de abril de 2003, de: <<http://www.metapolitica.com.mx/numant/28/>>.

12. Artigo em Jornal

Franco, Carlos. (2003, 06 de Abril de). Os Bórgia e as orgias do desejo profano. O Estado de S.Paulo, [São Paulo], p. D5.14.

13. Artigo em Revista não científica

Oyama, Thaís. (2001, 27 de junho de). Dias Alegres: Parque de Diversões Promove Dia Gay e ensina funcionários a tratar visitante homossexual. Veja, 34(25), 71.

14. Artigo em Jornal ou Revista não científico (Internet)

Sem autor

EUA isolam Bagdá, invadem palácios de Saddam e matam civis em bombardeio. (2003, 07 de abril de), O Estado de S.Paulo. Acessado em: 08 de abril de 2003, de: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u54748.shtml>>.

Com autor

Sampaio, Paulo. (2008, 14 de outubro de). Comitê LGBT que apóia Marta diz que publicidade é homofóbica e desagrega. Folha On-line, Acessado em: 04 de novembro de 2008, de: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u455851.shtml>>.

Diretrizes para submissão, verificar(Todos os itens são obrigatórios)

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em “Comentários ao Editor”.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, RTF ou WordPerfect e estão sem qualquer IDENTIFICAÇÃO dos autores. Remover a identificação dos autores de qualquer parte do texto é de responsabilidade dos proponentes.
- Todos os endereços “URL” no texto (ex.: <<http://pkp.ubc.ca>>) estão ativos.
- O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12 pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.

- O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o autor, encontradas na seção “Sobre” a revista. A seção da revista é revisada pelos pares, a identificação do autor foi removida, e “autor” e “ano” foram usados na bibliografia e notas de rodapé, ao invés de nomes de autores, títulos etc.
- O nome do autor foi removido em “Propriedades do documento”, opção do menu “Arquivo” do MS Word, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista. A identificação dos autores só acontecerá no formulário que deverá ser preenchido na submissão. A responsabilidade pela não identificação autoral do manuscrito a ser enviado é dos proponentes.

ATENÇÃO: A formatação é responsabilidade do autor e artigos que não estejam no formato não serão publicados. Verifique antes de submeter.

Declaração de Direito Autoral

Os direitos autorais dos artigos publicados na Revista Psicologia Política pertencem ao periódico. A reprodução total dos manuscritos aqui publicados está condicionada à autorização escrita do editor da RPP e a citação da RPP como fonte original do texto.