

Estudis de Doctorat de Psicologia Social  
Departament de Psicologia Social  
Universitat Autònoma de Barcelona

# **Tesis para optar al grado de doctor en Psicología Social**

Intervención Social en Salud Mental y Psiquiatría en Chile: una aproximación desde las *interfases* de la gubernamentalidad

Jimena Carrasco Madariaga

Tesis doctoral dirigida por el  
Dr. Joan Pujol Torres i Tarrés

Año 2011

## Agradecimientos

Agradezco a Joan Pujol, por su buena disposición y por su cercanía a lo largo de estos años. Por su apertura a las propuestas y su guía sin imposiciones. También al grupo Fractalidades en Investigación Crítica, por darme un espacio de reflexión donde poder compartir ideas, sensaciones, preocupaciones y logros.

Agradezco a la Universidad Austral de Chile, en especial a mis colegas de la Escuela de Terapia Ocupacional. Sin ellos yo no habría podido emprender esta aventura, ni menos haber llegado a este momento. En especial a Christiane Stehr, por haber confiado en mí, y a Carmen Gloria Muñoz por su amistad y por haberme animado siempre: primero a partir y luego a continuar.

Agradezco a mis colegas y amigos del Centro de Salud Mental Comunitaria de Schneider 555, en Valdivia, Chile, por haberme abierto un espacio en sus vidas cotidianas, por haber confiado en mi proyecto y haber sido partícipes de él.

Agradezco a todos quienes en estos años me han acompañado lejos de mi tierra, en especial a mis amigos Cecilia, Krisna, Rayén, Teresa, Damián, Diana, Amarela, Itza y Javier.

Por último agradezco a quienes desde lejos, me han dado fuerzas, ánimos, ideas, cariño y consejos necesarios: a María Teresa y Eugenio, mis padres y a Alexis y Verónica, mis hermanos.

# Índice de contenido

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo I. El proceso de configuración de un objeto de intervención.</b>	
<b>Una mirada desde la gubernamentalidad</b>	
1.1. Introducción.....	17
1.2. Poder y gobierno en la casa señorial.....	20
1.3. En nombre de la verdad.....	28
1.4. De la “cuestión social” a la intervención del cuerpo social.....	42
1.5. De la de la intervención del cuerpo social al gobierno del cuerpo de mercado.....	55
1.6. Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria como estrategia de Gubernamentalidad.....	72
<b>Capítulo II. Para mirar una realidad bio-psi-social: etnografía como artesanía</b>	
2.1. Introducción.....	91
2.2. ¿Cómo mirar una realidad terapéutica, clínica y social? .....	93
2.3. Realidad como ficción, ficción como realidad, etnografía como artesanía.....	102
2.4. Aportes para una aproximación etnográfica y crítica.....	113
2.5. Concretando la propuesta.....	124
2.5.1. ¿Por qué un acercamiento etnográfico a un ESMPA en Valdivia, Chile?.....	130
2.5.2. ¿Cómo acercarnos?.....	133
<b>Capítulo III. La vida en un Centro de Salud Mental Comunitaria</b>	
3.1. Contexto necesario.....	139
3.2. Las reuniones clínicas: personas, usuarios y casos.....	153
3.3. Una RSMP: ¿colaboración? ¿horizontalidad?.....	179
3.3.1. Remando juntos: ¿hacia dónde?:.....	180
3.3.2. Compra y venta de servicios.....	189
3.3.3. ¿Garantías de qué?.....	197
3.3.4. Atención primaria y secundaria: ¿quién necesita de una atención de especialista?.....	202
3.4. Interventores entre lo biomédico, lo clínico y lo comunitario.....	212

3.4.1. Lo biomédico: la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base.....	214
3.4.2. Lo clínico: el psiquiatra y el psicólogo.....	223
3.4.3. Lo comunitario: El trabajo con los territorios.....	231
<b>Capítulo IV. Nuevos interventores, nuevos hechos y nuevas posibilidades</b>	
4.1. Introducción.....	243
4.2. Entre el diagnóstico y la oferta de planes de salud: entre la institución y la extitución.....	245
4.3. Crítica a la ética material: reflexibilidad y autonomía.....	260
4.4. Nuevos hechos y nuevas formas de resistencia.....	275
4.5. Por una posibilidad se ser y de conocer .....	285
<b>Conclusiones.....</b>	<b>296</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	
.....	313
<b>Referencias narrativas</b>	
.....	334
<b>Referencias cuaderno de campo</b>	
.....	334
<b>ANEXOS:</b>	
ANEXO I	
ANEXO II	
ANEXO III	
ANEXO IV	
ANEXO V	
ANEXO VI	
ANEXO VII	
ANEXO VIII	

## Introducción

En el presente (época de recargamientos), al elenco tradicional se ha agregado el estamento profesional, que ha sido encargado de administrar en el terreno, cara a cara con los ciudadanos mismos, las políticas sociales del Estado y los proyectos puntuales de asociación participativa entre las organizaciones sociales, el Municipio y el Estado. Su trabajo necesita ser técnico en un doble sentido, uno de ida y otro de vuelta: se trata de ‘gestionar’ las políticas públicas asociándolas a la ‘autogestión’ ciudadana. Necesita, por tanto, tener una doble expertise: en la política pública ‘modernizada’, y en la lógica ‘emergente’ del capital social. No hay duda que su tarea está envuelta en un vértigo esquizoide, ya que debe resolver, en terreno, la contradicción estratégica del modelo neoliberal en Chile: ajustar micro-soluciones (focales) a macro-problemas (sociales). Opera con políticas mínimas para atacar lacras históricas máximas.

(Salazar y Pinto, 1999: 307)

El trabajo de investigación que se presenta a continuación es resultado de la articulación de preguntas surgidas en varios campos. Por una parte, en mi desarrollo profesional como terapeuta ocupacional me he involucrado en las actuales transformaciones que ha tenido la intervención psicosocial en Salud Mental y Psiquiatría en Chile. Por otra, en el ámbito de mi actividad docente, y la realización del doctorado en Psicología Social en la Universidad Autónoma de Barcelona, me he familiarizado con propuestas teóricas y metodológicas denominadas “críticas”, para el acercamiento a los procesos de la intervención social.

En Chile, me he desempeñado como terapeuta ocupacional en el tratamiento y rehabilitación de personas consideradas con problemas de salud mental y/o

enfermedades psiquiátricas, ámbito en el que hoy se plantea una serie de transformaciones tanto de los problemas a intervenir, como de las formas de intervención.

En este escenario de transformaciones, desde una comprensión crítica de la intervención social (Montenegro, 2001), podemos entender que las maneras de concebir los problemas sociales, sus causas y sus posibles soluciones, también se ven modificadas. Tales modificaciones se pueden comprender como el resultado de procesos de cambios en las formas de administración de los servicios de salud y de las políticas sociales de gobierno. Es decir, se pueden entender como productos sociales e históricos. Pero además la intervención social que resulta de estos cambios, tiene el poder de afectar a las vidas de los sujetos a ser intervenidos, así como la configuración de la realidad para los interventores y para la sociedad en su conjunto. Debido a que atañen a las vidas de los sujetos, ha surgido la necesidad de comprender el cómo lo hacen; y es esta interrogante la que nos ha impulsado a llevar a cabo esta investigación.

Las transformaciones en las políticas en Salud Mental y Psiquiatría son la realidad a partir de la cual hemos tenido las primeras intuiciones de que algo está cambiando. Al intentar comprender estos procesos de transformación, nos hemos encontrado con un entramado de modificaciones en las formas de intervención social en Chile, que en gran medida pasan por la incorporación y transformación de nosotros, los profesionales y técnicos como nuevos actores sociales.

Desde la práctica como interventores, intuíamos que algo no andaba bien en los cambios que nos prometían mayor libertad, igualdad y participación de los sujetos. Los discursos que hoy en día suelen adornar las políticas y los instrumentos que intentan normar la intervención de ciertos sujetos, y que proponen la integración de estos, nos parecían sospechosos. En lugar de liberarnos, nos ataban cada vez más a una lógica de prestadores de servicios y nos iban dejando poco espacio para una crítica al sistema neoliberal, tan ampliamente valorado como el medio para el logro de estados mejores y/o más

avanzados. Por lo tanto, las nuevas formas de intervención se nos presentaban como la superación de momentos anteriores, menos avanzados, más autoritarios, propios de una época pasada y oscura.

El epígrafe de esta introducción da cuenta de un cierto *vértigo esquizoide* en los profesionales que ahora deben ser expertos en un doble sentido. Nosotros hemos querido tomar este síntoma como una metáfora del malestar en los interventores. Dicho epígrafe hace alusión a *“la contradicción del modelo neoliberal en Chile, políticas mínimas y lacras históricas máximas”*. Nosotros quisiéramos agregar otro elemento. Ese vértigo esquizoide nos ha acompañado a lo largo de esta investigación, no sólo al estar en el lugar del interventor, sino que también al estar en el del investigador, o mejor dicho, al transitar entre ambos. Porque una cosa es estudiar ese síntoma (el vértigo esquizoide) y otra es padecerlo. En nuestro caso, en esta tesis hablamos desde el tránsito: desde un movimiento continuo entre querer entender ese síntoma y padecerlo, lo cual puede agudizarlo aún más.

En los procesos de transformación en la intervención social en Salud Mental y Psiquiatría en Chile, los profesionales considerados como interventores estamos siendo llamados a importantes cambios en las maneras de pensar y actuar tanto en lo referido a los problemas propiamente tales, como en relación a nosotros mismos y las vinculaciones que establecemos. Se pretende, por una parte, que los escenarios donde se desarrollan las intervenciones sean “lo más naturales posibles”; que los aspectos que se consideran a la hora de intervenir conjuguen lo “biológico, lo psicológico y lo social”; y que la forma de actuar en equipo sea “transdisciplinaria” (MINSAL, 2006).

Todo esto conlleva importantes cambios en la identidad profesional y en las lógicas de la intervención social: involucra nuevas formas de explicar los problemas a intervenir, que ahora conjugan lógicas propias de la clínica y la disciplina (Foucault, 1976 y 1991), con otras propias del pensamiento social actual (Tirado y Mora, 2004). Estos cambios no sólo suponen nuevas formas de explicarnos los problemas a intervenir, sino que también nuestra propia configuración como interventores y nuestra ética como profesionales. Tales

transformaciones son parte de múltiples tácticas que intentan disponer de las cosas y de los sujetos para que un importante número de objetivos de gobierno sean alcanzados (Foucault, 1978). Así, nuestro quehacer se regula a través de diferentes tecnologías de gobierno, que incorporan tecnologías del Yo (Foucault, 1990) tales como la autovigilancia y autodisciplina, no sin que a la par surjan nuevas formas de resistencia a las mismas (Waring, 2007). ¿Puede ser esta la explicación a ese vértigo esquizoide del que habla el epígrafe? Por un lado los profesionales nos exigimos ser gestores de las soluciones a los problemas que encontramos y nos censuramos cuando no logramos hacer lo que creemos que debemos hacer. Pero, por otro, nos resistimos a hacer eso que debemos hacer y por momentos nos quedamos con la impotencia y frustración de no poder solucionar *lacras históricas máximas, con soluciones mínimas*. Partimos desde esta tensión y nos hemos propuesto como hipótesis que las nuevas prácticas en Salud Mental y Psiquiatría en Chile son estrategias de Gobierno que están transformando las tecnologías terapéuticas y de control y con ello, la manera en que los individuos se aproximan a sus problemas, y buscan solucionarlos. Por eso el título de este trabajo habla de una mirada desde las *interfaces* (Long y Villareal, 1993) de la gubernamentalidad.

Nuestros objetivos de investigación se relacionaron con comprender cómo están operando estas transformaciones y cuáles son sus efectos de gubernamentalidad desde el lugar del interventor. Así éstos se tradujeron en los siguientes objetivos específicos:

- Describir las prácticas de los equipos de Salud Mental y Psiquiatría, y establecer las nuevas realidades que se generan en estas prácticas, tanto en lo referente a verdades científicas, como en término de subjetividades deseables.
- Establecer relaciones entre los procesos de gubernamentalidad neoliberal, la configuración de estas prácticas y las subjetividades que se generan a partir de las prácticas.
- Establecer efectos y posibilidades políticas de los procesos de generación de verdades y de subjetivación en las prácticas de los equipos de Salud Mental y Psiquiatría.



Siguiendo con la metáfora del síntoma que padecemos y que deseamos explicar, cabe preguntarse ¿cómo explicar este síntoma? Si acudiéramos a un médico probablemente nos examinaría. Primero observaría nuestro cuerpo, luego nos haría algunas preguntas y posteriormente nos mandaría a hacernos algunos exámenes. Estos últimos le podrían dar indicios de qué ocurre en un nivel que no se puede ver a simple vista. En relación a esta idea tomaremos lo señalado por Deleuze y Guattari (2006). Estos autores nos proponen una mirada que pueda integrar lo que se puede ver a simple vista, con lo no, y para esto incorporan dos dimensiones: lo molar y lo molecular.

Lo molar, a primera vista, muestra segmentos y líneas bien definidas. Luego, si se mira el detalle o si se pasa a una dimensión molecular, se revelan flujos y zonas indiscernibles. La visión de ambas dimensiones permite explicar la política, como una dinámica entre flujos y segmentos, en la cual los centros de poder se expresan como *agenciamientos* que convierten constantemente los flujos en segmentos, sin llegar jamás a controlarlos del todo. De los centros de poder dependen los agenciamientos “que no cesan de adaptar las variaciones de masa y de flujo a los segmentos de la línea dura, en función del segmento dominante y de los segmentos dominados” (Deleuze y Guattari, 2006: 229-230).

A partir de esta concepción de los centros de poder y del Estado, los autores nos proponen una mirada que integra tres aspectos o zonas. Nuestro trabajo, como intento de comprender nuestro síntoma, habla de ellas.

Todo centro de poder tiene esos tres aspectos o esas tres zonas: 1) Su zona de potencia, en relación con los segmentos de una línea sólida, dura; 2) Su zona de indiscernibilidad, en relación con su difusión en un tejido microfísico; 3) Su zona de impotencia en relación con los flujos y cuantos que sólo puede convertir, sin llegar a controlarlos ni determinarlos. (Ibid.)

En la *zona de potencia*, distinguimos un aparato de Estado que a través de diferentes agenciamientos realiza una serie de sobrecodificaciones molares. Para comprender los procesos de configuración de las entidades que a nivel molar se nos presentan como segmentos y líneas, hemos adoptado una mirada

genealógica que más que desenterrar, intenta horadar esa realidad que se nos presenta como dura, constituida de elementos bien delimitados que existen realmente, independiente de nosotros. Nuestro propósito no es contar la historia de los elementos que hoy en día configuran la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria en Chile, sino dar cuenta de cómo ésta se puede comprender como un momento en los continuos procesos de transformación de lógicas de poder y de gobierno.

La comprensión de los procesos que se quieren abordar no es neutral; es crítica, en tanto pretende dar cuenta de cómo en Chile los interventores hemos llegado a *operar con políticas mínimas para atacar lacras históricas máximas*. Así, en el capítulo I se propone el uso de una perspectiva de poder y de gubernamentalidad. El concepto de “enfermedad mental” se comprende como el resultado de la inscripción de la “locura” en el ámbito de la Medicina y por tanto, en la lógica que emerge con la clínica. Al mismo tiempo se tratan los procesos de conformación del Estado moderno, la emergencia y transformaciones del sistema de salud y de las políticas sociales en Chile, en tanto complejos entramados de relaciones de poder, siempre atravesados por lógicas coloniales y conflictos de intereses entre los diferentes actores.

*Las políticas mínimas* se deben a las tendencias neoliberales de las políticas sociales en Chile durante las últimas décadas. *Las lacras históricas máximas* son productos de un contexto que nunca ha permitido que todos los chilenos podamos disfrutar por igual de un Estado de bienestar y que en la actualidad, además, está atravesado por los procesos de neoliberalización de la economía.

El hospital, la clínica, la psiquiatría, las políticas sociales, los sistemas de salud, los modelos de intervención social en Chile, que pueden aparecer como entidades autocontenidas, son contempladas como aspectos que han emergido a partir de entramados de relaciones de poder nunca estables que, mediante procesos de *sobrecodificación*, intentan asegurar el predominio de un segmento sobre otro, o subrayar el segmento dominante para el cual dicha *segmentaridad* tiene sentido.

El tiempo presente y sus verdades se recrean como un momento más en tales dinámicas y entramados. Así, el capítulo termina proponiendo que el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” se puede entender como una estrategia de intervención social propia de una lógica neoliberal de gobierno, que se explica como resultado del proceso de configuración de una nueva lógica y un nuevo objeto de gobierno (Barry, Osborne y Rose, 1996).

Sin embargo, creemos que el vértigo esquizoide no se explica del todo. Nuestro síntoma parece tener que ver con aquellos aspectos que escapan a los procesos establecidos de *ajuste de micro-soluciones (focales) a macro-problemas (sociales)* y requiere, por tanto, mirar más allá de las normas, las leyes, las instituciones o los discursos científicos. Así en el capítulo II, nos detenemos para dar cuenta de la necesidad de una mirada que vaya al detalle y a los espacios de micropoder donde ocurre la intervención. Nuestra mirada, como la mirada de quien padece el síntoma, no es sólo a los intersticios que quedan entre segmentos y líneas, sino que también una mirada que busca decir algo en relación con estos flujos y estos segmentos y líneas.

Las prácticas de los profesionales que trabajan en la intervención social en Salud Mental y Psiquiatría se relacionan con la perspectiva de gubernamentalidad, a partir de lo cual proponemos la necesidad de un acercamiento etnográfico a los contextos donde ocurren estas prácticas. Se incorporan aportaciones desde los estudios sociales de la ciencia que nos permiten brindar una explicación a cómo se generan realidades científicas (Latour, 2001) en estos espacios de micropoder. Para esto, se da cuenta de un cambio en la lógica del proceso de investigación, que se relaciona con una comprensión de la realidad que no parte de una realidad social o natural, sino de una realidad encarnada (Haraway, 1995). Este cambio nos permite entender nuestro acto de conocer como una elaboración artesanal (Hacking, 1999) que nos da la posibilidad de realizar una formulación explicativa de nuestro síntoma. Tal cambio en la lógica del proceso de investigación se justifica por las consideraciones críticas, tanto al realismo ingenuo, como al construccionismo social. Las críticas al primero apuntan a que nos puede llevar a pensar nuestro síntoma como producto de una falta o una falla que debemos

mejorar. Las críticas al segundo, a que nos puede hacer creer que nuestro síntoma es una ficción, que no tiene que ser como es, lo cual, sin embargo, no nos permitirá explicar cómo podemos dejar de sentirlo.

Incorporamos aportes desde perspectivas críticas para definir una forma de acercamiento etnográfico desde una objetividad situada (Haraway, 1995a). Es decir, desde un conocimiento encarnado, que reconoce la propia corporeidad en el acto de conocer y así no puede negar el síntoma que nos ha llevado a lo que buscamos conocer. Este conocimiento que se localiza en nuestro cuerpo, debe renunciar a un conocimiento acabado y aceptar que en tanto situado y encarnado, es un conocimiento parcial. El lugar desde donde conocemos se puede situar en los interventores en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, lo que no implica una posición de sujeto estable, sino un punto de partida desde donde pretendemos brindar una explicación.

El capítulo III comienza con una descripción de líneas y segmentos molares en el territorio en el que luego nos adentraremos: cómo se dividen y se relacionan las autoridades de salud en Chile; cómo se dividen territorialmente cada una de ellas; cómo se diferencian los niveles de atención entre los centros de salud en Valdivia, etc. Luego, contamos la historia de cómo nos hemos movido por estos segmentos, hasta llegar a uno en específico: un equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Valdivia, Chile.

A partir de la información obtenida del acercamiento etnográfico como parte de este equipo, damos cuenta de sus prácticas. Intentamos traer a la mano del lector una realidad lejana, a través de notas de campo, extractos de reuniones clínicas y narrativas de los profesionales que componen este equipo, con la intención de generar, más que una explicación, un relato. En éste intentamos articular las diferentes voces en juego. Luego, brindamos una explicación de cómo en estos espacios se generan realidades, como hechos científicos, y se da cuenta de las diferentes entidades que emergen por las actuaciones de los interventores. Al mismo tiempo se analizan las posibilidades y limitaciones con las que nos encontramos los profesionales en los contextos reales de

intervención y cómo estas pueden propiciar una problematización de ciertas lógicas de gobierno.

Los diagnósticos clínicos, los Planes de Salud, los Niveles de Atención en Salud, los dispositivos de la Red de Salud, de los que habla este capítulo, se pueden entender en un nivel molar, como aspectos que toman forma en un tejido por *agenciamiento de la máquina de sobrecodificación, que se identifica con el Estado* y de la que participamos los interventores. Todos ellos son segmentos delimitados que resuenan al unísono como centros de poder: el diagnóstico clínico se recodifica como caso o diagnóstico psicosocial, o como plan de salud que se vende y se compra, en parte por las actuaciones de los interventores y en parte, por la acción de tecnologías de gobierno. En este sentido, estas actuaciones de los interventores se inscriben en la zona de potencia de un centro de poder. En este capítulo, intentamos dar una explicación a cómo se dan estos *agenciamientos de sobrecodificación*, por ensamblajes de las acciones de los interventores con tecnologías propias de lógicas de gobiernos neoliberales y lógicas coloniales.

También en este capítulo, damos cuenta de otros aspectos que se pueden entender como aquellos que aparece al mirar el detalle. Identificamos zonas de *indiscernibilidad* en el tejido molecular en el que están tallados estos segmentos (los diagnósticos clínicos, los Planes de Salud, los Niveles de Atención, los dispositivos de la Red de Salud, entre otros). Nos encontramos con líneas relativamente flexibles y territorialidades entretejidas, en las que habitan, intervienen y transitan los interventores: las relaciones que establecen los diferentes profesionales de los diversos dispositivos de la red de servicios, aún cuando están *sobrecondificadas* en el territorio del aparato del Estado, se difunden en una serie indefinida de relaciones que van introduciendo pequeñas variaciones que no terminan de ser atrapadas por la *segmentaridad molar*.

La red de servicios de salud más que como un entramado de relaciones horizontales y de colaboración, aparece como segmentos que no terminan de acomodarse y que están constantemente en movimiento y en reconfiguración, producto de tensiones y de intereses contrapuestos. En medio de estas

tensiones, aquello que se ha generado por nuestros propios *agenciamientos* como interventores se vuelve indiscernible para nosotros mismos.

Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario aparecen como polos entre los cuales nos movemos. En este movimiento, se entretajan miradas que buscan signos y síntomas en los cuerpos, miradas que buscan el propio centro de los sujetos y de nosotros mismos, y miradas que buscan las relaciones entre sujetos y sus entornos.

El capítulo IV plantea en su inicio la ocurrencia de transformaciones en las lógicas y en las identidades de los interventores que se explican, en parte, por los procesos de reconfiguración de los aparatos de Estado encargados de la intervención social de ciertos sujetos. Es decir, las transformaciones de una sociedad disciplinar a una sociedad de control (Deleuze, 1992). Ellas determinan la aparición de nuevas realidades científico/terapéuticas, que contienen en sí las nuevas formas de poder y de resistencia propias de una lógica de gobierno neoliberal, que por un lado presenta a los sujetos como partícipes de las soluciones a sus propios problemas, y por otro, establecen de antemano cómo deben ser esas soluciones. O sea, contienen las contradicciones de intentar *“gestionar” las políticas públicas asociándolas a la “autogestión” ciudadana.*

Las nuevas prácticas de intervención social en Salud Mental y Psiquiatría pueden ser entendidas a través de esta mirada a los microcampos de poder, como prácticas que se ubican en una *interfase*. No sólo entre las lógicas de gobierno y las subjetividades, sino como un punto donde se interceptan lógicas propias de la clínica, la disciplina, la intervención social, el mercado y de un orden colonial. En este punto de conexión, emergen las nuevas formas de subjetividad deseables: sujetos que se den cuenta y se hagan cargo de problemas que ya no se relacionan sólo con ellos, sino que con sus entornos sociales. Esto con el objeto de que puedan realizar cambios que los lleven a estados más completos, más avanzados y mejores, pero sin poder elegir cómo hacerlo. En este punto emerge también una ética de la intervención que implica nuevos escenarios, nuevas técnicas y nuevos aspectos del yo a intervenir

(Rose, 2007). Por último, en este punto, los interventores somos una *interfase*, algo intermedio entre las diferentes lógicas en juego. Somos interventores psicosociales que generamos verdades en reuniones clínicas. Estas verdades son realidades psicosociales que debemos transformar en paquetes de prestaciones que se venden en el mercado. Los problemas que debemos intervenir surgen de concepciones de lo social que a la base contienen valoraciones negativas y positivas de ciertas formas de ser, que terminan siendo aplicadas a nosotros, los interventores. Desde ahí cuestionamos las maneras en que vamos generando las verdades que nos validan.

Estos elementos nos permiten entender un poco mejor nuestro *vértigo esquizoide*: vemos una realidad psicosocial que otros no ven, pero para validarla, y así validar nuestras acciones, debemos acceder a maneras que no compartimos. Accedemos porque queremos ser escuchados, pues creemos que tenemos algo importante que decir en relación a cómo solucionar situaciones que generan sufrimiento. Pero aún no podemos encontrar alguna solución. De esta forma, el capítulo IV continúa con lo que podríamos identificar como la *zona de impotencia*, donde encontramos aquello que no se puede llegar a controlar ni determinar.

Primero hablamos de una resistencia a las nuevas formas de aquel tipo de poder que nos hace ser partícipes de las soluciones a nuestros problemas, pero sin la posibilidad de cuestionar las maneras ni los medios. En este punto, cuestionamos la dicotomía social/natural presente en las concepciones de los problemas que debemos intervenir. Luego, hablamos de un deseo de existir como interventores, como el deseo de un lugar desde donde poder decir verdades y tener agencia ante realidades que nos molestan. Este deseo, en parte, es capturado por la *máquina de sobre-codificación que se identifica con el Estado* en el nivel molar y nos transforma en interventores y nos hace también resonar en los centros de poder. Sin embargo, no es capturado del todo. Una parte de este deseo permanece como *flujo* que no pueden ser determinados, pero que despojados de sí mismos, quedan convertidos en un sobrevivir y conllevan a un malestar (López-Petit, 2003) y una herida infringida por la diferencia colonial (Anzaldúa, 1987; Mignolo, 2007).

Hasta aquí, esta tesis habla de lo que respecta a intentar comprender nuestro síntoma. Sin embargo, aún falta intentar explicar cómo es padecerlo. Esto no creemos que se puede explicar ni por lo micro ni por lo macro; ni por lo molar, o lo molecular, por los procesos de gubernamentalidad ni por la identificación de las relaciones de poder, de dominación o de resistencia. Esto, sólo se puede intentar expresar por el conjunto de todo lo anterior, sumado a la posibilidad de traer a la mano del lector (Latour, 2001) las vivencias cotidianas de un grupo de profesionales en Valdivia, Chile.

Así, proponemos finalmente que los profesionales podemos ser entendidos como un nuevo actor social y político, ya que por estar en medio de una *doble expertice, una de ida y otra de vuelta*, padecemos del síntoma de ese *vértigo esquizoide*. Por ello, también podemos ser entendidos como una posibilidad de transformación, que se da justamente por el malestar que nos provoca el mismo vértigo. Pero además, proponemos que quisiéramos ser entendidos como quienes padecemos, al igual que los sujetos/objetos a los que debemos intervenir, de un síntoma que más allá de su origen social o natural, molesta, duele y no deja en paz. Eso es lo que principalmente nos ha llevado a abordar este desafío.



## Capítulo I

### El proceso de configuración de un objeto de intervención.

#### Una mirada desde la gubernamentalidad

##### 1.1. Introducción

Antes de poder dar cuenta de las prácticas de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, es necesario dotar de contenido aquello a lo que nos referimos cuando decimos Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile.

Como respuesta, podríamos acudir a las definiciones que aparecen en manuales elaborados por las autoridades encargadas de implementar las políticas que tienen un énfasis en la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. En este tipo de materiales, se presenta a la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria como una innovación y un avance en las formas de comprender la enfermedad mental y su abordaje. Sin embargo, aceptar esto *a priori*, significaría dar por sentado algo, sin ningún juicio crítico. Por el contrario, en esta tesis nos proponemos una mirada crítica que dé cuenta de los procesos sociales e históricos que han configurado las categorías que habitualmente se dan por supuestas.

Creemos que el conocimiento más tradicional, generado en torno a los sujetos de intervención social, carece de un juicio crítico en este sentido. Por ejemplo, desde la criminología en Europa se han definido y clasificado diferentes desviaciones de la conducta y sus causas (Lombroso, 1902 y Ferri, 1900); desde la sociología en Estados Unidos se han estudiado los conflictos sociales en las ciudades industrializadas y las mejores formas de solucionarlos (Small, 1905), los problemas de desadaptación social en entornos urbanos (Thomas, en Volkart, 1952; Anderson, 1923, 1928; Thrasher, 1927; Burgess y Park, 1921; entre otros), y los aspectos culturales y sociales que conllevan a la desviación del comportamiento (Merton, 1949). Desde la Psiquiatría y la Psicología, se han definido y clasificado las conductas normales y patológicas, sus causas y las mejores formas de modificarlas (Vallejos, 1980).

Sin embargo, todas estas propuestas parten de premisas como la objetividad y la neutralidad del conocimiento generado, que no compartimos. Más allá de cuestionamientos epistémicos, nuestro principal cuestionamiento a tales propuestas se debe a que han posibilitado la idea de la intervención como una respuesta a las conductas desviadas o anómalas. Por el contrario, la propuesta de Foucault permite invertir esta lógica, es decir, pensar que son las estrategias de control social y las definiciones de la normalidad —materializadas en políticas de intervención—, las que generan la desviación, anormalidad o la enfermedad mental.

Si se trata de la intervención de personas que se consideran “con problemas de salud mental”, esto cobra aún mayor relevancia. Estos mismos sujetos en décadas pasadas pudieron haber sido considerados enfermos mentales y/o simplemente locos, y bajo esas clasificaciones, fueron sometidos a procedimientos que hoy en día nos parecen inhumanos.

En este sentido Foucault ha planteado de manera crítica lo que hoy entendemos como locura, justamente a través de una revisión en su historia, que ha sido al final, la historia de instituciones y tratamientos. Esta historia nos da cuenta de una variedad de formas de abordar “la locura”, cada una de ellas, en su tiempo, segura de ser la mejor; “¿qué evidencia hay de que nuestro entendimiento de estos fenómenos ha mejorado, qué certezas actuales son más confiables que aquellas en el pasado?” (Still y Volody, 1992: 12).

Desde la clasificación de la enfermedad mental de Pinel hasta el diagnóstico multiaxial del ICD-10 y del DSM IV, han habido cambios que se han traducido en nuevas racionalidades políticas en torno a las formas de abordar a los sujetos clasificados. Estas formas de abordaje producen diferentes objetos durables por inscripciones institucionales, tales como nuevas clasificaciones diagnósticas, nuevos instrumentos de evaluación, nuevas formas de organización de las entidades avocadas a la intervención, así como lo fue en su momento la institución del manicomio.

Para comprender las formas de clasificación, las racionalidades políticas y las inscripciones institucionales en torno a lo que hoy denominamos “Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria”, es necesario no asumir que ésta es “la” manera en que fue concebida desde un lugar de poder, sino que como realidades en generación, recombinación y transformación dinámica (Rivero, 2005) que se deben delimitar de forma contingente.

Aún cuando a nuestros ojos contemporáneos, sean “dudosas” estas primeras clasificaciones, donde eran consideradas como “alienadas” sarnosas y epilépticas; furiosas indecentes e incurables; imbéciles y otras, quizá ellas revelen la posibilidad de dudar sobre las clasificaciones que contemporáneamente también plantean un esfuerzo inclusivo, que en cambio, suele sernos difícil de cuestionar. (Rivero, 2005: 293)

Esto cobra mayor relevancia si consideramos que de estos procesos de transformación en las maneras de comprender y clasificar el fenómeno, se desprenden aspectos relacionados con las responsabilidades del Estado y la sociedad, las identidades profesionales, los campos disciplinarios y los equipos de salud (Brown y Crawford, 2003).

No es nuestra intención dar cuenta en esta tesis de todos los procesos de generación, recombinación y transformación, clasificaciones, racionalidades políticas e instituciones que han posibilitado el surgimiento y la existencia de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria en Chile. Sin embargo, consideramos relevante hacer un recorrido por los que creemos, son los principales aspectos involucrados, a fin de poder brindar una comprensión social e histórica del propio ámbito de investigación, que luego dé pie a su mirada crítica.

A continuación, a partir de una perspectiva de poder, proponemos aspectos relevantes para la comprensión del proceso de configuración de los objetos de intervención de la salud y la política social. Finalmente se presenta la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria como una forma de intervención social, y se propone, para su análisis crítico, ser comprendida desde una perspectiva de gubernamentalidad.

Al recopilar información en este sentido, nos hemos topado con que para comprender la construcción de realidad y los efectos sobre la vida de los sujetos, en relación con nuestro tema de investigación, es necesario, además, considerar el componente colonial presente en la configuración de las políticas en el ámbito de la salud, e intervención social en Chile. Así, nos referimos a la *colonialidad*,<sup>1</sup> para dar cuenta de un patrón de relaciones de poder que emerge como resultado de las formas de relación de dominación del colonialismo moderno (Quijano, 2000).

La colonialidad cobra relevancia, en tanto que la instauración de las formas propias de la clínica, de la institución psiquiátrica, de las políticas en el ámbito de la salud, entre otras, son el resultado, en gran medida, de la hegemonía cultural, económica y política de ciertas formas de conocimiento por sobre otras. Estas formas de conocer hegemónicas, se pueden explicar por el patrón de relaciones de poder que emergió a partir de la Colonia, aún cuando fueron procesos que se dieron cuando Chile ya era un país independiente.

## **1.2. Poder y gobierno en la casa señorial**

Como punto de partida para el desarrollo teórico que sustenta nuestro proyecto de investigación, hemos tomado el concepto de poder de Michel Foucault. Esto no es casual, sino que responde a la conexión que hemos encontrado en su propuesta, con nuestros propósitos para esta investigación.

La propuesta de Foucault se basa en un cuestionamiento a lo instituido como verdad, específicamente en lo referente al sujeto y a la razón, y con ello, a los comportamientos considerados como normales.

Su trabajo atraviesa el campo de las Ciencias Sociales y a las principales inspiraciones del pensamiento social de la primera mitad del siglo XX y se va conformando a partir del análisis de documentos, que son vistos como restos

---

<sup>1</sup> La colonialidad no se restringe al colonialismo, es decir, a la relación formal de poder entre dos pueblos, sino que hace referencia a las formas de conocer y de ser, que permiten y mantienen el patrón de relaciones de poder y de dominación de unos sobre otros.

arqueológicos, desde donde se pueden comprender los aspectos ocultos o no manifiestos de la dominación y la violencia, y también el sufrimiento y la resistencia (Foucault, 1976 y 1979).

La arqueología que propone Foucault busca desentrañar la historia a partir de la noción de que los discursos tienen centralidad en el orden social, tanto para las instituciones como para las subjetividades. Es decir, el discurso entendido como aquellas prácticas que construyen realidad, es lo que asienta lo verdadero y bueno, o sea, el poder. Así, la posibilidad de decir algo y decirlo de una manera determinada, está dada por ciertas condiciones sociales, políticas, económicas, y en definitiva, relaciones de poder que pueden ser rastreadas a partir de aquello que han posibilitado: el discurso.

Esta arqueología Foucault la realiza a través de un análisis minucioso y detallado del orden social en escuelas, hospitales, prisiones y fábricas, entre otros, sin partir de generalizaciones ni de un cierto estado natural que justifica el orden social existente. Así, llega a deconstruir lo establecido: las verdades que se presentan como evidentes.

Desde esta lógica, Foucault a partir de la década del setenta, desarrolla una serie de planteamientos en los que explica el **cómo** del poder, en lugar de preguntarse por el poder mismo como una entidad, es decir, se centra en su funcionamiento y en su ejercicio, considerando lo no discursivo (los cuerpos) y lo discursivo (reglamentos, informes, documentos) y preguntándose por cómo surge y por qué surge.

La ruptura más significativa de Foucault con las formulaciones previas del poder, es el abandono de la idea de un centro único de poder y de su concepción negativa. A diferencia de interpretaciones que tienden a identificar al poder con una ley que remarca lo prohibido, Foucault plantea que, lo que hace que el poder se sostenga y que sea aceptado, no es la fuerza con la que prohíbe, sino que su capacidad de producir cosas e inducir placer.

Desde los postulados de Foucault, se entiende que las verdades que configuran un determinado tipo de racionalidad, son históricas y producto de complejas relaciones de poder. De esto se desprende la posibilidad de mirar “la verdad” como posible de criticar y transformar, lo cual requiere de una descripción rigurosa, que dé cuenta de ella sin dar por sentadas las verdades y los valores que se presentan como el “resultado natural” de un proceso de evolución.

En particular, el tema de “la locura” ha sido objeto de reformulaciones críticas a la luz de la noción de poder de Foucault, que han permitido una comprensión de la enfermedad mental, la psiquiatría y la psicología como productos históricos. Foucault examinó las formas que ha adoptado la locura (1976) y cómo ésta se relaciona con las transformaciones en los procesos de gobierno (1979). Explicó también cómo a partir de la vigilancia, se construye la *enfermedad mental* y al paciente psiquiátrico como campo de acción propio de la medicina (1976).

Es decir, desde la arqueología propuesta por Foucault, podemos comprender que “la locura” no siempre fue una “enfermedad mental”, y que la aparición de este nuevo objeto (la enfermedad mental) es posible gracias a las acciones combinadas que se dan en la práctica del encierro de los “locos”.

El “leprocomio”, según Foucault, sería el resultado de un reordenamiento social producido por la reutilización del espacio de los leprosarios a partir del siglo XVIII en Europa. Una vez que no fue necesario el encierro de los leprosos, éstos espacios habrían sido reutilizado para el encierro de un tipo de indigentes (los locos), a fin de evitar riesgo para otros (los cuerdos). El objeto de este encierro no era la sanación de los de adentro, sino la mantención del orden ciudadano afuera. Bajo esta lógica la atribución de locura no era realizada por los médicos, sino por autoridades, como una práctica política.

Pero este encierro creado para garantizar el orden y la seguridad de los que estaban afuera, terminó siendo útil también para saber acerca de los que estaban adentro.

El manicomio sería entonces producto de un orden institucional, que permite una mirada perfeccionada sobre los sujetos, a través de la clasificación, la vigilancia, el registro y la supervisión de los registros de los internos. Se construye así un objeto y un saber sobre ese objeto. La emergencia de la *enfermedad mental* será luego, producto de una reconfiguración de la locura en el espacio de la salud y la enfermedad y como tal, se sitúa en la experiencia clínica.

En Chile, estos procesos contienen sus propias particularidades. El manicomio como institución está atravesado por los procesos históricos y sociales propios. La Colonia, la Independencia y el surgimiento de un Estado republicano, implicaron procesos particulares que son relevantes a la hora de comprender las prácticas del encierro que dieron pie al manicomio y a la enfermedad mental.

En primer lugar, la encomienda, como forma de orden social colonial, configuró una lógica basada en la territorialidad y en el señorío (Millar y Duhart, 2005), que se mantendrá durante los primeros años de la República. Los siervos son responsabilidad de un señor, pero para que el señor pueda velar por ellos es necesario que éstos estén fijos en el territorio encomendado al señor. De ahí el problema de la vagancia: quienes no pertenecen a un lugar, y por tanto a un señor, no pueden ser disciplinados por nadie.

El problema de la disciplina y de la moralización de los sujetos que no tienen un señor (los vagos), es tratado con estrategias de control espacial y social, es decir, por la asignación de un espacio, que supla la función de una casa señorial. La noción de *casas de objeto público* se utilizaba durante la Colonia para designar a aquellas casas que no son “de familia”, pero en donde habita gente. Más explícito, en el censo de 1813 esta categoría se utilizaba para designar a parroquias, iglesias conventos, monasterios, cárceles, casas de corrección, hospitales, hospicios, casas de educación y fábricas. Es decir, a esta categoría corresponden aquellas viviendas que suplen la función social de

la casa señorial: brindar protección a cambio de sumisión y obediencia, y por tanto, es donde se funden la asistencia y penalidad (Neira, 1998).

Las casas de objeto público eran “casas”. Con este nombre se establecía su igualdad de condición con las casas de familia. Es decir, correspondían a la misma lógica, y por tanto al mismo orden. ¿Cuál era esa lógica y ese orden? La casa señorial tenía un rol central en el orden social durante la Colonia, tal como lo han descrito varios historiadores de Chile.

Tanto las jerarquías como las prácticas y ritos de vinculación personal tenían su punto de partida y llegada en la casa y la familia. Las jerarquías establecidas entre los miembros de la familia tenían un espacio de dominio que era un símbolo público: la casa. (Araya, 2005: 164)

Con la Independencia, este orden no desaparece, pero se reconfigura bajo las coordenadas del discurso ilustrado, propio de la modernidad europea. El censo de 1813 reconoce y contabiliza asilos como “casas de objeto público” por lo cual, por un lado, mantiene a estos establecimientos bajo una categoría propia de la Colonia (de casa señorial), y por otro, los incorpora a la lógica del registro y el control desde el Estado, propia de la Modernidad. Es un primer intento de hacer de “las casas de objeto público” un objeto de conocimiento racional para su gobierno.

Para comprender esto, es necesario primero explicar a qué nos referimos cuando hablamos de *gobierno*. Nuestra comprensión del gobierno pasa por asumir que éste es resultado del pensamiento político reciente (Foucault, 1978), que emerge a mediados del siglo XVI producto de la confluencia de diversos procesos. Tales procesos contrastaban con la *soberanía* imperante, entendida como la búsqueda del bien común desde un soberano a través de la aplicación de la ley a sus súbditos.

Foucault realiza una genealogía para dar cuenta del proceso histórico, a través del cual se pasa de un Estado-nación, basado en un modelo de soberanía, centrado en el territorio, a un modelo de Estado-gobierno que se centra



especialmente en la población y que utiliza como instrumento el saber económico.

En concreto, a partir de un análisis del texto “el Príncipe” de Maquiavelo, Foucault da cuenta del proceso a través del cual surge una cierta racionalidad intrínseca al “arte de gobernar”, que es, en conclusión, el arte de ejercer poder en la forma y según el modelo de la economía.

Desde la obra de Maquiavelo, se desprende que esta racionalidad no se subordina a la problemática del Príncipe ni a la relación entre éste con su principado: el gobernar no es una habilidad propia del príncipe porque los lazos que lo ligan a su principado son artificiales y por tanto, no dejarán de estar amenazados. Luego, si no hay razón *a priori* para que los súbditos acepten el principado del príncipe, el objetivo imperativo del ejercicio del poder será mantener, reforzar y proteger la relación del príncipe con el principado.

Foucault muestra cómo esto lleva a un desplazamiento desde la focalización en el territorio, a una preocupación por los hombres y secundariamente por las relaciones que éstos establecen con otros aspectos, tales como recursos, territorio, etc. La idea de soberanía como la búsqueda del bien común que remite al cumplimiento de la ley en un territorio, lentamente es reemplazada por la idea de gobierno, que hace referencia a la búsqueda de un fin específico conveniente para cada cosa a gobernar. No se trata de imponer leyes, sino de utilizar múltiples tácticas y disponer de las cosas para que una multiplicidad de fines sean alcanzados.

En Chile, con el surgimiento del Estado, no se da automáticamente una institucionalidad que norme y estructure un aparato burocrático de gobierno. El orden social seguirá por mucho tiempo en torno al predominio de la elite tradicional y el Estado servirá como instrumento para la mantención de la estructura social oligárquica (Jocelyn-Holt, 1997).

Lo que se ha conocido como “régimen portaliano”<sup>2</sup> se puede entender como un refuerzo del orden social tradicional, pero sometido a una lógica republicana y racional. Para Portales, la guerra de independencia y las ideas liberales habían traído consigo el desorden y por tanto, había que volver al orden. En la medida en que los preceptos republicanos son ineficientes para la mantención del orden, son reemplazados por las formas de orden tradicional (oligárquicas) pero legitimados por la lógica republicana.

Así, por ejemplo, en 1830 se restituye el Protomedicato (Miranda, 1889 en Franulic, 2007)<sup>3</sup> antigua institucionalidad colonial que tenía atribuciones sobre el ejercicio médico. Éste había sido reemplazado por diferentes instituciones desde la Independencia, que inspiradas en el liberalismo europeo, se organizaban en asambleas gremiales y pretendían la discusión de las políticas de salud. Sin embargo, Portales ante el fracaso de tales instituciones destinadas a reestablecer el “orden”, regresa la función de regular el ejercicio y asistencia médica a manos de una institución de origen colonial, pero ahora por decisión política en el orden republicano.

Otro ejemplo de cómo el orden republicano mantuvo el predominio de la elite tradicional, es que a partir de 1832 los hospitales y asilos (ahora sí diferenciados de otras casas de objeto público) fueron entregadas a un “jefe con la denominación de administrador”<sup>4</sup> y se estableció un tesorero y una junta directora para todos los establecimientos. Esta última era responsable de la administración financiera. Con esta medida se establece una supervisión del gobierno sobre estos establecimientos, puesto que el rol de secretario de la junta directora recaerá en un funcionario técnico y especializado de gobierno. Sin embargo, al mismo tiempo, esta medida establece que la dirección

---

<sup>2</sup> Designación a la serie de medidas pensadas e implementadas por Diego Portales, quien fue Ministro del Interior, Relaciones Exteriores, Guerra y Marina, designado por el presidente José Tomás Ovalle; vicepresidente y ministro de Guerra y Marina durante el gobierno de José Joaquín Prieto.

<sup>3</sup> Ver *Disposiciones vigentes en Chile sobre policía sanitaria y beneficencia pública*, Santiago, Roberto Miranda (ed.), 1889.

<sup>4</sup> Ver *Reglamento de la Administración y Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósito*, Santiago, 18 de diciembre de 1832, Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos referentes a los establecimientos de beneficencia de Santiago 1832-1874, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1874, p. 7.

financiera seguirá en manos de particulares, aunque no de cualquiera. Los indicados para dicha tarea serán ciudadanos filantrópicos, que corresponden a los miembros de la elite tradicional y mercantil, que históricamente, desde la Colonia, han realizado obras piadosas, como expresión de su elevada moral cívica y religiosa.

Pese a la responsabilidad que asume el gobierno en la supervisión de hospitales y casas de expósito, estos no pasan a constituirse en una obligación del Estado. Estos lugares son, más bien, el producto de los elevados sentimientos de personas, que como tal, no puede ser campo de las leyes positivas (Castillo, 1937, en Franulic, 2007).<sup>5</sup>

El hospital, al entrar a un orden republicano, se constituye en algo paradójico. El aumento de la mortandad, debido al desorden que trajo consigo la independencia y las ideas liberales, hace necesario volver al orden (colonial). Entonces, la moral que dio origen a las obras piadosas en la sociedad colonial (propia de la elite mercantil) será la fuente de una normativa, instituida por reglamento.

Esta moral religiosa y filantrópica, ahora conjugada con la racionalidad ilustrada, dará origen a un orden establecido por un reglamento al interior de los hospitales. La legitimidad de éste no reposa en la autoridad republicana, sino en la moral de una elite, que por su condición ahora, y bajo la lógica republicana, puede obligar.

Así por fin triunfó la justicia [...] en este hospital el orden, la moral, la economía, el respeto, la subordinación y finalmente la caritativa asistencia a las enfermas, que si por desgracia no es ejercida allí con todo el celo que inspiran los principios religiosos, lo es al menos por las obligaciones que impone el reglamento. (Reyes 1837, citado en Laval, 1949: 186)<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Ver Castillo V., Eduardo, *La beneficencia pública en Chile*, memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, 1937.

<sup>6</sup> Ver Reyes, Ignacio de, *Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital Sal Francisco de Borja*, Santiago, 28 de diciembre de 1837, Archivo Ministerio de Interior, vol. 73.

El reglamento de hospitales de 1837 recreó y reforzó el orden de la casa señorial, por medio de instrumentos racionales propios de los poderes modernos. Además de establecer el encierro moralizador como estrategia racional de sanación, estableció las prácticas en el ámbito doméstico, de manera de mantener el pacto entre la elite (el administrador y la junta directiva) y la plebe (enfermos y empleados): protección a cambio de respeto, fidelidad, obediencia, sumisión y agradecimiento.

Art. 15º. 9ª Últimamente las atribuciones del administrador se estienden á quanto tenga por objeto la economía y conservación del órden del establecimiento de su cargo, con facultad de imponer penas á los empleados ó sirvientes, pecuniarias, de arresto en el mismo Hospital, ó al presidio, ó casa de corrección, hasta por el termino de un mes, por las fallas que cometiere en el desempeño de sus obligaciones, y principalmente por insubordinación, reincidencia, embriaguez ó actos lubricos que cometan. (Reyes, 1837: 9)

Art. 16º 11ª Respetar y obedecer [los empleados y sirvientes] ciegamente al administrados en todo lo que mandare. (Reyes, 1837: 13)

El orden institucional que se crea al interior del hospital, cuando éste entra a constituir un objeto de gobierno, luego se conjugará con las transformaciones en la medicina y las lógicas de la corrección y el control social, para dar origen a la Casa de Orates en Chile.

### **1.3. En nombre de la verdad**

Con la idea de gobierno aparece la población como sujeto de necesidades y aspiraciones y como objeto de la intervención del gobierno (Foucault, 1978). Se necesita conocerla para poder gobernarla, es decir, poner en práctica lo que en principio se concibió como la economía del hogar; el sabio gobierno de la casa en función del bien común de la familia, pero a nivel de Estado. Esta puesta en práctica es el *arte de gobernar*. La clave de gobernar será entonces, el control de riesgos, y para esto, la estadística se constituye en la primera herramienta de conocimiento y predicción de la población.

El arte de gobernar cristaliza en una razón de Estado, es decir, reglas racionales que le son propias y que no tienen su fundamento en ideas cosmológicas, filosóficas o morales.

Foucault centra su análisis más bien en las prácticas, es decir, en el “cómo” del gobierno; si la razón de Estado no tiene más fundamento que el propio Estado, ¿cómo se gobierna? La respuesta a esta pregunta lo lleva a las tecnologías de poder/saber en el gobierno de la población.

Este saber/poder no está en una situación de exterioridad, sino que constituye una microfísica presente en todo nivel de relaciones, ya sean micro o macro. Esto marca una diferencia con otras aproximaciones que se van a centrar en la relación Estado y sociedad.

Foucault desarrolla el concepto de *gubernamentalidad*, que contiene la idea de “gobierno” y el sentido de “mentalidad”, con lo cual se pretende aludir a las racionalidades de gobierno. Este neologismo remite a dos órdenes de cosas, por una parte, al ámbito y al objeto del gobierno, y por otra, al tipo de mentalidad que debe usarse para gobernar (Marinis, 1999, en Rivero 2005). Estos dos ámbitos se encuentran unidos en este concepto, y así da pie a la comprensión de la gubernamentalidad como la mentalidad que se debe utilizar para gobernar, tanto en el “cómo” se ejerce el poder, como en el “desde qué medios se expresa”.

Foucault (1978) va a comprender por gubernamentalidad tres cosas:

1. El conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que han permitido ejercer de forma específica y muy compleja el poder, que tiene por blanco la población, y por forma principal de saber, la economía política y por instrumentos técnicos esenciales, los dispositivos de seguridad.

2. La tendencia que en Occidente no ha dejado de conducir, desde hace mucho tiempo, hacia la preeminencia de este tipo de poder, que se puede llamar gobierno sobre todos los otros: soberanía, disciplina, etc. Y que ha

implicado, por una parte, el desarrollo de aparatos específicos de gobierno, y por otra, el desarrollo de conjuntos de saberes.

3. Es el proceso, o mejor dicho el resultado del proceso dado desde el estado de justicia del medioevo, hasta el estado administrativo en los siglos XV y XVI, que se encuentra poco a poco “gubernamentalizado”.

La forma de gobierno político como hoy la conocemos, no se debe entender por tanto, como algo dado, sino como el resultado de un proceso, en el que las relaciones de poder se elaboraron, racionalizaron, y centralizaron (es decir, se gubernamentalizaron) bajo instituciones estatales. En otras palabras, se ha dado una estatización continua de las relaciones de poder, por la cual, el Estado actual es también el resultado de este proceso, que ha llevado a que todas las formas de poder remitan a él. Este proceso central en la historia de Occidente, se habría dado sobre la base a tres elementos: 1) la pastoral, 2) las nuevas técnicas diplomático militares y 3) la policía (Foucault, 1978).

Es importante, por tanto, hacer la distinción entre la noción de gubernamentalidad y otras que se utilizan para hacer referencia a la *interfase* entre el Estado y la población. La noción de “gobernanza” se ha utilizado como una traducción de “governance” (Newman, 2001) y ha sido ampliamente utilizada para hacer referencia a un sistema de dirección gubernamental, que incorpora a una amplia gama de actores y sus relaciones, más allá de las instituciones de gobierno. Así, a partir de la noción de gobernanza, se ha descrito un conjunto de cambios en las formas en que la sociedad actual es gobernada, que han generado nuevas formas de gobierno, y que se distinguen de las tradicionales por un menor control jerárquico desde el Estado, lo que facilita y promueve una mayor participación de otros sectores (Natera, 2004). Se asume por tanto, la autonomía y la responsabilidad de todos los actores involucrados, para formar parte de redes de interacciones en que no existan jerarquías (Rhodes, 1997). En cambio, la noción de gubernamentalidad pone en duda tales supuestos, y evidencia cómo estas nuevas formas de gobierno, más que significar un menor control desde el Estado, son en sí estrategias de gobierno.

Por otra parte, desde la academia, la noción de gobernanza se ha propuesto como una forma de entender el ejercicio de gobierno, partiendo de supuestos acerca de lo que se gobierna y cómo se gobierna. Tales supuestos se alinean con lógicas de neutralidad y racionalidad, propias de un positivismo científico y no dan cuenta de las relaciones de poder en las que se fragua el conocimiento. Por el contrario, la noción de gubernamentalidad problematiza lo que se gobierna y cómo se gobierna, poniendo el énfasis en las técnicas o los medios por los cuales éstos llegan a ser realidad. Así, el saber/poder se entiende como un elemento central en hacer aparecer los objetos de gobierno y los medios de gobierno como verdades. Por tanto, la gubernamentalidad permite mostrar cómo éstos (los objetos y los medios de gobierno) son también el resultado de ciertas racionalidades de gobierno.

El poder se entiende como acción, que produce lo pensable y practicable. Esto se asume también para la idea de gobierno, de manera tal que el manejo de la conducta se relaciona directamente con lo que Foucault llama “las manifestaciones de verdad”, a través de las cuales la gubernamentalidad hace posible el “gobernar en el nombre de la verdad” (Rivero, 2005).

En el caso de Chile “las manifestaciones de verdad” que configuran la gubernamentalidad en torno a la enfermedad mental vendrán desde fuera, tanto en lo referente a prácticas de encierro (como castigo y control social), como en lo referente a la mirada médica y la psiquiatría. La idea de modernidad hace posible que en Chile se piense que los países europeos habrían logrado un estado más avanzado en relación a los países de África, Asia y América Latina. Así también hace posible pensar que para avanzar, se deben incorporar las formas de conocer y de ser de los países modernos.

Siguiendo con el cuestionamiento a lo instituido como verdad, cabe entonces preguntarnos ¿cómo se llegó a pensar en Chile que era necesario incorporar las verdades provenientes desde Europa para alcanzar un Estado más avanzado? Para responder a esta pregunta debemos incorporar nuevos elementos.

Los supuestos de objetividad y racionalidad, propios de la ciencia moderna, y ejes del proyecto de la Modernidad fueron posibles por un desplazamiento discursivo relativo a la lógica colonial. En esta lógica, el Otro al colonizador, es decir, los sujetos no blancos, los colonizados, generan el extrañamiento del hombre blanco europeo. La exacerbada diferencia hace posible ver al otro, pero sin verlo como un igual (Said, 1979). Esto sumado a la expansión de Europa por la colonización de América. Dicho proceso de colonización le significó a Europa quedar en el centro de las rutas comerciales, lo que habrían posibilitado pensar que los países colonizadores se encontraban en el centro del mundo (Castro-Gómez, 2005).

Como consecuencia de estos procesos, surge la idea del hombre blanco europeo que se encuentra en un lugar neutro de observación, o lo que se ha denominado *Hybris del punto cero* (ibíd.). Este punto desde donde se puede observar de forma neutra, es también el lugar de enunciación desde donde se pueden decir verdades sin riesgo de contaminación o distorsión y es por tanto, el lugar desde donde se puede realizar el ejercicio colonial en el nombre de la verdad.

Así, el proceso colonial de América habría reconocido esta forma de conocer como “la” verdadera, y con ello se invisibilizó su origen localizado en un tiempo, un espacio y una cultura: la Europa colonial. Al hacer invisible su origen y presentarse como un punto de observación que no está en ningún lugar, el conocimiento del hombre blanco europeo puede plantearse como objetivo, y por tanto, universal y pensar que otras formas de conocer son erróneas, porque son subjetivas, es decir, están localizadas en quien conoce, y por tanto contaminadas por su subjetividad. Esta lógica sería la que posibilitó que el pensamiento moderno excluyera todo otro tipo de pensamiento, por considerarlos “no objetivos”.

Estas ideas implican un cambio en las interpretaciones que habitualmente se dan a la colonización de América y la ilustración: ambos fenómenos no están aislados. La idea de un punto neutral de observación, que habría surgido en el



proceso de colonización de América habría sido central en el surgimiento del proyecto ilustrado y la modernidad. La ilustración, por tanto, no habría más que transformado en un discurso una idea que se origina con la experiencia colonizadora. Como consecuencia, la expansión colonial de Europa sería constitutiva de los supuestos epistémicos de la Modernidad. A esta constitución de la Modernidad, que tiene como eje la colonialidad, es a lo que Quijano y Wallerstein (1992) han denominado modernidad/colonialidad.

Siendo así, la modernidad se podría comprender como el resultado del descubrimiento, colonización y explotación de América y no como el punto más alto de un proceso lineal de desarrollo, y posible por el mérito propio de Europa, como suele presentarse. La idea de que el resto del mundo se encontraba en un momento anterior en este proceso lineal también se podría cuestionar. Es decir, la construcción histórica del “sistema mundo”, basado en un despliegue de “civilización”, se puede comprender como una imposición de la forma de vida europea, desde el centro (Europa) a las periferias. Esto de manera unilateral.

Producto de lo anterior, en Chile al igual que en todo Latinoamérica, quien realiza el proyecto de la Modernidad es siempre Otro, que posee una visión “verdadera” del mundo, en tanto racional. Es Otro quien puede hacer la enunciación de la verdad y ese Otro siempre viene desde otro lugar, que por lo general es Europa. Por lo tanto, las verdades que se asentaron a la base del encierro, la clínica, la psiquiatría, entre otras, sólo han sido posibles, en la medida en que se originan en la legitimidad del lugar de enunciación propia de la modernidad/colonialidad.

Pese a lo anterior, no es nuestra intención evidenciar la lógica colonial que se encuentra en la base de las racionalidades de gobierno involucradas en la configuración de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Si bien, creemos que es una tarea pendiente, ésta excedería los propósitos de este trabajo. Sin embargo, nos parece necesario tener presente la colonialidad que permitió legitimar cierto conocimiento y prácticas. A continuación, enunciaremos algunas de estas verdades que legitimaron ciertas prácticas, en gran medida, a

partir del hecho de ser dichas por ese Otro que posee el conocimiento verdadero.

En lo referente a las prácticas de encierro, en 1820 se funda la Casa Correccional de Santiago, una “casa de objeto público” que se diferencia de otras. Esta institución se basa en las modernas ideas del castigo y el control social, y más específicamente en las ideas ilustradas de Jeremy Bentham, sobre los medios más adecuados para la corrección moralizadora: el “panóptico” (Neira, 1998).

Para Foucault (1976) el panóptico de Bentham es la materialización de un nuevo dispositivo de poder, que tiene como fin vigilar, y así modificar a los sujetos. Esta estructura arquitectónica garantiza el ejercicio automático y no individualizado del poder porque los sujetos son dispuestos de manera tal, que siempre están de frente a un vigilante, sin poder verificar quién los vigila, ni en qué momento están siendo vigilados. Es automático, porque ya no se requiere de las ceremonias, los ritos ni las marcas de poder para que éste se haga efectivo, y no es individualizado, porque no hay alguien visible (reconocible) sobre quien recaiga el ejercicio del poder.

La espacialidad, propia del panóptico, que es la que hace posible la organización interna y la corrección, sólo se materializó en la Casa Correccional de Santiago a fines de la década de 1840. Lo que sí se implementaron desde el principio fueron medidas inspiradas en la crítica de Bentham a la administración pública, que plantea que los funcionarios públicos descuidan la administración debido a que no están en juego sus intereses privados.

La Casa de Corrección de Santiago es administrada por privados y el gobierno sólo se encarga de la vigilancia armada. Los administradores privados deben enseñar un oficio y hacer productivos a los reclusos a fin de sustentar económicamente a la institución y dejar ganancias para el administrador. Entonces, la corrección moralizadora en Chile parece ser que empezó a ocurrir primero por medio de la adopción del hábito al trabajo. Esto con el fin de

sustentar económicamente al administrador y a la institución. Sólo más tarde se dio la espacialidad que posibilita la acción automática y no individualizada del poder, sin embargo, las transformaciones se justificaron a partir de las modernas formas que adoptaba el encierro en Europa.

Por otra parte, en lo referente a la mirada médica, en Chile es claro que ésta no fue producto de un proceso de transformaciones sociales propias, sino que de la importación de los conocimientos médicos desde Europa. Tales conocimientos fueron validados como verdades y luego se implementaron transformando la realidad social chilena.

La mirada médica, según Foucault (1991), es el resultado de procesos sociales e históricos en Europa, tales como la reorganización del campo hospitalario, la redefinición del estado de enfermo en la sociedad y la relación entre la asistencia y el saber.

En *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* Foucault (ibíd.) propone que la clínica es la forma que adopta el conocimiento médico por la posibilidad de observar los signos de la enfermedad en los cuerpos.

Con el surgimiento de la Anatomía patológica, la Nosología se transforma por acción de la observación de los cuerpos enfermos en el lecho y del espacio interior de los cuerpos diseccionados. Así, con la posibilidad de localizar en los cuerpos los signos de la enfermedad, se habría dado paso a la clínica, es decir, a una nueva forma de saber médico que crea una relación entre lo visible y lo enunciable y con ello logra “dar a ver al decir lo que ve” (ibíd.: 270).

Esta visibilidad de la enfermedad en los cuerpos se produce por el descifrar y decir los signos, que luego serán la evidencia de la existencia positiva de la enfermedad. Es decir, la posibilidad de descifrar y decir los signos de la enfermedad en los cuerpos es lo que hace que sus términos aparezcan como hechos positivos, o sea, es la clínica como forma de mirar, la que logra desprender a la enfermedad de la metafísica y hacerla visible, legible, abierta al lenguaje y a la mirada. Esta mirada clínica se sistematiza en un método de

análisis que proporciona reglas de observación e interpretación para transformar las manifestaciones corporales en significados patológicos del cuerpo, es decir, transformar los síntomas en signos.

Pero en Chile, durante los primeros años después de la Independencia, el discurso médico se mantiene en torno a reconceptualizaciones medievales y la formación de los médicos se sustenta en el comentario de textos y la especulación sobre el cuerpo humano. Es decir, no había aún una mirada clínica. De hecho, es a partir de la independencia y la llegada de médicos europeos, que se comienza a instalar el discurso de la modernidad, y se comienza a proponer la necesidad de una enseñanza médica basada en la Anatomía (Cruz-Coke, 1993).

En 1813, el médico peruano Gregorio Paredes, en un informe a la Junta de Educación de Chile, expresa la necesidad de una práctica médica donde sea la observación de los cuerpos la que dé pie a “ver” los signos de la enfermedad. Esto a fin de que los juicios médicos se basen en un conocimiento exacto. Como conclusión el informe propone la necesidad de construir un anfiteatro de Anatomía (Paredes, 1813 en Salas, 1894).

Recién en 1833, bajo el régimen portaliano, se establece un plan de estudios de medicina en el Instituto Nacional. Éste, si bien incorpora la Anatomía, por las condiciones en que se imparte, no logra fijarla como una práctica que dé origen a una mirada. El anfiteatro de anatomía es más una condición de modernidad, que una necesidad de formación.

La formación clínica en los hospitales era poca y discontinuada debido a las condiciones sociales y materiales de los recintos. Así, se optó más bien por una formación médica centrada en la cátedra, basada en la conformación del conocimiento médico en Europa (Ferre, 1904). Es decir, se enseñó como cátedra, el conocimiento generado en la práctica en Europa, sin una mirada clínica propia, local.

Como consecuencia, el discurso médico continuará por varios años centrado en la descripción y clasificación de enfermedades, es decir, en la Nosología. La enfermedad continuará sin asentarse en el espacio de los cuerpos, y se percibirá sin una localización, y por consiguiente sin existencia positiva, salvo por lo que dicta la experiencia de Otro.

Sólo a partir de 1860, comenzó a ocurrir en Chile un cambio en la mirada médica, cuando se produjo una transformación en el estatuto de los médicos y en el lugar institucional y técnico que ocupaban. Es decir, el cambio en los objetos y los discursos de la medicina, sólo se dio cuando los médicos dejaron de ser empleados subordinados a las decisiones de los benefactores y miembros de las juntas de beneficencia.

La asignación de médicos en la dirección de los establecimientos hospitalarios,<sup>7</sup> y la creación de una junta de médicos que participaba en decisiones respecto a los mejores medios curativos,<sup>8</sup> permitió a éstos comenzar a asumir responsabilidad técnica y en la organización asistencial. Sólo entonces fue posible que los hospitales participaran de la formación médica en Chile. Pero, tanto el cambio de estatus de los médicos, como la incorporación de prácticas clínicas en los hospitales, se lograron por imitación de lo que ocurría en Europa.

En lo referente al surgimiento de la psiquiatría como rama de la medicina, Foucault (1976) propone que el tratamiento moral, inaugurado por Pinel, es el que plantea la posibilidad y el deber de curar y rehabilitar a los sujetos recluidos, ya que sustituye la lógica del poseído por la lógica del privado de las altas facultades del ser humano. Este tratamiento moral introduce así la idea de un “tratamiento a los insanos”, que hace posible pensar en la sanación a través de una intervención. Esto incorpora técnicas, discursos y disposiciones

---

<sup>7</sup> Ver *Decreto sobre el Médico en jefe de los Hospitales i Casas de Expósito*, Santiago, 26 de octubre de 1861, Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos referentes a los establecimientos de Beneficencia en Santiago 1832-1874, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1874.

<sup>8</sup> Ver *Reglamento que organiza una Junta compuesta de los médicos de los establecimientos de beneficencia de Santiago*, Santiago, 18 de noviembre de 1870, Colección de ordenanzas..., op. cit., 1874.

espaciales, que permiten la clasificación, distribución y perfeccionamiento de habilidades de los cuerpos, como estrategias efectivas para asegurar la transformación de los seres.

En Chile, la Casa de Orates de Santiago (1852-1891), que en su inicio mantuvo similares características con otras “casas de objeto público”, comenzó poco a poco a convertirse en un lugar de encierro moralizador y disciplinamiento de ciertos grupos,<sup>9</sup> incorporando las técnicas, discursos y disposiciones espaciales propias de la psiquiatría y el tratamiento moral, pero trasvasijado a la realidad chilena. Así, el médico inglés Guillermo Benham fue traído por el gobierno chileno a fin de ser el médico residente de esta casa. Innovó al incorporar el trabajo como terapia, pero en medio del contexto social y económico de Chile de esos años, es decir, previo a un proceso de industrialización, que llevó a un cambio en las formas tradicionales de control social. En este entorno, la naciente institución psiquiátrica en Chile llegó luego a convertirse en un espacio que reproducía el orden propio de la industrialización (Leyton, 2005).

Mientras en Chile la propuesta del tratamiento moral de Pinel asienta este tipo de prácticas con el fin de curar y rehabilitar a los sujetos reclusos, en Europa, reconfiguran las formas de comprender la enfermedad al incluir a la locura dentro de ésta. Pinel es heredero de la anatomía patológica, pero desde ahí participa en una reconfiguración de la Nosología (clasificación de las enfermedades). Desde la Anatomía patológica se buscan manifestaciones locales de la enfermedad en los cuerpos, mientras que con el nacimiento de la Psiquiatría, se puede ver la enfermedad a través de sus síntomas, aún sin necesidad de localizarla.

De hecho, lo que Pinel localizaba no eran las enfermedades, sino los signos: y el valor por el cual éstos eran afectados no indicaba un origen regional, un lugar primitivo del cual la enfermedad sacaría a la vez su nacimiento y su forma; permitía únicamente reconocer una enfermedad que daba esa señal como síntoma característico de su esencia. En estas condiciones, la cadena

---

<sup>9</sup> Un gran porcentaje de los mapuches que llegaban a Santiago fueron reclusos en la Casa de Orates. La presencia mapuche en esta institución queda más clara con la aparición de la “psicosis onírica”, cuadro psiquiátrico que sólo se dio en Santiago y que designaba a la patología en que se daban alucinaciones que mezclaban elementos de la cultura mapuche con elementos de la cultura criolla.

causal y temporal que debía establecerse no iba de la lesión a la enfermedad sino de la enfermedad a la lesión como a su consecuencia y a su expresión quizá privilegiada. (Foucault, 1976: 253)

La locura como enfermedad, y por tanto como hecho positivo, pasa a ser objeto de la gestión de una ciencia objetiva: la medicina, y con ello, se da su clasificación, adquiere causas y posibilidad de solución, que justifican el aislamiento del resto de la sociedad como una forma de tratamiento, y toda la organización de la institución del manicomio, como parte de éste. Pero además, como ya hemos mencionado, la incorporación de la locura en el ámbito de la enfermedad también lleva a nuevas formulaciones de la percepción de la enfermedad.

La Nosología que se inaugura con la psiquiatría permite que ésta ya no pretenda establecer las causas orgánicas de la enfermedad mental, y que se establezca otra lógica explicativa. En esta nueva lógica, las causas, aunque no se encuentren en el cuerpo, son entendidas de forma análoga a las causas orgánicas, pero desplazadas fuera del cuerpo. La lógica de la anatomía patológica se extiende por analogía al cuerpo social, donde se buscará localizar las causas de la enfermedad mental.

Desde las ciencias sociales el discurso es transcrito en términos biológicos, de manera de hacer pensable la sociedad como un organismo y aportando a la idea de que es posible localizar en este cuerpo social el origen de las enfermedades mentales. La sociología en Estados Unidos, acuñó la noción de “desviación social” para referirse a aquellas conductas que no se integran al funcionamiento del sistema, y la llamada “desorganización social” fue identificada como el caldo de cultivo de tales conductas.

En Chile, las causas de las enfermedades mentales se relacionarán con lo que se denominó la “cuestión social”, categoría que designará a una serie de problemas sociales originados por el proceso de urbanización.

Hacia principios del siglo xx, producto del proceso de industrialización, comenzó a darse en Chile una masiva migración del campo a la ciudad. Como resultado, se empezaron a desarrollar focos de asentamientos de esta población migrante en las periferias de la ciudad, que se caracterizaron por el hacinamiento y la ausencia de urbanización. Posteriormente, la problematización de esto llevará a un cambio en el discurso y en las prácticas en el tema de la intervención social.

Los inicios de la psiquiatría en Chile están fuertemente asociados a la “cuestión social”, concepto acuñado por Augusto Orrego Luco, uno de los pioneros de la psiquiatría chilena. Fue profesor de la Facultad de medicina de la Universidad de Chile, internista y psiquiatra, formado en Francia en la clínica del profesor Chacot, activo miembro de la Sociedad Médica de Santiago, colaborador de la Revista Médica de Chile y miembro del Consejo de Instrucción Pública de 1885 a 1888.<sup>10</sup> El Dr. Orrego Luco fue un representante de la elite médica y de las modernas nociones de higiene y salubridad pública, provenientes desde Europa: “La primera publicación que se refiere de manera explícita a la “cuestión social” en nuestro país es la serie de artículos publicados por Augusto Orrego Luco en *La Patria* de Valparaíso en 1884 y reimpresos en 1897” (Yáñez, 2008: 76).

Acuñó el concepto de la “cuestión social” para referirse a los problemas derivados de los procesos migratorios de la población y su relación con los problemas sanitarios; y esta idea fue luego una plataforma a partir de la cual, se generarán cambios en relación a los problemas sociales y de la salud de la población.

El desarrollo, por entonces, de la idea de la salud y la enfermedad como un fenómeno colectivo, ligado indisolublemente a las condiciones de vida, que trasciende las dimensiones individuales y que da sustento a la primera conceptualización de la “cuestión social”, puede entenderse como una anticipación histórica, como un elemento precursor. (Molina, 2007: 63)

---

<sup>10</sup> Ver *Boletín de Instrucción Pública*. Anales de la Universidad de Chile 1885 (noviembre), p. 920.



Como médico psiquiatra, Orrego Luco ve como una anomalía y como un peligro para la “raza” el aumento de la mortalidad infantil y la migración. Además relacionó la “cuestión social” con el aumento abrupto de la sífilis, la cual luego relaciona con la enfermedad mental, ya que uno de los principales efectos de la sífilis sería el retardo mental de los hijos. Esta relación también fue propuesta por Lorenzo Sazie y Ramón Elguero, otros pioneros de la psiquiatría en Chile.

El doctor Orrego Luco es también uno de los primeros en proponer en Chile transformaciones en las formas de tratar a los enfermos mentales. Estas transformaciones debían imitar lo que ocurría en Europa: el tratamiento moral.

Fue, como ya hemos dicho, en Inglaterra i a mediados del siglo último, donde se abrió el primer hospital únicamente destinado al tratamiento de locos. Ese hospital fue el de San Lucas en Londres. Poco después los cuáqueros de York abrieron otro i con eso se detuvo el primer impulso de ese esfuerzo generoso i compasivo. (Orrego Luco, 1881, en Leyton, 2008: 264)

Previo a este llamado a “*un esfuerzo generoso y compasivo*”, para el tratamiento de los locos, las primeras medidas de prevención de los males que acarrea este aumento de la población urbana, siguieron la modalidad tradicional del tratamiento específico para pobres: la exclusión hacia afuera para proteger el adentro: el intendente de Santiago entre 1872 y 1875 propuso un nuevo modelo social y urbano, basado en la división entre la “ciudad bárbara”, que es la causante de las enfermedades, la delincuencia y la marginación social, y la “ciudad ilustrada, opulenta, cristiana, ordenada y limpia”, que debe imitar a las grandes urbes europeas. Su modelo contempló la creación de paseos, plazas, escuelas y mercados, y el “camino de cintura” o “muro sanitario” que separaba las dos ciudades que el intendente describe, como una estrategia sanitaria de gobierno.

Sin embargo, esta modelación del espacio urbano que genera la exclusión de pobres y marginales, poco a poco cederá a la nueva modelación de la ciudad que se basa en la utopía del progreso: una ciudad sana, capaz de integrar a todos sus miembros.

#### **1.4. De la “cuestión social” a la intervención del cuerpo social**

La vigilancia genera conocimientos que permiten implementar estrategias de organización, control y aumento de las fuerzas que someten, lo cual dará paso, según Foucault (1976), a la normalización, es decir, al proceso de educación, aumento de aptitudes y docilidad de los cuerpos. Esta forma de poder sobre la vida llega a constituir la razón de ser del poder, es decir, la función del poder se transforma desde la soberanía, a la administración de la vida de la población.

Este poder que se ejerce sobre la vida, pretende administrarla, a fin de asegurarla, sostenerla y aumentarla. Para ello, debe controlarla de manera precisa y regularla de forma general (Foucault, 1977). Para cumplir con este fin, no basta con la vigilancia, el conocimiento y la normalización de los cuerpos como máquinas, sino que además es necesario centrarse en el cuerpo como el soporte de los procesos biológicos de la especie: la reproducción, la duración de la vida, los niveles de salud, la mortalidad. A la serie de intervenciones y controles reguladores de estos procesos, Foucault llama “biopolítica de la población”

Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. El establecimiento, durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz —anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida— caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente. (Foucault, 1977: 168-169)

Para Foucault la valorización y gestión del cuerpo viviente, y la distribución de sus fuerzas fueron tecnologías de poder indispensables para el desarrollo del capitalismo, que requería insertar de forma controlada los cuerpos en el aparato de producción, y ajustar los fenómenos de la población a los procesos económicos. A estas estrategias de poder, Foucault denomina biopoder.

Como efectos de este biopoder, lo biológico se refleja en lo político y la vida deja de ser algo que emerge o se termina por azar, para pasar a ser objeto de

conocimiento del saber, y objeto de intervención del poder. La vida y sus mecanismos son objeto de cálculo explícito, y el saber/poder en torno a ella será un agente de transformación social (y de la vida misma), por su inscripción en normas y leyes.

A partir de las nociones de *biopolítica* y *biopoder* pretendemos brindar una comprensión de los procesos de configuración de la intervención social en Chile. El origen de tales procesos se puede rastrear en la llamada “cuestión social”. Esta, tradicionalmente se ha abordado como el resultado de los procesos sociales y económicos propios de la industrialización del país. Sin embargo, desde una perspectiva biopolítica, nuestra intención es evidenciar la importancia de su emergencia en el nacimiento de la intervención social, y la salud pública; ambos aspectos fundamentales para la comprensión de la intervención social en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Más aún teniendo en cuenta que, como ya hemos propuesto, los temas abordados por la institución psiquiátrica desde sus inicios en Chile, se articularán en torno a la “cuestión social”.

Previo al surgimiento de la llamada “cuestión social”, la vida de la población no había sido una preocupación del Estado. De hecho, en 1853, una organización política, fundada por intelectuales, la Sociedad de la Igualdad,<sup>11</sup> crea en Chile la Sociedad de Socorros Mutuos (SSM), que fue la primera forma de protección social. Esta surge desde los artesanos y obreros para enfrentar los problemas de salud y se fundamenta en la idea de que la enfermedad es inseparable de la condición de clase, y que se requiere de la organización para dar respuesta a la enfermedad y la muerte de los asociados, porque no se puede esperar nada del Estado (Illanes, 1993).

Las Asociaciones Mutualistas (antecedente del sindicalismo moderno) pretendían ser una alternativa a la caridad, para los trabajadores y sus familias.

---

<sup>11</sup> Esta organización fue fundada por Santiago Arcos y Francisco Bilbao, durante la República conservadora iniciada en Chile en 1831. Ambos fundadores eran artesanos destacados, influenciados por las ideas liberales llegadas desde Europa. Promovieron ideas de tendencia revolucionaria y la educación política y social del proletariado. Para más información ver Castillo, Cortés y Fuentes, 1996.

Tuvieron un rol importante en esta tarea, lograron el reconocimiento legal, y aumentaron en número, hasta llegar en 1912 a 517 en todo el país. Además, tuvieron un rol central en el desarrollo de los movimientos populares que luego lucharon por un sistema de protección social.

Con la industrialización, la despreocupación del poder por la salud, poco a poco irá siendo reemplazada por el discurso del “orden y el progreso” basados en la fuerza de trabajo de la población. Al mismo tiempo los movimientos obreros irán progresivamente exigiendo al Estado la función del cuidado de sus vidas.

Producto de la urbanización, en las periferias de las urbes comenzaron a asentarse grupos de población que habían migrado desde las zonas rurales. En estos lugares, las malas condiciones de vida generaban enfermedades tales como cólera, viruela, tuberculosis, pulmonía, escarlatina, tifus, entre otras. Como consecuencia, en Chile, a principios del siglo xx, se llegó a una altísima mortalidad infantil. La solución a este nuevo problema fue dada por el discurso de la modernidad y la ciencia. Especial importancia tuvo en esto el movimiento de médicos, que comenzó a consolidarse luego de la creación y modernización de la carrera de medicina en la Universidad de Chile. Como ya hemos mencionado, esta modernización recibió influencia de las nuevas prácticas en la medicina en Europa. El éxito de la profesión médica se consolidó luego con la idea de que la medicina es un aspecto central en el bien estar del pueblo, capaz de asegurar el progreso del país.

Los discursos de la modernidad y de la civilización, que en principio se dictaron desde Europa (el centro), comienzan a configurar una lógica local. En Chile ciertos sujetos adoptarán el discurso de la modernidad y con él la atribución de hablar en nombre de la verdad. Entre éstos, los médicos tendrán un lugar de importancia. Los dispositivos sociales y políticos que definirán en adelante en Chile cómo asegurar el bien estar del pueblo y el progreso del país adquirirán las formas de conocer propias de la modernidad/colonialidad. Desde ese momento en adelante no podemos entender el espacio geográfico de Europa como el centro y el espacio geográfico chileno como una periferia, ya que en

Chile, modernidad y premodernidad o barbarie comenzarán a convivir configurando realidades locales en las que coexisten centros y periferias.

En este sentido, el marco analítico se hace más complejo para la comprensión de las realidades sociales en las antiguas colonias europeas. Éstas pueden ser consideradas como “laboratorios de la modernidad” (Stoler y Cooper, 1997), es decir, se deben entender como espacios donde se genera la realidad a partir de las coordenadas de la modernidad/colonialidad, las que aun cuando fueron posibles por el desplazamiento discursivo que se dio a partir de la colonización, se mantendrán como matrices generadoras de realidad más allá de los procesos geopolíticos de colonización.

En estas coordenadas de la modernidad/colonialidad, economía política y ciencia biológica coinciden en sus fines: rescatar la vida humana de las condiciones que la dañan como fuerza laboral. Para el logro de tan anhelado fin, la intelectualidad científica va a escudriñar en los lugares donde se localiza la pobreza; las instituciones para pobres (hospitales y asilos) y los asentamientos urbanos. Así, las condiciones de vida de los pobres, se constituyen en objeto de conocimiento objetivo bajo las coordenadas de la entonces ciencia hegemónica: la biología. Así se configura en Chile aquello a lo que Foucault (1977) denominó *biopolítica*.

En el caso de Chile el proyecto biopolítico comenzó siendo un proyecto de modernización de intelectuales desde fuera del Estado, lo que implicó que para su realización, estos intelectuales debieron primero evidenciar el problema ante el Estado. El problema a visualizar y solucionar fue “la cuestión social” y para hacerla emerger, los intelectuales orgánicos involucraron a otros actores, tales como los movimientos obreros, la prensa escrita y la iglesia Católica.

La llamada “cuestión social” se puede entender como la visibilización progresiva de las condiciones de vida en ciertos asentamientos de población urbana, que comenzaron a multiplicarse hacia comienzos del siglo xx en Santiago. Esta visibilización se caracterizó por resaltar de forma crítica, la miseria y las malas condiciones de vida del pueblo. La intelectualidad científica

fuertemente influenciada por las ideas de progreso provenientes de Europa, jugó un rol central en este proceso, apoyándose en aspectos propios de las ciencias modernas, como la Higiene y la Demografía.

Luego, el surgimiento de la “cuestión social” se vinculará al discurso del Estado liberal moderno y la necesidad de un proyecto de “desarrollo”. Tal discurso ponía en la vida de la nación su potencial. Desde ahí en adelante, quienes antes habían sido entregados al cuidado de la caridad y de la iglesia, serán también preocupación de la intelectualidad científica. Estas vidas ahora adquirirán un nuevo valor para los procesos de producción y de desarrollo de la nación. “El concepto moderno va valorizando la vida humana como factores de progreso y de riqueza pública, en términos que antes se desconocía y se miraba con relativa indiferencia” (Del Rio y Aldunate, 1912: 147).

A partir del surgimiento de la “cuestión social” emerge un conocimiento objetivo en torno a las condiciones de vida de ciertos sujetos, propio de una nueva forma de control. Tal conocimiento también transformará en Chile las maneras de tratar a los enfermos mentales y permitirá avalar prácticas que hicieran de estos, sujetos acordes a un nuevo orden social y económico.

En el ámbito de la asistencia psiquiátrica se impone un nuevo modelo, el psiquiátrico industrial o de dispersión, donde la influencia de un sistema económico fuerte, el capitalismo moderno, afecta la forma de terapia de esta disciplina médica. La ergoterapia es parte de la ergo-democracia que criticaban algunos biólogos conservadores de la época, pero es parte de una mirada orgánica que se está instaurando para toda la sociedad.

El psiquiátrico industrial es una nueva fábrica de subjetividades, donde se recupera y se cura a los pacientes para un nuevo sistema económico, que necesita una mano de obra sana. (Leyton, 2008: 274)

Como ya hemos mencionado, Foucault propone que aquellas manifestaciones de verdades que legitiman el poder, no se encuentran en una situación de exterioridad respecto de aquellos sobre quienes se ejerce el poder. Por el contrario, pasan a formar parte de una microfísica presente en todo el entramado social (Foucault, 1977). En el caso de Chile, esto se traduce en que

diferentes actores de la sociedad (y no el Estado) serán quienes reivindicarán como un derecho, que el Estado asuma el control y el cuidado de sus vidas.

Para Foucault el poder es ante todo una relación de fuerza, y como tal, no es una propiedad, no es algo que se tiene, sino que es algo que se ejerce, algo que está siempre en juego en una relación entre sujetos libres, que procuran determinar la conducta del otro. Justamente porque el poder es una relación, se extiende como una red: está esparcido en todo el entramado social y no está arriba o en el centro, ni en un punto determinado. El poder se entiende como una microfísica o como una capilaridad y sus dispositivos se entienden como ensamblajes o conglomerado de estas microfísicas o capilaridades.

Así Foucault explica el otro componente de las relaciones de fuerza: la *resistencia*. Donde hay poder, hay resistencia y donde hay resistencia hay una relación de poder, por lo tanto el poder no se debe pensar como algo sin posibilidad de cambio, sino que por el contrario, como algo que está siempre en juego. Desde aquí se puede comprender que la experiencia del ejercicio del poder sobre el cuerpo es lo que hace emerger al sujeto, que luego tendrá la posibilidad de resistencia y/o la posibilidad de reapropiación de su cuerpo, como una forma de emancipación. El cuerpo intervenido también va apropiándose del conocimiento de sí.

La *intelligentsia*<sup>12</sup> profesional junto con la obrera producirán el saber sobre el cuerpo del pobre, y este saber despertará conciencias en torno a él, que llevarán a la voluntad de un cambio social.

Como expresión de lo anterior, en Chile desde fines del siglo XIX, comienzan a gestarse *organizaciones de obreros* en partidos políticos: Partido Demócrata en 1892, Partido Obrero Socialista en 1912, Partido Comunista en 1922 y Partido Socialista en 1933, es decir, en Chile la lucha de la clase obrera contra las clases dominantes se materializa en partidos políticos. El discurso de estos partidos girará en torno a la idea de que el cuerpo enfermo de los pobres era

---

<sup>12</sup> Del latín *intelligentia*. En francés *intelligence*. Se refiere a un grupo social caracterizado por actividades intelectuales.

producto del capitalismo y para sanarlo se debía llegar a una “igualdad de clases” en la que la intervención sobre el cuerpo, fuese garantizada por el Estado: “La pobreza del cuerpo, las demandas por la subsistencia, y la valorización de su ‘fuerza de trabajo’, constituyó también la categoría política que legitimó su movilización” (Illanes, 2004: 30).

La colonialidad que demandó la incorporación de las coordenadas de la modernidad a las lógicas de gobierno, en la intervención de ciertos sujetos, configuró lógicas de gobierno propias del contexto chileno, de manera que las coordenadas de la modernidad/colonialidad dictadas desde un centro, no se contraponen a las realidades premodernas de las periferias, sino que confluyen para generar un lenguaje común que hace posible la mantención de ciertas formas de dominación del centro sobre las periferias, así como también la generación de formas de resistencia.

Desde entonces la vanguardia revolucionaria criticó a las Asociaciones Mutualistas; sus funciones debían ser asumidas por el sindicato, que luchaba contra el sistema capitalista, y no sólo por dar una solución a problemas puntuales. El movimiento obrero terminó adoptando al sindicato como la forma de organización y las mutuales pasaron a ser vistas como una “mezquindad contrarrevolucionaria”.

La Asamblea Obrera de Alimentación Nacional fue quizás una de las mayores expresiones de las demandas del movimiento obrero por la subsistencia de los sectores populares. Durante 1918 y 1919 aglutinó a diversos grupos de asalariados urbanos, de diferentes orientaciones políticas en torno a la demanda al poder político del “derecho a la vida del pueblo”. Sus demandas fueron presentadas como un proyecto de ley ante el congreso nacional, con lo cual se expresa la relación entre soberanía y vida biológica.

Por otra parte, la *prensa escrita* en su discurso periodístico también comenzó a adoptar la idea del desarrollo y el progreso basado en la salud de la población, y así se hizo visible el problema de la mortalidad infantil, que en 1900 era la más alta del mundo.



El periódico *El chileno* publicó en Santiago el 16 de noviembre de 1900, el artículo “Un hospital para niños en Valparaíso. Los hombres de mañana” en el cual decía:

Estamos convencidos que nuestros niños mueren por incuria de la sociedad, por el olvido en que los dejamos perecer a millares, malogrando la obra generosa de la naturaleza que ha querido favorecer a la mujer chilena con el don inapreciable de una fecundidad que debería asombrar al mundo entero y que aprovechada como debiera, nos haría en pocos años una nación poblada por millones de ciudadanos fuertes, vigorosos, aptos para el trabajo y la fatiga, cualidades inherentes a nuestra raza i con las cuales se solucionaría por sí solo el problema de la supremacía sudamericana.

Por otra parte, la *Iglesia católica* también se sumará a estas demandas. Como ya hemos mencionado, la iglesia se había hecho cargo desde la colonia de la caridad hacia los pobres, en lo cual jugaban un rol central los asilos y hospitales. Sin embargo, la forma en que se llevaba a cabo esta caridad se fue transformando desde el modelo del encierro moralizador, hasta adoptar las prácticas de las modernas ciencias biológicas y llegar a formar parte del proyecto biopolítico.

Debido al aumento de la población y de enfermedades, aumentó la demanda de atención en los hospitales. A mediados del siglo XIX ya se aumentó el número de camas en Santiago, lo cual trajo consigo una crisis financiera y no logró acabar con la falta de cupos. Desde la segunda mitad del siglo XIX varios hospitales fueron ampliados y transformados a partir de lo que dictaba la modernidad (basados en la tipología francesa de carácter clínico que debe permitir la libre circulación del aire y la luz). Esto, sin dejar de ser administrados por las tradicionales instituciones de la caridad, con lo cual en Chile, se hizo al asilo y a la caridad parte del proyecto moderno.

Pero además de una reformación arquitectónica, también ocurre una reformación de la caridad, a partir de las nuevas ideas acerca de la religión que llegan desde Europa y que repercuten en la oligarquía chilena, el sector

más ligado a la Iglesia católica: la religión se realiza en la caridad. A partir de estas ideas, las mujeres de la oligarquía asumen un rol activo en la moralización de la plebe, lo que se materializa en la “Sociedad Benéfica de Señoras”, una organización cuyo objetivo era la moralización y recolección de fondos para la caridad. El fundamento para la moralización era la religiosidad (Franulic, 2007). Luego, estas señoras promueven la llegada desde Europa de Las Hermanas de la Caridad, para hacerse cargo de los hospitales de Santiago. Estas monjas orientadas a la caridad por medio de la asistencia sanitaria, se hacen cargo de los hospitales de Santiago en lo administrativo, asistencial, moral y religioso.

Con la emergencia de la “cuestión social”, comienza a darse una nueva etapa de la caridad cristiana: la modernidad y la miseria que traía consigo, hacían necesario ampliar las acciones más allá de las propias instituciones, para ir a buscar al pobre y enfermo a su propia casa. Las señoras benéficas comenzaron así a practicar la “visitación”: Visitaban especialmente a mujeres de la clase obrera, y así lograron conciliar los mandatos religiosos de la caridad, con acciones de educación en técnicas modernas de higiene y puericultura. Estas señoras visitadoras serán luego el origen de la Asistencia Social en Chile, disciplina clave en la implementación de las políticas sociales (Illanes, 2004).

Una vez más lo nuevo valida lo tradicional: las acciones realizadas por las señoras visitadoras en el nombre de la ciencia, las validan para consolidar su rol moralizador más allá de la institución, pese a que este rol se basa en elementos del orden tradicional católico y aristocrático. Además, con este acercamiento al lugar del pobre, estas mujeres logran reestablecer los lazos tradicionales entre patronos y trabajadores: protección a cambio de fidelidad y lealtad. Lo que cambia es que ahora civiles se involucraban activamente en las acciones sobre los cuerpos de la población pobre, basadas en el conocimiento científico del cuerpo y de lo social.

Como consecuencia, el proyecto biopolítico en Chile combina elementos modernos (científicos) con elementos tradicionales o premodernos

(filantrópicos). Como resultado, la intervención de los cuerpos de los pobres y la producción de un saber objetivo en torno a él estará marcado por una sensibilidad social generalizada que se materializará en todos los sectores de la sociedad.

Científicos orgánicos, movimientos obreros, prensa e iglesia coincidían en que había una crisis de gobernabilidad que se empeoraba por la ausencia, indiferencia o ineptitud de los poderes públicos. Como respuesta a esta crítica, en 1920 el candidato a la presidencia, Arturo Alessandri Palma, manifiesta en su propuesta un proyecto político que hacía del “pueblo” una categoría de gobierno nacional, central para el logro del bienestar y el progreso. Esto contará con una amplia base de apoyo popular que le dará el triunfo en las elecciones de 1920, además de posibilitar, por primera vez en Chile, la llegada al parlamento de líderes del movimiento obrero (Emilio Recabarren y Luis Cruz).

Una vez electo Alessandri, los sectores de la intelectualidad (especialmente ligados a la medicina) demandarán al poder público voluntad política para poner en marcha las reformas sociales y asistenciales que se veían como imprescindibles para el país. El 4 de diciembre de 1920, en un acto organizado por dos asociaciones civiles, la Liga Chilena de Higiene Social y la Asociación de Educación Nacional, se llamaba a mancomunar los esfuerzos de la sociedad, los médicos y el Estado, para continuar con la lucha en contra de los males que afectaban al “cuerpo de la sociedad”.<sup>13</sup>

Al acto se invitó al mandatario recién electo, además de la federación Obrera de Chile, al Patronato Nacional de la Infancia, entre otras organizaciones, y con esto se da cuenta del intento de hacer partícipe al Estado de las iniciativas que las organizaciones civiles realizaban hacía años (Illanes, 2004).

Sin embargo, el proyecto de Alessandri de legislación laboral y de seguridad social no logró superar los obstáculos del poder legislativo formado en su

---

<sup>13</sup> Ver Revista de la Asociación de Educación Nacional, Año VI, noviembre-diciembre, 1920.

mayor parte por aristócratas y empresarios, que veían tales propuestas como una amenaza a sus intereses. Esto llevó al Presidente a formular duras críticas al congreso, que hacían eco en la población civil, y en especial en los trabajadores. En la opinión pública se acrecentaron las críticas a la clase dirigente por su incapacidad de llevar a cabo el proyecto de modernización, al mismo tiempo que las organizaciones obreras reiniciaban sus movilizaciones y demandas al Estado.

Finalmente, el 5 de septiembre de 1924, una comisión de militares se reunió con Alessandri. En este encuentro se acordó presionar al Parlamento para la aprobación de las leyes sociales. Así, bajo la presión de un movimiento armado del Ejército, el congreso aprobó un conjunto de leyes, entre las cuales, había una que formaba parte del código del trabajo, y que creaba el Seguro Social de Enfermedad e Invalidez y de Accidentes de Trabajo. Esto introdujo la diferenciación entre “trabajadores” e “indigentes”, que seguirá presente hasta la actualidad, haciendo del trabajo asalariado un aspecto central de la política social (Illanes, 1993).

La ley<sup>14</sup> estableció el Seguro de Enfermedad e Invalidez para toda persona de cualquier edad o sexo, que no tuviese otra renta o medio de subsistencia, sino el sueldo o salario que le pagaba su patrón. Además estableció que la caja podría tener servicios propios o contratarlos a los Hospitales de la Beneficencia. Sin embargo, dado que el seguro carecía de hospitales propios, pasó a depender de los hospitales de la Beneficencia, lo cual tuvo un efecto en la configuración del sistema de salud chileno: un seguro social abierto. Por otra parte, llevó a que los oligarcas de la Beneficencia asociaran la emergente clase proletaria con los menesterosos. Este estigma acompañó al esquema de protección social en Chile e introdujo la característica división de clases.

La implementación de esta ley tuvo dificultades por la oposición tanto de empleadores como de trabajadores que debían aportar a la caja. Los primeros

---

<sup>14</sup> La ley N° 4.054 del 18 de septiembre de 1924 declara obligatorio el Seguro de Enfermedad, de Invalidez y de Accidentes del Trabajo y crea un organismo compuesto de una caja central y las sucursales que indica para organizar, controlar y dirigir el funcionamiento de estos seguros.

boicotearon los pagos de la contribución obligada y amenazaron con cerrar sus fábricas. Los segundos denunciaron que esto significaba un robo legal de sus salarios en medio de una gran carestía de alimentos y llegaron a huelgas e incluso a pedir la derogación de la ley. Estos hechos dan cuenta de que ni los empleadores ni los trabajadores tenían aún la concepción de que se debía aportar para asegurar la salud.

Luego de la renuncia del presidente de la época Arturo Alessandri, el 8 de septiembre de 1924, la junta militar que tomó el gobierno, encabezada por el general Altamirano, creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social, el cual tendría por objeto llevar a cabo la reforma introducida por el conjunto de leyes aprobadas a la fuerza. Este ministerio quedó a cargo de un médico: Alejandro del Río.<sup>15</sup> Este personaje fue un ícono de la intelectualidad médica que participó activamente de movimientos civiles dirigidos a controlar la enfermedad y la muerte de la población, y llegó finalmente al poder gubernamental. Con esto, por primera vez se reconocía la competencia médica en las políticas de seguridad sanitaria. La *intelligentia* médica apoyó y condujo proyectos basados en el concepto moderno de la Asistencia Social. Por otra parte, el concepto de higiene pasó de ser un ámbito de la policía local de aseo urbano, a ser una preocupación de la ciencia y la técnica médica, cuyo objeto era el pueblo y la fuerza de producción (Illanes, 1993).

Finalmente el Estado-militar encontró en el proyecto biopolítico un programa de gobierno que le otorgaba legitimidad. Así quedó plasmado en la Constitución Política de la República de Chile de 1925, que proclamó como deber del Estado la mantención de un Servicio de Salud Pública destinado a cuidar el “bienestar higiénico” de la población. La miseria, la explotación, la historia real

---

<sup>15</sup> Alejandro del Río, luego de titularse como médico, había obtenido en 1889 una beca del Estado de Chile para estudiar Higiene en las escuelas de Pattenkoffer y Koch, en Alemania. En 1897 fue director del Instituto de Higiene y creó la revista de Higiene y Demografía, participó activamente del estudio y promulgación del primer código sanitario en 1918 y creó en 1920 la primera Escuela de Enfermeras en el Hospital Arriarán de Santiago. Fue miembro de la Junta Central de Beneficencia Pública, y en 1925, habiendo dejado su cargo en el Ministerio, creó la primera Escuela de Servicio Social de América Latina, al alero de la Junta Central de Beneficencia. Ver *Biografía de Alejandro del Río*, en Archivo personal del Dr. Alejandro del Río. Museo de la medicina

de la dominación se convertía en objeto de tratamiento científico abordable a través de la hermandad de la Asistencia (ciencia social), la Medicina (ciencia biológica) y el Estado (poder)” (Illanes, 1993: 210-211).

Surgirán luego una serie de críticas a las políticas en Salud y al Seguro, que se traducirán en diferentes propuestas de reforma, que se pueden comprender como la expresión en Chile de las polémicas que acompañaron el desarrollo del Estado de bienestar, especialmente en Europa, pero estas propuestas se realizarán en el marco de un país latinoamericano, es decir, atravesadas también por propuestas de intervención social nacidas de la realidad Latinoamericana.

Desde los partidos políticos surgieron posturas que se mantuvieron en el tiempo: la propuesta liberal-conservadora, proponía transformar el seguro obligatorio en un fondo individual de capitalización del salario. La propuesta radical tomó las ideas de la OIT en relación a seguridad social, y desde una postura positivista y racionalista plateaba que el principio moral del Seguro debía ser la solidaridad con los más modestos. Por último, los partidos obreros proponían la plena socialización de la medicina a través de una planificación centralizada para el logro del bien estar colectivo:

en Chile esas tres diferentes concepciones de sistema de salud estuvieron siempre vigentes como alternativas posibles en los momentos decisivos de las políticas sectoriales. La ascendencia de uno u otro proyecto de reforma irá dependiendo de la conjunción de los factores ligados a las correlaciones de la fuerza en la política y a las articulaciones con el orden médico. (Parada, 2004: 164)

Pese a las diferencias en los modos, el discurso modernizador instaurará para todos los sectores la idea de que el progreso sólo es posible por la intervención racional, científica y técnica de la población. Por medio del conocimiento objetivo, traducido en políticas sociales, se intentarán controlar la demografía y la producción a través de la asistencia. Así, a partir del problema llamado la “cuestión social” surgirá la política social en Chile, es decir, la profesionalización de las acciones sobre los pobres (Illanes, 2004).

### 1.5. De la de la intervención del cuerpo social al gobierno del cuerpo de mercado

Rose, y Miller (1992) tomando el concepto de gubernamentalidad desarrollan posteriormente una crítica a la sociología histórica. Ellos van a plantear una forma de comprender el surgimiento de otras estrategias de control, desde lo que llaman *una perspectiva de gobierno*. Ésta, no debe ser entendida como una teoría, sino cómo:

el entendimiento de la emergencia de un diseño u orden del sistema social erguido sobre una compleja negociación e intercambio entre intermediarios, actores sociales, fuerzas, organizaciones, instituciones públicas y semi públicas, entre las cuales la organización del Estado es sólo una más —y no necesariamente la más significativa. (Rose, 1999: 21)

En esta perspectiva de gobierno, los autores proponen un ejercicio analítico, en el cual distinguen dos elementos fundamentales dentro de la gubernamentalidad: las *racionalidades políticas* y las *tecnologías de gobierno*. Las primeras tienen forma de moral y se elaboran en el campo del *deber ser* para las autoridades, y consideran los ideales y principios desde los cuales el gobierno debería estar dirigido (libertad, justicia, igualdad, responsabilidad, ciudadanía, etc.). Las segundas son los elementos que se utilizan para hacer efectivo y perfeccionable el ejercicio de poder. Ambos, racionalidades políticas y tecnologías de gobierno se encuentran unidos en la práctica.

A partir de esta perspectiva, se puede comprender cómo, una vez instaurado el proyecto biopolítico en Chile, se irán configurando diferentes mentalidades y tecnologías de gobierno, que se verán reflejadas tanto en la trayectoria de las políticas, como en la institucionalidad asistencial en salud. A continuación haremos un breve relato de los hitos más significativos, que creemos, han aportado a la configuración de las actuales mentalidades y tecnologías de gobierno, es decir, a los valores y principios implicados, y los medios (leyes, instituciones) que se han utilizado para hacer efectivas las estrategias de gestión de la vida de la población.

No está de más decir que estos procesos han girado en torno a diferentes concepciones del Estado, de los derechos sociales y de los sistemas de protección social (Parada, 2004), que han estado en pugna, encarnados en diferentes sectores sociales en proceso de expansión (Molina, 2007). Tampoco está de más decir que los discursos, las políticas y las instituciones en salud, que se han impuesto en cada momento, han sido intentos de resolución del conflicto en torno a las diferentes concepciones antes mencionadas, y que pese a estos intentos, dichos conflictos se han mantenido hasta la actualidad, es decir, sin que hayan desaparecido las resistencias a lo que se impone. Pero en este apartado, no nos centraremos en el análisis de cada una de estas tendencias, ni de los procesos o actores sociales que le dieron forma. Nuestro propósito es dar cuenta de la configuración de una gubernamentalidad de la Salud en Chile.

El movimiento obrero y los partidos de izquierda, desde su aparición en la escena política, mantendrán un protagonismo en aumento y así también aumentará el protagonismo de sus discursos políticos, sobre la necesidad de la relación entre la política pública y la política social sanitaria. Esto llevará a que el discurso político se transcriba casi por completo en torno a estas dos categorías. De la mano de este discurso, una alianza de partidos llamada “Frente Popular” constituido por radicales, socialistas y comunistas, en 1938, llevará a la presidencia de la República a Pedro Aguirre Cerda, con lo que se inicia un período de gobiernos radicales (1938-1952). Durante este período y hasta la década de 1960, se lleva a cabo un proceso de expansión de los sistemas de protección social y por consecuencia, del aparato estatal. Esto acompañado del surgimiento de diferentes formas de concebir dicho proceso.

En materias de salud, el Frente Popular proponía el bienestar social obligatorio, organizado científicamente bajo el absoluto control del gobierno. El Estado debía proporcionar protección para la prevención y curación de la salud física y mental del pueblo. Esto se tradujo en un aumento del poder de los médicos en los servicios sanitarios y en una incorporación creciente de su organización a la política, la que a su vez tomó forma de gremio.



En 1938, el ministro de Salud y Previsión Social, el Dr. Eduardo Cruz-Coke, patrocinó la ley de *Medicina Preventiva*, que como medidas de prevención estableció: primero, examen sistemático, periódico y obligatorio de la salud; segundo, reposo para tratamiento de las enfermedades incipientes; tercero, remuneración de ese reposo, y así garantizar el retorno al trabajo. Quizá, tan importante como la ley fue la introducción de los principios de prevención como un tema central en las políticas de salud, y que se han mantenido en el tiempo. Esto se explicita en el libro *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida* escrito por el mismo patrocinador de la ley, en donde se plantea que la preocupación por la salud del obrero se debe relacionar con las consecuencias para la economía del país.

Se trata de aplicar una política de salubridad que impida que el individuo reaccione con reposo siempre que le sea posible, sino cuando éste tenga un sentido preventivo, como verdadera medicina social, regulada sobre bases técnicas de epidemiología y saneamiento y a través de la pesquisa oportuna en el hombre supuestamente sano. (Cruz-Coke, 1938: 13)

En medio de la complejización del escenario político en temas de políticas sociales y sanitarias, aparecerán las diferentes posturas al interior de la coalición gobernante. Tales diferencias se pueden entender como la manifestación de las contradicciones en torno al modelo de desarrollo a seguir: el ministro de Salubridad, Prevención y Asistencia Social, entre los años 1939 y 1942; el socialista Salvador Allende (1939), en su libro *La realidad Médico Social Chilena* criticará el concepto de Medicina Preventiva, de Cruz-Coke. La crítica radicó en que su visión de la medicina como acción de vigilancia sobre el individuo sano como un valor económico, no permitiría terminar con el “ciclo pobreza- enfermedad”.

Para Allende, representante de la propuesta de izquierda, eran los factores socioeconómicos y el medio ambiente los que incidían directamente sobre la salud de las personas, y por lo tanto el Estado debía intervenir directamente en éstos. Allende es representante de la que se conoce como *medicina social*, la cual propone que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala” (Virchow en Rosen, 1985: 79). Su propuesta se tradujo

en un plan de Medicina Social que creaba una Caja de Prevención Nacional única, y un Consejo Nacional de Salubridad que unificara todos los servicios médicos y asistenciales (beneficencia, seguro, etc), además reestructuraba el Ministerio de Salubridad. La unificación de los servicios debía ser acompañada de una escala médica única y de la creación del Colegio Médico (Allende 1939).

Los radicales en el gobierno no estaban de acuerdo; pensaban que debido a sus contenidos y estructuras, las diferentes instituciones en juego (la beneficencia como asistencia médica caritativa, el seguro contra la enfermedad, como previsión y la salubridad, como policía sanitaria), resultaban irreconciliables. Pese a que las propuestas de Allende no prosperaron, sus ideas inspiradas en la medicina social se verán reflejadas en el discurso acerca de la formulación de acciones en salud de la época, en especial en lo referente al compromiso político y social de la asistencia médica. Sin embargo, el gremio médico poco a poco se irá distanciando de este discurso.

En 1946 asume la presidencia de la República el radical González Videla, quien luego de romper lazos con los comunistas<sup>16</sup> hará un giro definitivo hacia la derecha, incorporando en su gobierno a conservadores, liberales, social cristianos y falangistas. En este escenario se llevó a cabo la reforma a la salud que creó el *Servicio Nacional de Salud* (SNS), inspirado en el National Health Service inglés. El nuevo Servicio nació como un injerto a la ley que reformó el sistema previsional (Ley 10.383 de pensión y Vejez), que creaba el Servicio de Seguro Social (SSS), dependiente del Ministerio de Salubridad.

El proyecto de ley que creaba el SNS había sido propuesto durante el gobierno de Aguirre Cerda, es decir, cuando el Frente Popular era una coalición de partidos de izquierda y por tanto, la propuesta inicial adoptó en el discurso

---

<sup>16</sup> La Ley n.º 8.987 impulsada por González Videla canceló la inscripción del Partido Progresista Nacional, nombre que utilizaba el Partido Comunista en Chile para las elecciones. Además borró del registro electoral a sus militantes e inhabilitó a sus regidores, alcaldes, diputados y senadores electos. Las razones que llevaron a esta ley se han asociado a la Guerra Fría: la necesidad de obtener financiamiento externo para los planes del Gobierno, habrían llevado al presidente a ceder ante las presiones de EEUU. Ver Trabuco Godoy, 1953; Sobre la Ley n.º 8.987.

aspectos de medicina social: el Estado chileno asumía su responsabilidad con la salud de toda la población, tanto en lo referente a la atención de las personas con problemas de salud, así como en lo relativo a la planificación y ejecución de políticas de salud pública. Esto significó una reconceptualización de la función social del Estado en materias de salud que fue resultado de un complejo proceso de negociación entre la derecha, el centro y la izquierda, en medio de las presiones de la corporación médica.

Como consecuencia de esta negociación, pese a que se mantuvo en el discurso el sentido de medicina social, en la práctica, la cobertura del SNS se mantuvo similar a la del Seguro de 1924. Es decir, se proveía de atención médica sólo a los obreros. Esto porque con la nueva configuración política de la alianza en el gobierno, no se logró un acuerdo para que el nuevo servicio tuviera autonomía financiera mediante un sistema solidario nacional (Molina, 2007). Lo que sí se alcanzó fue que diferentes instituciones fueran englobadas en una misma lógica de Estado, bajo un organismo con autonomía en cuanto a las decisiones técnica, que quedaban en manos de los médicos.

El gremio médico continuó su ascenso en el poder por la legitimidad emanada de su rol como intelectualidad científica en las universidades, y el prestigio social con el que contaban en la opinión pública. Apoyado en esta legitimidad y gracias a su representación política en el parlamento, logró que los temas de políticas sanitarias, la enfermedad y su gestión pasaran a ser cada vez más un asunto de la ciencia y menos de la política. El ascenso de la profesión médica en el Gobierno y en el Parlamento, poco a poco irá transformando el tema: de algo eminentemente político pasará a ser algo técnico y científico. En esto juega un rol central el corporativismo del cuerpo médico en la toma de decisiones: pese a las diferencias ideológicas que había en su interior, este gremio logró un modelo consensual, que lo hizo aparecer como una única voz autorizada en relación a temas específicos de su campo, más que como un grupo gremial con diferencias en torno a programas políticos (Labra, 2000). Como resultado, el tema de las políticas sanitarias dejará de tener tanto espacio en el discurso político.

Además de la creación del SNS, como leyes colaterales se aprobaron proyectos de reivindicación de la corporación de profesionales médicos: la creación del Colegio Médico (1948) y el establecimiento del Estatuto Funcionario (1951). Este último introdujo un trato privilegiado a los médicos dentro de la administración pública: fijó un valor uniforme para sus acciones que significó un aumento del 73% del gasto público en salud y disminuyó la jornada laboral de los médicos de 8 a 6 horas diarias, lo que agravó aún más la falta de profesionales. Las principales críticas al proyecto, sin embargo, no fueron por el mayor gasto, ni por la reducción de horas, sino porque excluía a otros trabajadores de la salud<sup>17</sup> (profesionales, técnicos y funcionarios).

El SNS enfrentó una serie de críticas y problemas durante su existencia, en lo cual jugó un rol central el Colegio Médico, que desde la Convención Médica de 1956 criticó las dificultades de financiamiento de una medicina socializada, y la burocratización, pérdida del espíritu de superación, dignidad y ética profesional de una profesión médica funcionaria (Labra, 1998). Sobre la base a estas críticas propuso alternativas más acordes con la mercantilización de la medicina: legitimó el lucro y libre ejercicio de la profesión, aludiendo el derecho a la libre elección de los pacientes. Así, el Colegio Médico propuso la incorporación de la modalidad de libre elección para los empleados particulares, que no tenían acceso al SNS y que se concretó en la *ley de Medicina Curativa* de 1968.<sup>18</sup>

Esta ley rompía con la lógica integradora y socializante del SNS: se consagró legalmente la Modalidad de Libre Elección (MLE) que consistía en que según el nivel de renta, los empleados hacían copagos de los servicios, a cambio de lo cual podían elegir libremente al médico. Esto conjugaba las aspiraciones del Colegio Médico de detener la medicina funcionaria, con el discurso del gobierno de la época (demócrata cristiano) de la salud como un derecho básico al que todos deben tener acceso: el Estado proveía los medios legales para

---

<sup>17</sup> El senador comunista y líder sindical Elías Laferte defendió que los beneficios del estatuto fuesen extendidos a las enfermeras, asistentes sociales y practicantes. Cf. Senado. Diario de sesiones. 7º ses.extraord. 22 de noviembre de 1950.

<sup>18</sup> Ver *Historia Fidedigna de la Ley 16.781 que otorga asistencia médica y dental a los imponentes activos y jubilados de los organismo que señala*; D.O. de 02-05-1968; Biblioteca del Congreso Nacional.

hacer posible ese derecho, aún sin contar con los recursos económicos para ello.

Sin embargo, los acuerdos entre el gobierno y el Colegio Médico no fueron algo fácil de lograr: el Colegio Médico, en un primer momento, se opuso a la implementación de la ley, por considerar que no le daba suficiente participación en la coadministración del sistema. Los médicos colegiados pedían la tuición sobre los precios, las formas de pago y los estímulos económicos adicionales por el aumento de la carga de trabajo. Finalmente y luego de las negociaciones del reglamento<sup>19</sup>, el Colegio asumió legalmente el registro de los profesionales participantes del esquema, el control disciplinario y la intermediación financiera en los pagos a los médicos.<sup>20</sup>

Por otra parte, en el sector salud, en esta época irrumpe un nuevo actor: la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), que agrupó a los trabajadores no médicos. Este movimiento adquirió el discurso de la medicina social con el apoyo de Salvador Allende en el Congreso, justo cuando el Colegio Médico parecía abandonarlo. A través de huelgas y ocupación de los hospitales, la federación denunció que con la nueva ley, el SNS comenzaría a vender la salud, exigió mayor participación en el SNS y apuntó a las grandes diferencias de remuneraciones en comparación a los médicos (Morales, 1981).

Con la implementación de esta ley, se perpetuó la división entre tres grupos sociales bien definidos que se mantendrán en las lógicas de gobierno en lo referente a Salud (Labra, 1998): los patronos autosuficientes en la resolución de sus necesidades, los empleados y profesionales con capacidad de ahorro individual, y los obreros y campesinos que requerían de protección. Por este medio se logró la cobertura de casi el 90% de la población y, en definitiva, se conjugó las lógicas de tres actores sociales relevantes: 1) la lógica de la intelectualidad de izquierda de universalización del SNS con profesionales asalariados del Estado, 2) la lógica de sectores medios en ascenso desde los

---

<sup>19</sup> Ver Actas del H. Consejo Nacional de Salud: Acuerdos 222 y 325 de sesiones n.º 923 y 930 de 27 de junio y 27 de agosto de 1969.

<sup>20</sup> Ver Vida Médica: vol. XXI; n.º 5; 1969; pp. 60-61-62 y 63.

años treinta, que exigían su derecho a la salud, pero que se resistían a compartir en igualdad de condiciones los servicios de los obreros, y 3) la lógica corporativa de los médicos que buscaban flexibilizar su mercado laboral a través de formas no funcionarias de ejercicio profesional, pero manteniendo su influencia en los organismos del Estado.

En 1970, asume la presidencia de la República el socialista Salvador Allende, con un programa de gobierno abiertamente de izquierda, y un discurso radical que llamaba a la construcción del socialismo por la vía democrática. Para Allende, se requería de una transformación de la sociedad completa y no bastaba con la lógica de la integración para dar solución a los problemas de marginación. Proponía que era necesaria además, una revisión de los mecanismos de exclusión del sistema social y económico para su posterior intervención.

Allende señala que la salud es un problema que sólo tendrá solución integral en la sociedad socialista que su gobierno construirá. Para esto se debía crear en *Sistema Único de Salud* (sus), que reuniera todos los recursos (públicos y privados) e igualara derechos, deberes, jerarquías y compromisos de todos los involucrados en el tema (médicos, trabajadores y usuarios) a través de la participación<sup>21</sup>. Desde este discurso, se promueve la democratización de todas las instituciones sanitarias<sup>22</sup> y la participación de la ciudadanía en las acciones de enfrentamiento de los problemas de salud. Además se critica el excesivo poder del Colegio Médico en el SNS en perjuicio de la participación de los otros trabajadores y de la población. Se descalifica la ley de medicina curativa por considerársele discriminatoria y por poner el acento sólo en las acciones “curativas” en desmedro de las de prevención.<sup>23</sup>

La aplicación de medidas en esta dirección generaron la oposición del Colegio Médico, que ya en esa época se había desmarcado definitivamente del

---

<sup>21</sup> Ver Mensaje del Presidente Salvador Allende al Congreso Nacional. 21 de mayo de 1971. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

<sup>22</sup> Ver Decreto n.º 602, 1 de septiembre de 1971. Ministerio de Salud.

<sup>23</sup> Ver Requena, Mariano: Servicio Nacional de Salud 1971-1972; *Revista Apuntes* (4); Santiago; 1972.

discurso de la medicina social. Así la orden terminó por adherir a la declaración de inconstitucional del gobierno de Salvador Allende hecha por el congreso meses antes del Golpe Militar.

Es durante el gobierno de Allende, que el Estado y las ciencias sociales se unen para planificar la transformación de la sociedad (Maira, 1998). Se consolida el binomio médico-social y se propicia una gran producción académica acerca de la marginalidad y la pobreza que se traduce en técnicas de intervención. En salud pública, y específicamente en lo relativo a la salud mental, se comienzan a desarrollar categorías psicosociales, que abordan problemas sociales de la salud, como parte de un proyecto político nacional. Se crea un fuerte lazo entre el Estado y profesionales dedicados a la intervención social que propicia una apertura al constante replanteamiento del tipo de problemas abordados y los modos en que se enfrentan. Toda esta producción, será retomada después del retorno a la democracia, con los matices de una política neoliberal.

Luego del Golpe de Estado de 1973, y de un período de ajuste económico, en 1975 Augusto Pinochet toma un papel protagónico por sobre la junta militar. El panorama mundial de la época se caracteriza por los debates en torno a los costos de las políticas sociales y los nuevos métodos de la economía para gestión más eficiente de los recursos del Estado. Además se comienza a cuestionar a la ciencia médica como la más idónea para gestionar su administración. En particular, el pensamiento de la derecha se inclina por las soluciones tendientes a la privatización y la responsabilidad individual por la salud (Starr y Inmergut, 1987).

Así, el gobierno militar, de la mano de un equipo tecnocrático, los llamados “Chicago Boys”,<sup>24</sup> implementa una serie de medidas económicas neoliberales, como modelo de desarrollo nacional, las que luego se verán reflejadas en la constitución de 1980, que defiende y prioriza el derecho a la propiedad privada

---

<sup>24</sup> Se le denomina Chicago Boys a la generación de economistas formados en la Universidad de Chicago, bajo la dirección de Milton Friedman y Arnold Harberger, que luego tuvieron una decisiva influencia en las reformas económicas y sociales en Chile. Fueron los responsables de la aplicación de un programa de privatización y reducción de gasto fiscal.

y establece un rol subsidiario al Estado. Cabe señalar que esto se ha mantenido hasta hoy (Délano y Traslaviña, 1989). El Estado no debe intervenir, sólo debe garantizar el acceso de las personas a los servicios otorgados por entidades públicas o privadas.

Entre 1979 y 1981 el gobierno militar elaboró siete reformas, que finalmente fueron llevadas a cabo entre 1982 y 1984: Plan Laboral, Derecho Colectivo del trabajo; Reforma de la Previsión; Directriz para la Educación; Reestructuración de la Salud; Modernización de la Justicia; Desarrollo Agrícola; Reforma Administrativa y Regionalización (Piñera, 1990 y 1991).

En salud las reformas comenzaron a implementarse en 1979 con la creación del *Fondo nacional de Salud* (FONASA), que debía recaudar y asignar los recursos. En lo administrativo, el SNS y el SERMENA fueron reemplazados por *Servicios de Salud* (en adelante SS) regionalizados y autónomos. Luego, a partir de 1981, la atención primaria fue traspasada a los municipios, que debían encargarse del financiamiento y la administración de los servicios, aún cuando la tuición técnica seguía en manos del Ministerio de Salud, a través de los SS. En los establecimientos municipalizados se incorporó la *Facturación por Atención Prestada* (FAPEM) como forma de financiamiento. Ésta modalidad se mantendrá en el tiempo pese a las críticas. En principio, éstas vinieron del Colegio Médico, que manifestó su preocupación porque tal medida favorecería los actos médicos mejor pagados en desmedro de los otros.

Las acciones realizadas en los SS además de subsidiarias debían ser focalizadas y basarse en la asistencia directa para la solución de problemas puntuales. En el caso de la salud mental, esto llevó a poner la atención en signos y síntomas y en algunos casos, en el entorno más cercano: la familia. Se trataba de revertir la idea arraigada durante la Unidad Popular en los profesionales del área, que todo problema debía ser comprendido e intervenido como parte de un sistema social.

En paralelo, se comienzan a desarrollar una serie de programas, dependientes de la ayuda internacional, muchos de ellos bajo el alero de la Iglesia católica,



que pretendían ser una forma de colaboración a la oposición al régimen militar (Alfaro, 2000). Las Organizaciones no gubernamentales (en adelante ONG), si bien fueron en principio un intento de continuidad de las ideas de la Unidad Popular, luego fueron las instancias donde se dio una transformación de las propuestas de la medicina social. Esta transformación se puede explicar por la desvinculación de sus integrantes respecto a la intelectualidad de izquierda y la consecuente limitación de la reflexión teórica e ideológica. En concreto, en las ONG se desarrolló una serie de planteamientos alternativos para las acciones de intervención social, independiente de aspectos ideológicos, que de a poco llevaron a reconocer un nivel mayor de autonomía de los sujetos de intervención y a una mutación del rol profesional: desde el de experto se dio paso al rol de facilitador. Estas organizaciones fueron pioneras en formas de intervención en personas con enfermedades mentales, que luego serán retomadas en las políticas de salud al retorno de la democracia.

En 1982, el gobierno militar anunció el proyecto de “Prestaciones de Salud” que creaba las *Instituciones de Salud Provisional* (ISAPRE): aseguradoras privadas que capturan las cotizaciones de los trabajadores (Loyola y Vergara, 1994). Además se estableció un nuevo sistema general de prestaciones que sustituía las leyes de Medicina Preventiva (1938), del SNS (1952) y de Medicina Curativa (1968). Es decir, se reconfigura todo el cuerpo legal en torno a la salud, que se había generado a lo largo de un siglo de proyectos y debates políticos e ideológicos. El sistema se configura entonces como “mixto” (Aedo, 2001), es decir, existe un fondo de cotizaciones estatal y otro privado, así como existen centros de atención públicos y privados.

Finalmente, en 1984, la cotización obligatoria para salud sube del 4 al 6% del sueldo bruto de los trabajadores y en 1986 queda en un 7%, lo que se mantiene hasta la actualidad, con un tope de 64,7 Unidades de Fomento.<sup>25</sup> Cabe recordar que a partir de la creación de las ISAPRE estos fondos pueden ir a entidades privadas.

---

<sup>25</sup> Este límite se estableció para que la cotización en salud, no fuese gravosa para los más altos ingresos. Ver artículo 16 del D.L. n.º 3500 de 1980.

En definitiva, la dictadura militar dejó como modelo un sistema de salud, que separaba las funciones: la normativa en manos del Ministerio, la financiera en manos de FONASA, la intermediación entre usuarios y prestadores en manos de las ISAPRE y la ejecución en manos de los SNSS y la empresa privada.

La separación entre las decisiones económico-financieras y las técnicas, trajo como consecuencia que el Ministerio de Salud, en la práctica, pasó a depender del Ministerio Hacienda, a través de la Dirección de Presupuestos, que es la entidad que asigna los recursos en base a una exacerbada lógica de mercado. Inevitablemente el rol que antes cumplían los médicos fue reemplazado por economistas y finalmente, la lógica de mercado se traspasó a las mentalidades de los usuarios de los sistemas de salud:

Como ese proceso estuvo acompañado de una fuerte campaña de exaltación del mercado, hubo, en última instancia, un cambio efectivo en los valores de los chilenos, que comienzan a exigir respuestas privadas a sus aspiraciones de consumo individual de la “mercancía” que es la salud. Contrariamente, la solidaridad quedó restringida a los pobres y financiada por ellos mismos, en la medida que los estratos de mayores ingresos, al migrar hacia las ISAPRE (las “estrellas” del neoliberalismo criollo), han dejado de contribuir financieramente a la salud del resto, con lo que se elimina la función redistributiva del gasto público. (Parada, 2004: 288)

¿Cómo se puede explicar este vuelco? La respuesta más habitual es que los actores sociales no tuvieron ninguna posibilidad de oposición durante el gobierno militar. Sin embargo, creemos que desde una perspectiva de gubernamentalidad se pueden generar otras comprensiones.

Foucault (1978) propone que para comprender las experticias y técnicas que operan en la actualidad, es necesario pensarlas desde una perspectiva de racionalidad de gobierno, es decir, no como una institución, una ideología, una teoría o una filosofía de la libertad individual, sino como una forma de hacer pensable y practicable una cierta actividad de gobierno.

Rose (1997) sugiere que desde una perspectiva de racionalidad de gobierno, es posible entender cómo se modela el espacio de gobierno. En este sentido, propone que, así como el discurso político fue transcrito en términos biológicos, en la actualidad, estaría siendo transcrito al modelo de la economía política del siglo XIX. Esto significa que así como fue pensable lo que había que gobernar (la sociedad) como un organismo, y el espacio de gobierno fue remodelado en base a esto, en la actualidad, se estaría dando una nueva reconfiguración del *objeto de gobierno* (lo que se gobierna), y con ello, del *espacio de gobierno* (desde dónde se gobierna).

Las múltiples tácticas de gobierno que emergen de este nuevo discurso político son reunidas en un sólo pensamiento, lo que les otorga una coherencia lógica. Para Rose esta coherencia la ha otorgado el *liberalismo*, es decir, la idea de que el sujeto libre sólo es posible en cierta condición social y cultural. Esta racionalidad se constituye en la posibilidad de hacer pensable nuevas formas de gobierno que incorporan prácticas que regulan la economía. Así tales prácticas se pueden llegar a pensar como posibles de influir en aspectos que antes no, como son el cuidado médico o el bienestar de la población.

Desde este segundo momento de “modelación del espacio de gobierno”, la *economía* habría llegando a ser el objeto y el blanco de los programas políticos. Pero no sólo como una teoría, sino que en el despliegue de tecnologías de gobierno. Así se entienden el ensamblaje técnico que configura el distintivo arte de gobierno liberal, que es un sistema situado en la *interfase* entre la sociedad y el Estado.

Desde el término de la dictadura militar, Chile ha entrado en un proceso que se ha denominado “de transición” bajo los sucesivos gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia. Éstos han mantenido un discurso que promueve la *participación* de la sociedad civil, como una estrategia para alcanzar mayores niveles de *democracia*. En torno a este discurso se han organizado la gestión y la ejecución de las políticas sociales, que a su vez, se presentan como estrategias para disminuir los niveles de desigualdad.

La articulación de los discursos sobre participación ciudadana y los espacios de participación promovidos por las políticas sociales, estarían configurando nuevas relaciones entre el Estado, las subjetividades y la sociedad civil. Esto, en el marco de un proceso de organización de los discursos de las políticas sociales universales y las exigencias del discurso neoliberal (Sandoval, 2002).

En el marco de este discurso, la Concertación de Partidos por la Democracia, impulsó “la reforma a la salud” durante el gobierno de Ricardo Lagos. Esta reforma inicialmente se planteó como una respuesta a la grave crisis en el sistema de salud, que habría sido producto de la política neoliberal heredada de la dictadura militar, y que llevó al sistema a un colapso, provocando grandes desigualdades sociales en el acceso (Sandoval, 2004).

Lo paradójico de la reforma a la salud, propuesta por el gobierno de Ricardo Lagos, es que no cambia el espíritu, o mentalidad neoliberal de las transformaciones hecha al sistema por la dictadura militar, en tanto que mantienen sus estructuras. Pero al mismo tiempo, incorpora una serie de transformaciones en la definición del quehacer del sector salud, en los objetivos sanitarios y en el modelo de atención. Estas transformaciones se relacionan con el cambio en el perfil epidemiológico de la población, actualmente más asociadas a procesos crónicos degenerativos propios del envejecimiento, que a enfermedades infecciosas y problemas de salud materno infantil, que habían sido las prioridades durante gran parte del siglo pasado (Albana, Vio, Kain y Uauy 2001; Cahmi y Bejide 2004; Ministerio de Salud 2002). Pero además de cambios en la configuración de los problemas de salud, conlleva cambios en la organización de los aparatos estatales y privados que los gestionan.

En definitiva, la reforma a la salud, se tradujo en dos leyes que abarcan dos grandes áreas. Por un lado, se plantea una estrategia de priorización de los recursos, basada en una nueva forma de priorización de los problemas de salud, y por otro, se reformulan las estructuras y la organización del sector, tanto en lo público como en lo privado, a fin de mejorar la gestión y la eficacia (Erazo, 2004). Es decir, más que una reforma a las políticas de salud

heredadas de la dictadura, estas leyes suponen explicitar un cambio definitivo en la gubernamentalidad en el tema salud, ya que significan una reconfiguración tanto del ámbito de gobierno (el objeto del gobierno) como del tipo de mentalidad que se debe utilizar para gobernar.

En Chile, la reforma a la salud se propuso continuar con la “modernización” del sistema público, como una estrategia tendiente a brindar una mayor cobertura y terminar con las desigualdades en la atención. Esta estrategia va a centrarse en garantizar la descentralización, territorialidad y especialización de las funciones, así como la mejora en su fiscalización. Se mantienen, por tanto, medidas adoptadas durante la dictadura militar, que son coherentes con esta lógica, como la dependencia de la atención primaria de los municipios (traspasados en 1981 desde el gobierno central) y las Instituciones de Salud Provisional (creadas también en 1981).

El sistema se confirma, como “mixto” (Aedo, 2001), es decir, se mantiene un fondo de cotizaciones estatal y otro privado, así como se mantienen centros de atención públicos y privados. Además se integran estos últimos a los prestadores del sistema público.

Las entidades estatales definen las acciones o prestación de servicios en salud pública, pero éstas pueden ser otorgadas tanto por centros de atención primaria (municipales) o secundaria (dependientes directamente del ss), así como por privados. Además las entidades estatales definen los enfoques y características que deben tener los centros de atención pública. Esta caracterización no excluye a centros de atención privada que pueden otorgar prestaciones definidas por las autoridades estatales, incluso a los beneficiarios del sistema público de salud, mediante un subsidio a la demanda<sup>26</sup> y en la medida en que se ajusten a las exigencias definidas para las prestaciones.

---

<sup>26</sup> Este subsidio es entregado por el Fondo de Compensación Solidario, que reúne aportes de las Instituciones de Salud Provisional (privadas) y el Fondo Nacional de Salud (estatal) y que es supervisado y administrado por entidades de gobierno. Con esto los recursos se destinan a subvencionar la demanda y no la oferta, es decir, a subvencionar la libre elección (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile 2003).

La autoridad sanitaria debe “gestionar la red asistencial” de su territorio, haciendo uso de toda la oferta de servicios, tanto público como privado, a fin de asegurar que la mayor cantidad posible de problemas sean resueltos en la atención primaria y sólo los problemas más específicos lleguen a la atención secundaria. Esto supone una reconfiguración del espacio de gobierno: las acciones en salud ya no son propias de órganos del Estado y/o la población, sino que de una red de servicios públicos y privados. Esto haría necesario un mayor nivel de autonomía y flexibilidad tanto de los recursos humanos como los financieros.

Como ya hemos mencionado, en Chile, desde la consolidación del proyecto biopolítico, conviven diferentes formas de comprender lo social y por tanto, la intervención social en los temas de salud, por lo que las políticas en salud pueden ser comprendidas como el resultado de procesos nunca libres de conflictos en relación a 1) El rol del Estado y 2) el derecho a la salud pública. Pero aparentemente ahora, estos puntos de tensión son subsumidos por una nueva forma de entender el espacio y el objeto de gobierno en salud: El espacio de gobierno ahora convertido en una red, donde es difícil diferenciar qué es el Estado y qué no; el objeto de gobierno ahora convertido en las condiciones de vida de las personas, donde cuesta distinguir qué es lo que compete a la salud y qué no.

Para una mejor comprensión de las implicaciones de estas transformaciones, creemos importante considerar algunos aportes relacionados con los cambios que se habrían producido en las últimas décadas en las formas de la biopolítica. Para Foucault, la sociedad disciplinar (por medio de la disciplina) se caracteriza por un tipo de poder que actúa en dos ejes: por un lado el poder disciplinar actúa sobre los cuerpos como máquinas para adiestrarlos y aumentar su capacidad y docilidad. Por otro, la biopolítica se centra en el cuerpo como especie para regular a la población, mediante la producción de conocimiento y modos de subjetivación. Pues bien, en la actualidad habría ocurrido un desplazamiento del concepto de biopolítica desarrollado por Foucault y centrado en los procesos biológicos que inciden en la población. En este proceso se habría dado un movimiento en la propia noción de vida (Hart y

Negri, 2001). La biopolítica ya no tendría que ver sólo con los procesos biológicos de la especie, sino que con hacer vivir y controlar las condiciones de vida de los individuos. Para esto, se requiere de nuevas formas de control que involucren nuevas formas de subjetivación.

Los procesos de configuración y transformación de las mentalidades para gobernar, así como del objeto de gobierno en el tema salud en Chile, no están ajenos a este proceso. Como hemos visto, los problemas de salud ya no son la muerte de la población, como lo fue en su momento, sino que todos los ámbitos de la vida de los individuos. La preocupación de la autoridad ya no se restringe al control de tasas de natalidad y mortalidad, sino que va hacia promover estilos de vida saludables, lo que significa implementar formas de control sobre las condiciones de vida de los sujetos. Para ello, el sistema de salud ha mutado a una red de servicios.

En lo referente al objeto de gobierno en el tema salud, una muestra significativa de su transformación, es el cambio en el criterio para priorizar los problemas a intervenir. El plan AUGE<sup>27</sup> fue el resultado de una nueva forma de priorizar los problemas de salud basada en un nuevo indicador (AVISA),<sup>28</sup> que se establece en relación a los años de vida saludable, y por tanto, considera no sólo la mortalidad, sino que además la discapacidad que puede ocasionar una enfermedad durante los años productivos de una persona (Arrau, 2002). Es decir, el criterio económico no sólo está presente en la forma de administración del sistema de salud, sino que en la definición misma de lo que es el ámbito a intervenir, que ahora se define en términos de productividad de las personas. Así el criterio económico constituye el objeto y el medio de gobierno. El tema de la salud mental y las enfermedades psiquiátricas cobran relevancia a partir de esta nueva manera de entender los problemas de salud (antes designados enfermedad).

---

<sup>27</sup> Acceso Universal con Garantías Explícitas: se consideraron 56 problemas de salud, para los cuales se definieron protocolos de procedimiento en base a criterios de costo efectividad.

<sup>28</sup> Años de vida saludable perdidos.

La idea de que las enfermedades crónicas y/o degenerativas se relacionan con aspectos no sólo biológicos, sino que también sociales (estilos de vida), lleva a que las acciones en salud deben tender a otras esferas de la vida de las personas, que van más allá del radio de acción tradicional de los prestadores de salud. Esto significa abarcar aspectos tales como la educación, el ocio, las actividades comunitarias, etc. Todo a fin de prevenir estilos de vida que puedan llevar a los sujetos a tener problemas de salud, es decir, problemas que limiten o restrinjan sus años de vida productivos saludables.

Lo que concierne a la salud, ya no se inscribe en la lógica de las respuestas a la enfermedad, sino que en una serie de aspectos que buscan controlar la vida de las personas a fin de prevenir la pérdida de años de vida productiva. Se configura entonces “la salud” como promoción de una vida saludable y con ello, se abre paso a intervenir en nuevas esferas de la vida, y se redefinen los sujetos de intervención con base en estos mismos criterios. Es a partir de esta nueva lógica que se deben entender también las transformaciones en el ámbito de intervención de personas con enfermedades mentales, o con posibilidades de padecerlas. A esto nos referimos cuando hablamos de aquello que se configura como la Salud Mental.

#### **1.6. Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria como estrategia de gubernamentalidad**

Para una comprensión de aquello que llamamos Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, creemos necesario explicar dos procesos, que se dan a la par y que luego se conjugarán: por una lado, el proceso de reforma de la institución psiquiátrica, y por otro, el proceso de configuración de “la intervención comunitaria”.

La institución del manicomio, como institución de la psiquiatría, que en un momento conjugó la racionalidad de la medicina con racionalidades económicas, y creó la necesidad de rehabilitar y de disciplinar el cuerpo para el trabajo, hoy en día ha sido desacreditada.



Los primeros indicios de la necesidad de reacomodación del discurso psiquiátrico, se pueden reconocer en el movimiento denominado “antipsiquiatría”, que respondió a una crisis de la noción de enfermedad mental, basada en lógicas biomédicas. Esta crisis se expresó en el discurso de intelectuales provenientes de la psiquiatría psicoanalítica y las ciencias sociales: Laing en Inglaterra, Szasz en Estados Unidos y Basaglia en Italia, son reconocidos como los principales difusores del concepto antipsiquiatría.

El movimiento antipsiquiatría en Europa y Estados Unidos consideró inhumanos algunos procedimientos sobre los cuerpos de los pacientes, tales como la prescripción desmedida de medicamentos neurolépticos, la aplicación de electroshock y la psicocirugía, es decir, aquellos procedimientos que desde una lógica biomédica, buscaban atacar las causas orgánicas de la enfermedad. Las razones para esta crítica radicaron en la imposibilidad de la psiquiatría de demostrar las causas orgánicas de la enfermedad mental (Szasz, 1961), y el origen social de todo comportamiento humano, incluidos los atribuidos a los llamados “enfermos mentales” (Laing, 1960). Desde estos postulados se asienta la idea de que es necesaria una comprensión social de la enfermedad mental.

En concreto, se produjo la reestructuración de los sistemas de salud mental y psiquiatría en Inglaterra, Francia, Italia, Alemania y Estados Unidos, entre otros. Estos cambios, a grandes rasgos, se relacionaron con la administración local de los servicios, el reconocimiento de los derechos de los pacientes, la priorización de los tratamientos ambulatorios por sobre la internación, la integración de los sistemas de salud mental en el sistema de salud general y la inclusión de los aspectos sociales en el tratamiento. Todos estos elementos tendrán repercusiones en el futuro en las políticas de Salud Mental en Chile (Alfaro en Olave y Zambrano, 1993). Aún cuando no se pueden atribuir estas transformaciones sólo al movimiento de antipsiquiatría, creemos que éste fue un elemento central en la generación de una crítica al modelo “manicomial”, y que ésta llevó a la necesidad de transformación de las formas de intervención tradicionales.

Estas transformaciones, desde una mirada simple, pueden ser entendidas como el triunfo de una crítica a formas particulares, propias del modelo manicomial. Sin embargo, cabe preguntarse ¿cómo fue posible que estos cambios llegaran a ser pensables y deseables? Desde diferentes aportaciones se ha intentado dar una explicación a los elementos que posibilitaron los recientes procesos de reforma psiquiátrica. Algunos los atribuyen al éxito de los psicofármacos, otros a intereses económicos o intereses de grupos profesionales, y otros a las transformaciones del mercado laboral y la rehabilitación (Novella, 2008).

Nosotros, sin intentar dar una explicación última, creemos que debemos considerar un dato relevante para responder a esta pregunta. El movimiento antipsiquiátrico tomó forma de la mano de movimientos sociales contra culturales propios de las décadas de 1960 y 1970, de reivindicación de derechos civiles y humanos (Rissmiller y Rissmiller, 2006). Este dato contribuye a entender la crítica al modelo manicomial, no como algo aislado, sino como parte de algo mayor: un movimiento social crítico de todas las formas de poder disciplinar. Estas críticas terminarán por ser incorporadas a nuevas lógicas de gobierno, que llevarán a una transformación de las formas de control en todos los niveles.

En este sentido, quisiéramos mencionar lo propuesto por Deleuze (1992). Él plantea que desde la *sociedad disciplinar* propuesta por Foucault, habríamos pasado a una *sociedad de control*. Esto quiere decir, que desde la vigilancia y la normalización de los individuos impuesta por las instituciones, hemos pasado a una forma de control que se extiende en forma de red; es flexible, modular, y sus dominios se pueden ampliar. En esta nueva forma, tienden a desaparecer las instituciones como forma de control de los individuos, lo que no quiere decir que desaparezca el control; por el contrario, el control se extiende a todos los ámbitos de la vida cotidiana y se introduce en el ámbito de la subjetividad.

Volviendo a la psiquiatría, podemos comprender que su reformulación, responde también a esta nueva lógica de gobierno. La psiquiatría logró reacomodar su discurso incorporando elementos de la crítica al poder

disciplinar, propio del modelo manicomial. Pero para hacer esto debió alinearse con las nuevas mentalidades de gobierno (Rivero, 2005). Con ello ha logrado reconfigurar las nociones de salud y enfermedad mental y ampliar sus propios límites de acción.

En Chile, las primeras experiencias de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos se dan durante el gobierno de la Unidad Popular. Este proceso se reanuda luego de la recuperación de la democracia en la década de 1990, y tomará forma con la primera versión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en 1996. En él se explicita el propósito de las autoridades de llevar a cabo un proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, siguiendo los modelos de países europeos, especialmente España. Desde esa primera versión, a la actualidad, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría ha mantenido la lógica de acotar al mínimo los ámbitos institucionales de intervención en Salud Mental y Psiquiatría. A cambio, ha propuesto la creación de una Red de Salud Mental y Psiquiatría, compuesta por múltiples dispositivos más pequeños, para la atención de las diferentes necesidades de las personas con problemas de salud mental o enfermedades psiquiátricas.

Los cambios ocurridos en el tratamiento de la enfermedad mental en Chile han implicado cambios en las lógicas de los profesionales involucrados. Por una parte, ocurrió la incorporación de profesionales de las Ciencias Sociales a los equipos médicos, y por otra parte, la incorporación de las Ciencias Sociales a la formación de los profesionales de la Salud Mental y la Psiquiatría. Además se asentó la noción de que para comprender y solucionar los problemas de salud mental, resulta necesario trasladar los agentes terapéuticos hacia fuera del hospital, es decir, hacia la “comunidad” (Gijswijt-Hofstra y Porter, 1998). A partir de la incorporación de las Ciencias Sociales en la intervención de la enfermedad mental, se comienza a configurar la idea de que es necesario una *intervención social* (o psicosocial) de personas y grupos para el abordaje de la enfermedad mental. Este encuentro entre el proceso de desinstitucionalización impulsado por la reforma de la institución psiquiátrica, y la intervención social, se puede comprender como una ampliación del control hacia ámbitos más allá de la institución psiquiátrica, que además conlleva cambios en las formas de

intervención (Castel, Castel y Novell, 1982). De hecho, la preocupación por la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, ha llegado a ser pensable en la lógica de una sociedad de control, en la cual la intervención social juega un rol central.

La sensibilidad contemporánea en torno a la locura es una característica esencial de la sociedad de control, una extensión o perfeccionamiento del poder disciplinario, en el cual mecanismos disciplinarios que operan a través de incentivar al auto-gobierno, llegan a ser “libertad flotante” y desligadas de la institución (Deleuze, 1995; Rabinow, 1998). Este quiebre profundo de los lugares institucionales de poder coincide con la dispersión de tecnologías de subjetivación a través del campo social. Los individuos en una sociedad disciplinaria es el locus de las tecnologías de poder, pero esas tecnologías no están ligadas a contextos institucionales específicos. La tarea del Estado neoliberal es de alineación: no fijadas en espacios institucionales para optimizar la productividad individual, sino para coordinar el deseo y logro de libertad individual con los intereses del Estado. (Johnson, 2008: 31)

En este sentido, podemos entender a la intervención social, como el medio por el cual ocurre la alineación de las subjetividades con los propósitos de gobierno (Montenegro, 2001), en un ámbito de libertad, o mejor dicho, no institucional. No es de extrañar, por lo tanto, que en la intervención social los aspectos relativos a la subjetividad cobren un rol protagónico. En el caso de Chile, esto se ve reflejado en el hecho de que a partir de la década de 1990, las políticas de intervención social comienzan a demandar cada vez más de profesionales psicólogos. Aspectos subjetivos, tales como características personales, género, raza, etnia, comienzan a ser relevantes para la planificación de las políticas sociales. Es al amparo de estas políticas sociales que lo que se ha denominado “Psicología Comunitaria”, se perfila como una disciplina académica (Alfaro y Zambrano, 2009) que se comienza a dictar de forma masiva como asignatura de pregrado y a participar de programas de postgrado.

Hasta acá hemos planteado el proceso de reforma de la institución psiquiátrica en el marco de una transformación de las lógicas de gobierno. Hemos propuesto comprender estas transformaciones como propias de una sociedad de control, y así comprender la intervención social, como aquello que posibilita

estas transformaciones. También hemos mostrado cómo esto se ve reflejado en la consolidación de la Psicología Comunitaria como disciplina académica, al amparo de las políticas sociales en Chile. Ahora desarrollaremos el otro eje de nuestra argumentación: la configuración de la intervención social, denominada “Comunitaria”.

Antes de la consolidación de la Psicología Comunitaria ya había en Chile intervenciones sociales, denominadas “Comunitarias”. Al rastrearlas, se pueden comprender como una serie de prácticas de técnicos y profesionales que tienen en común un mismo sujeto de intervención: el pobre (Asún, 2004).

Las primeras propuestas de un “enfoque de comunidad” se pueden rastrear durante la década del sesenta, cuando el gobierno del demócrata Cristiano Eduardo Frei Montalva impulsó una política social orientada a mejorar las condiciones de vida de los más necesitados, que se asentó en el saber científico social. En esta época surge el llamado “movimiento poblacional” (Garcés, 2002), vinculado a las tomas de terrenos por parte de las masas de migrantes del campo a la ciudad. Como respuesta a los problemas de acceso de estos grupos a los servicios sociales y de salud, el gobierno de Frei Montalva propició la organización de los sectores poblacionales bajo lógicas de territorialidad y de solidaridad. De esto surgieron juntas de vecinos, centros de madres, clubes deportivos, centros culturales, entre otros, que consolidaron la idea de la cooperación ligada a la pertenencia, como forma de solución de problemas sociales. Luego, durante el gobierno de Salvador Allende, este tipo de organizaciones comunitarias son vistas como un elemento central del cambio revolucionario.

Actualmente, lo que se denomina intervención Comunitaria en Chile no se puede entender como una formulación teórica, metodológica y/o disciplinar, a diferencia de lo ocurrido en otros contextos, donde el trabajo comunitario ha estado acompañado de reflexión teórica y producción académica (Barranco y Díaz, 1999; Foladori, 2003). Esto se explica por el curso histórico en Chile de la intervención social que se denomina “comunitaria”: si bien durante las décadas de 1960 y 1970, hay una ebullición de producción en Ciencias Sociales

relacionadas con la intervención social, durante la dictadura militar se interrumpe, y hay un aislamiento de los desarrollos en esta línea en América Latina. Sólo a partir del retorno a la democracia los profesionales, principalmente de ONG contarán con el acceso a desarrollos teóricos y metodológicos para denominar y validar lo que ya hacían (Alfaro y Zambrano, 2009), en especial la Educación Popular y la Investigación Acción Participativa.

Pero, como ya hemos señalado, mucho del desarrollo de la “intervención comunitaria” estará ligado a la inserción de profesionales psicólogos en los programas de intervención social impulsados a partir de la década de 1990. Como consecuencia de esta hibridación, entre desarrollos teóricos latinoamericanos y las lógicas de las políticas sociales, lo que hoy en día se denomina intervención comunitaria en Chile, reúne una gran diversidad de desarrollos teóricos, con diferentes marcos epistémicos (Alfaro y Zambrano, 2009). Ante la dificultad para poder dar cuenta de qué es aquello denominado “intervención comunitaria” en Chile, algunos autores (Krause y Jaramillo, 1998; Asún, 2004, Saavedra, 2005; Alfaro 2007) proponen una revisión de las prácticas que se han denominado bajo esta categoría. Otros, realizan un análisis de los discursos académicos en torno a ella (Zambrano, 2007; Sánchez, 2007; Reyes, 2007).

De la revisión de trabajos en esta línea, Alfaro y Zambrano (2009) concluyen que lo que se ha denominado Trabajo o Intervención Comunitaria en Chile ha evolucionado desde su aparición en la década de 1960, desde un movimiento de activismo crítico y político, que buscaba la transformación social, a la institucionalización académica y profesional basada en la adquisición de modelos compatibles con las lógicas de las políticas sociales. El Modelo de Competencias y el Modelo de Ecología Social serían los más representativos de esto último.

Sánchez (2007) propone que el proceso de hibridación teórica y metodológica en la intervención comunitaria se habría dado como consecuencia del discurso teórico e ideológico crítico, que entregaba una comprensión de la realidad social, pero no métodos para la intervención. Esto se relaciona con el

aislamiento de los desarrollos teóricos y metodológicos en el área durante la dictadura militar. Así, la “habilitación social” a través del “desarrollo de competencias”, propia del Modelo de Competencias, se habrían instalado como forma de intervención concreta (Alfaro, 2000), una vez recuperada la democracia, de la mano de las políticas sociales de la Concertación.

Más allá de las diferencias teóricas o metodológicas entre los diferentes enfoques que se conjugan en la intervención comunitaria actualmente en Chile, lo que nos interesa destacar son las profundas diferencias acerca de lo que Montenegro (2001) denomina el “cambio social posible y deseable”.

Desde una comprensión crítica y reflexiva, Montenegro (ibíd.) propone que la Intervención Social o Psicosocial puede ser entendida como una serie de estrategias que buscan solucionar lo que se ha definido como un problema social. Para esto se crean y se redefinen constantemente modelos teóricos que en la base poseen una serie de supuestos sobre qué es lo social, cuáles son los problemas sociales y sus causas, y cómo se pueden solucionar. Estos modelos teóricos validan acciones de ciertos actores, que influyen directamente en las vidas de sujetos que son vistos como necesitados de ser “intervenidos”.

Así, la intervención social y psicosocial buscan atacar los problemas sociales presentes en la sociedad a partir de modelos teóricos que explican qué es lo social y cuáles son las presuntas causas de los problemas; y modelos prácticos sobre cuáles son las mejores maneras de incidir sobre estos problemas a favor de las personas involucradas en las situaciones problemáticas. (Montenegro, 2001: 74)

Cabe entonces preguntarse, ¿qué es lo social, cuáles son las causas de los problemas sociales y cuáles son las posibles soluciones para cada uno de estos modelos? ¿Qué tienen en común con las políticas sociales impulsadas por los gobiernos de la Concertación? La respuesta a estas preguntas se puede resumir en concepciones de lo social ligadas a la idea de desarrollo (Alfaro, 2000); éstas serían un aspecto en común entre los modelos de intervención utilizados en el ámbito de lo comunitario, y las actuales políticas sociales en Chile.

La noción de desarrollo de las comunidades se puede rastrear desde el surgimiento de organismos internacionales abocados a los problemas sociales a nivel mundial (las Naciones Unidas es un buen ejemplo), que dan pie a estudios de las condiciones de desarrollo industrial y tecnológico y su relación con la pobreza (Durán, 1995). Este proceso significó la reanudación de los debates sociológicos y de las Ciencias Sociales en relación con el tema del desarrollo, especialmente la noción de pobreza derivada ya no del proceso de industrialización, por sustitución de importaciones y migración urbana en un contexto de auge político social, sino bajo la óptica del desvalido, marginado del crecimiento y el progreso. Como resultado de este tipo de planteamientos, se comienza a proponer, por ejemplo, determinar cuáles son las características culturales y personales que deben tener los miembros de una nación para el logro de un proceso de industrialización exitoso.

Por otra parte, la idea de etapas de desarrollo se relaciona con la filosofía de la historia clásica, que ha edificado la idea de tiempo histórico, como un vector lineal. Esta idea ha sido objeto de la crítica postcolonial. A grandes rasgos esta crítica surge del cuestionamiento a la idea de Hegel, de una supuesta “racionalidad esencial” del curso de la historia (Guha, 2002). Así, se pone de manifiesto cómo ésta se origina en la contraposición de un mundo a otro: la contraposición del mundo moderno y civilizado (Europa), al mundo premoderno y bárbaro (las colonias europeas).

Esta idea, presente en la Historia Universal hegemónica, es la que ha instalado la noción de “fases de desarrollo”, es decir, la comprensión generalizada de todas las realidades sociales bajo la lógica del tiempo lineal. Esto ha permitido que las sociedades diferentes a la europea sean encasilladas en una temporalidad anterior. Es decir, Europa sería el futuro al cual han de llegar otras sociedades en la medida en que se desarrollen (Chakrabarty, 2000).

Esta idea es también la que justifica el surgimiento de la intervención social en América Latina (Carballeda, 2002). La Modernidad, como algo nuevo y mejor que lo anterior, habilita a ciertos sujetos a enseñar a otros. Los sujetos modernos son aquellos que en el espacio de América Latina poseen la visión



verdadera: una visión objetiva. Estos sujetos modernos estarán autorizados para enseñar a ese Otro atrasado y bárbaro la modernidad.

Con el surgimiento de las teorías sociales del desarrollo, se comienza a reconocer la racionalidad en el tema del comportamiento colectivo, como una necesidad de la intervención social orientada al progreso. En este marco toma relevancia la intervención de las “comunidades” como una acción necesaria para el desarrollo: los valores de las personas deben ser acordes a los del modelo de desarrollo y se debe velar por la construcción de una sociedad de individuos competentes para la modernización y el crecimiento (Reyes, 2007). La intervención de comunidades comienza a dar paso a la intervención de ciertos individuos, a fin de que logren ser competentes para alcanzar el progreso. La forma de ser que deben tener estos individuos pone a Europa como el modelo a imitar. Así, el desarrollo es el pretexto para decir a los sujetos y a las comunidades cómo imitar a Europa (Escobar, 1996).

Podemos ver que se incorporan aspectos de la subjetividad en las intervenciones sociales orientadas al progreso, por ejemplo, al incluir aspectos como los valores de las personas. Creemos que lo anterior no se restringe sólo a los sujetos de intervención, sino que también a los sujetos que piensan y realizan las intervenciones, que se pueden entonces relacionar con lo que Dussel (1992) ha denominado subjetividad colonizadora, es decir, con un tipo de subjetividad que se atribuye la posibilidad de pensar al Otro, no como un igual, sino como algo problemático, que debe ser corregido, adecuado, mejorado, normalizado. La diferencia se convierte así en una causa de dominación, es decir, en una valoración negativa, por ser entendida como un momento anterior en un proceso de desarrollo. Lo diferente debe ser intervenido a fin de cambiarlo. De esta forma se justifica el control y la distancia que hacen del Otro un objeto de conocimiento y de gobierno; y se justifica que un tipo de individuo, que cuenta con un saber verdadero, pueda decirle a otro individuo qué debe hacer para ser mejor.

Luego, los actores relacionados directamente con la intervención, en especial en América Latina, harán una crítica a estos planteamientos, por considerarlos

una reproducción de la ideología dominante y propondrán como alternativa la concientización, la organización y la capacitación del movimiento social (Quezada y Matus, 2001). Estas críticas, sin embargo, no tendrán mayor eco en Chile, donde las políticas sociales seguirán la idea del desarrollo como la vía hacia la superación de los problemas sociales; se entenderá el crecimiento económico como la mejor solución a los problemas sociales que afectan a la población y por lo tanto, las políticas sociales deberán ser focalizadas en aquellos grupos que no han logrado sumarse (Martín, 2004).

¿Cómo se traduce la lógica del desarrollo a la intervención social? Montenegro (ibíd.) propone que las diferentes formas de intervención social se pueden analizar a partir de: 1) qué se entiende por orden social, 2) qué se propone como necesario de transformar, 3) qué se propone como solución, 4) quiénes son los actores relevantes para llevar a cabo la solución, y 5) cuál es el rol que juega el conocimiento en ese cambio. Tomando como referencia diferentes concepciones de lo social, en específico, desde el funcionalismo, el marxismo y el anarquismo, la autora muestra cómo en cada una de éstas, van cambiando no sólo la comprensión de lo social, sino que con ello, las propuestas de cambio social posible y deseable.

Siguiendo los ejes de análisis propuestos por Montenegro para la intervención social, podemos decir que, desde las teorías sociales del desarrollo, las intervenciones llamadas comunitarias hoy en Chile dan forma a lo siguiente:

- 1) El orden social se entiende como en un proceso lineal hacia el desarrollo y el progreso, en el cual hay algunos que lo han alcanzado y otros que aún no.
- 2) Es necesario transformar las comunidades que se encuentran más atrás en el proceso de desarrollo.
- 3) Como solución se propone la facilitación de procesos en los individuos que lleven a estas comunidades hacia el desarrollo.
- 4) Los actores relevantes para llevar a cabo esta solución son los profesionales y técnicos, con la cooperación de la comunidad afectada.

- 5) Se reconoce la experticia profesional para actuar como catalizador de procesos sociales que deben ocurrir. La intervención, en sí, se establece como un contacto eficiente con la comunidad en las diferentes etapas de implantación de un proyecto de desarrollo local.

Finalmente, la conjugación de esta lógica de intervención social, con los procesos de reformulación de la institución psiquiátrica, dará origen a lo que se ha denominado Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile.

Esto se consolida con el retorno de la democracia. La desintitucionalización de pacientes psiquiátricos en Chile, así como en otros países de Sudamérica es una empresa que se alinea con la crítica al autoritarismo de régimen militar (Yamamoto, 2007) y quizá esta sea la razón por la cual, modelos de intervención afines con políticas de gobierno son vistas como compatibles con posturas críticas. Las propuestas de intervenciones con base en la idea del desarrollo de comunidades, alineadas con las críticas al autoritarismo dieron origen a las primeras intervenciones denominadas “comunitarias” en Chile. Experiencias de tratamiento de jóvenes con consumo de drogas, de depresión y de violencia intrafamiliar en atención primaria, a fines de la década de 1980 y principios de 1990, se reconocen hoy en día como precursoras de la Salud Mental Comunitaria. Éstas se caracterizan por tener un enfoque de inserción social-territorial, y proveer la autonomía y herramientas para que los individuos se desempeñen adecuadamente en sus entornos.

Así la Salud Mental Comunitaria se estructura a partir de “la salud”, es decir, corresponde, en primer lugar, a una delimitación de aspectos mentales de la salud. Se parte de entidades psicopatológicas, pero que ahora se explican no desde la concepción biomédica tradicional. Para comprender la enfermedad mental, se debe complementar la concepción individual con factores “sociales” (Alfaro, 2000).

Pero como ya hemos mencionado el “enfoque comunitario” se inscribe en la intervención del sujeto pobre, y más específicamente “el desarrollo comunitario persigue como objetivo el desarrollo de los recursos y potencialidades de las

comunidades para la solución de sus problemas [...] a partir de la reflexión, promoviendo la participación” (Montero y Wiesenfeld, 1994: 56). Entonces, en Salud Mental Comunitaria esto se traduce en que son los sujetos que componen las comunidades pobres, los que se encuentran mayormente sometidos a circunstancias estresantes de vida. Así las experiencias de Salud Mental Comunitaria y su evolución como políticas han privilegiado la intervención en sectores pobres, designados como *en riesgo*, de *alta vulnerabilidad* o *con mayor necesidad de atención*. (Lewin, 1996; Krause y Jaramillo, 1998; Reyes, 2007; Asún, 2004).

El *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* chileno supone una transformación de las lógicas acerca de lo que son los problemas de la Salud Mental y la Psiquiatría. Además se propone entregar mejores formas de solucionarlos, incorporando un enfoque de comunidad. Su propósito es:

Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (MINSAL, 2006: 2-3)

Como valores fundamentales, se plantea el desarrollo de personas y grupos, el acceso universal, la integración de grupos minoritarios, la participación activa de usuarios y sus familias y el financiamiento asegurado para toda la población.

Para la comprensión de los problemas a abordar, ya no se entiende la salud mental como el resultado de factores biológicos, sino como el resultado de la conjugación de múltiples factores psicosociales, donde juegan un rol fundamental las condiciones de la comunidad en la que las personas viven. Se plantea la necesidad de un cambio en las estrategias para el abordaje de los problemas de salud mental: las acciones ahora, deben ser intersectoriales y participativas de modo de involucrar a las personas, las familias, los grupos organizados de la comunidad y los servicios de otros sectores (no

exclusivamente de salud). Así también el financiamiento de estas acciones debe ser compartido y los programas de salud, que cuenten con financiamiento del Ministerio, deben ofrecer el apoyo técnico para estas acciones intersectoriales.

Se propone como medida costo efectiva la rearticulación de la red social, fuertemente dañada durante la dictadura militar, es decir, como una forma de que las personas, grupos e instituciones se hagan cargo de sus problemas sociales tanto individual como colectivamente. La *red social* es la forma que adopta la comunidad o la sociedad. Ésta no se relaciona con lo que se opone al gobierno sino como un entretejido de relaciones sociales que se potencian para el logro de los objetivos de gobierno.

El gobierno, a través de sus instituciones, entrega apoyo técnico a las personas y grupos para que éstos puedan responsabilizarse por sus problemas. Este apoyo adopta la forma de programas de salud, que deben utilizar enfoques comunitarios y privilegiar la atención ambulatoria por sobre la hospitalización a fin de evitar la institucionalización y la consecuente pérdida de capacidad y autonomía. Todo esto bajo criterios de calidad y de relación costo-eficacia.

Las políticas de Salud Mental y Psiquiatría, se conectan directamente con las transformaciones de las políticas públicas, que imponen una nueva relación entre el Estado y la sociedad civil (Celedón y Orellana, 2003), pero además conecta cierto tipo de *subjetividad deseable* con las lógicas de gobierno. Se define a las personas como libres y autónomas, activos y responsables por su propio bien estar (Cámara de Diputados, 2002). Lo paradójico es que la misma política establece cómo generar los mecanismos para que las personas adopten estas características. Estos mecanismos serán los encargados de alinear las subjetividades con los fines de gobierno (Barry, Osborne y Rose 1996).

Para la comprensión de las tecnologías de gobierno, la propuesta de Rose y Millerd (1992) se centra en su polimorfismo, es decir, en acceder a formas menos evidentes de ejercicios de poder. Siguiendo a estos autores la pregunta

a la que debiéramos dar respuesta es ¿cómo las tecnologías de gobierno, entendidas como mecanismos, estrategias y procedimientos, conectan las aspiraciones de las autoridades y las actividades de los individuos? Es decir, ¿cómo estas tecnologías se orientan a producir efectos determinados en las conductas de los otros?

La respuesta a esta pregunta requiere remarcar que, el dominio sobre aquello que es gobernado no es propiedad exclusiva de quienes gobiernan, sino que pasa a formar parte de la sociedad en su conjunto y con ello se hace posible una conexión entre los intereses de gobierno y la sociedad, al crear la intersubjetividad que hace pensables los objetos de gobierno. En esto juegan un rol central las disciplinas como estrategias de control de las subjetividades, en la medida en que validan a agentes para intervenir y controlar capacidades, competencias y voluntades de los sujetos. A su vez, la forma que adoptan las intervenciones están definidas por las mismas lógicas de gobierno que moldean las subjetividades.

Los agentes de intervención son los profesionales y técnicos que conforman los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, y que se pueden ubicar claramente en la interfase entre las racionalidades de gobierno, y las prácticas de provisión de servicios de salud a individuos y comunidades. Desde ahí participan en la generación de conocimiento y de subjetividades, con lo cual constituye un importante recurso de gubernamentalidad (Holmes y Gastaldo, 2002). Sus prácticas, son promovidas por políticas sociales que obedecen a mentalidades de gobierno, pero a través de ellas, también se genera un saber que responde a racionalidades de gobierno, con lo que se crean las subjetividades deseables, y técnicas coherentes con esas mentalidades.

A la vez, emerge una nueva relación de control entre los centros políticos de decisión, los aparatos no políticos y la vida cotidiana. La responsabilidad por la salud de la población y la autoridad experta no recae directamente sobre el Estado, sino en otros actores: los profesionales y técnicos. Se crea así una distancia entre las decisiones de la institución política formal y estos otros actores (Rose, 1997) que aparecen como agentes de bienestar que “prestan

servicios” dentro de una amplia gama de posibilidades y que deben responsabilizarse de sus elecciones.

Las consideraciones de los expertos sobre los problemas sociales, que antes fueron transferidas a los objetivos de gobierno político casi sin cambios y con pocas posibilidades de cuestionamiento, ahora sí se pueden cuestionar y controlar. Las consideraciones independientes o apolíticas son transferidas a la contabilidad y la gestión financiera en pro de la buena gestión y optimización de los recursos. Esta nueva técnica de gobierno logra establecer políticas que regulan la conducta de los técnicos y profesionales (Rose, 1997). Esto implica que las exigencias a los interventores ya no radican en sus propios criterios de verdad en sus campos de experticias, sino que están basadas en criterios de otros expertos, por lo que reconfiguran las relaciones de poder y con ello la verdad y las formas de actuar en nombre de la verdad.

La vigilancia (registros y evaluación constante) crea un saber/poder acerca de las mejores formas de intervenir la realidad y configura la identidad de los profesionales (Foucault, 1979). El saber emanado de la vigilancia sobre sus objetos de intervención valida a los profesionales para intervenir, pero ahora se deben sumar a esto los registros y el control constante de un nuevo saber/poder que actúa modificando las acciones de los profesionales: la contabilidad y la gestión financiera en pro de la buena gestión y optimización de los recursos. Así las disciplinas emanadas de este proceso son el “punto de contacto” de las técnicas de poder propias de una lógica de gobierno neoliberal y las técnicas del yo. Los profesionales son un elemento clave para que esas técnicas se integren en estructuras de coerción.

El gobierno, sugiere Foucault, es un “punto de contacto” donde las técnicas de dominación —o poder— y las técnicas del yo “interactúan”, donde “las tecnologías de dominación del individuo actúa sobre él mismo y, en cambio [...] donde las técnicas del yo son integradas en estructuras de coerción. (Foucault 1980 en Barry, Osborne y Rose, 1996: 20)

El conocimiento apropiado por ciertos actores sociales genera la experticia y la técnica, que desde la perspectiva de las relaciones de poder, se relacionan

históricamente con la política, en tanto que juegan un rol esencial en las transformaciones sociales. Contienen la capacidad de dirigir la conducta de los individuos, aún cuando se quieran presentar como neutrales.

Lo que Foucault denominó “Conducción de la conducta”, entendida como acciones sobre las acciones de los individuos (Burchell, 1996) sirve para comprender las conexiones entre las formas de gobierno y las experticias o las técnicas, pero en un nivel local o de relaciones interpersonales. Así logran dar la continuidad entre políticas de gobierno y las formas expresadas en contextos “micro” como la familia, el colegio, los hospitales o los programas sociales.

Tales conocimientos y experticias así como sus consecuencias y las relaciones que establecen, deben ser examinadas en el marco de los asuntos de gobierno (Barry, Osborne y Rose, 1996), lo que llevará finalmente a la cuestión de “la política”, sus límites y lo que implican los cambios en esos límites. “Así, el saber incorporado al ejercicio práctico del poder mediante sus producciones tecnológicas, produce una serie de hibridaciones, tanto en los objetos de la ciencia como en los objetos del gobierno” (Rivero, 2005: 115).

Para un análisis de este tipo es necesario abandonar la dicotomía entre Estado y sociedad civil, que ha caracterizado algunas discusiones de la sociología y a la filosofía política reciente, y la idea que el presente es el resultado o la culminación de un proceso natural (Barry, Osborne y Rose, 1996). Sólo así se podrá entender qué supone la incorporación de las disciplinas en la toma de decisiones que antes fueron eminentemente políticas, es decir, cuáles son los efectos de la supuesta neutralidad de los expertos y de las técnicas.

Pero ellos hacen un complejo set de estrategias, utilizando y estableciendo los nuevos conocimientos positivos de la economía, la sociedad y el orden moral y los atan existiendo micro campos de poder en orden a juntar objetos gubernamentales con actividades y eventos lejanos en distancia y tiempo. (Rose, 1999: 18)

Podemos decir entonces, que para comprender la gubernamentalidad en esta época, debemos entender que desde las *racionalidades políticas* y las



*tecnologías de gobierno*, se ejerce un poder que genera una *realidad* como pensable, a partir de la cual se establecen parámetros sociales que direccionan las conductas de la población (y de nosotros mismos).

Foucault (1990) llama a esta clase de prácticas *técnicas del Yo* y se refiere a la articulación de temas relativos a la subjetividad y la moral que hacen posible el ejercicio del poder en el Estado moderno, por instauración de técnicas de autocontrol. Rose muestra cómo éstas han penetrado en el lenguaje, en el conocimiento, en la creación de espacios y en los repertorios de conductas entre los seres humanos, y explica cómo desde este discurso se perpetúa la gubernamentalidad por medio del “gobierno de sí mismo”.

Lo que se ha denominado “Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria” se puede entender como el resultado de ciertas mentalidades y tecnologías de gobierno con una marcada orientación neoliberal, que han configurado técnicas de autocontrol tanto para los sujetos de intervención como para los interventores. Es decir, han configurado un nuevo objeto de gobierno y los nuevos medios por los cuales ha de ser gobernado. En este nuevo escenario los profesionales de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria se encuentran en medio de las lógicas de gobierno neoliberal y las subjetividades deseables para los fines de gobierno.

Por otro lado, las racionalidades de gobierno son también el resultado de las “hibridaciones” producidas por las formas de conocer propias de la modernidad/colonialidad, en un contexto postcolonial. En este proceso, han jugado un rol central las disciplinas, y discursos científicos, tanto biomédicas como de las Ciencias Sociales, que han dado a conocer el funcionamiento normal y patológico de seres humanos y comunidades, y así han posibilitado su gobierno. Estas categorías serán un recurso crucial para aquellos responsables de gobernar a otros, ya que fijarán estándares de gobierno para cada uno en pos de alcanzar una forma de ser que es el ideal.

La categoría “sí mismo” ha sido naturalizada en los últimos años, principalmente por la psicología, y posibilita que los individuos utilicen los

marcos comprensivos propios de una disciplina para la comprensión de ellos mismos. A esto debemos agregar que la posibilidad de que un individuo le diga a otro cuáles deben ser los marcos interpretativos que debe utilizar para comprenderse, se debe entender por una subjetividad colonizadora (Dussel, 1992) que se atribuye la posibilidad de pensar al Otro, no como un igual, sino como algo problemático, que debe ser corregido, adecuado, mejorado, normalizado. Así se hace posible un cierto tipo de gubernamentalidad: el gobierno del alma.

Las distintas formas de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, derivadas de las múltiples escuelas, se pueden comprender entonces, como tecnologías aplicadas como dispositivos ambientales, que entregan formas de mirar los problemas de los individuos, pero que también los intervienen y los transforman. Esto ocurre en el marco de una relación de subordinación y dependencia, en la cual los profesionales cuentan con el saber/poder para decidir cuáles son los problemas del otro, y determinar cómo actuar para intervenirlos (Rose, 2007). La posibilidad de decir estas verdades en relación al Otro, se basa en que este saber/poder se presenta como neutral.

## Capítulo II

### Para mirar una realidad bio-psi-social: etnografía como artesanía

#### 2.1. Introducción

La perspectiva de gubernamentalidad, otorga un marco para la comprensión de los procesos de intervención social, que pone el foco en el cómo se ejerce el gobierno. Así, lleva la atención hacia las prácticas y permite un *insights* crítico en la revisión de las políticas (Mckee, 2009). Esta perspectiva ha sido útil para el análisis de prácticas de intervención social en diversos ámbitos, tales como educación (Ball, 1990; Morgan, 2005), reformas a los servicios públicos (Newman, 2001; Raco y Flint, 2001; Clarke et al., 2007), trabajo social (Baistow, 1994/95; Lewis, 2000), discapacidad (Jolly, 2003) e intervención en salud (Holmes y Gastaldo, 2002). Sin embargo, el tipo de acercamiento mayormente utilizado ha sido criticado por centrarse en evidencias que no dan cuenta de las relaciones en los espacios de intervención, es decir, en los micro-campos de poder.

La crítica apunta a que la mayoría de este tipo de estudios se centra en lo “discursivo”, entendido como lo que se opone a la realidad empírica, es decir, documentos que contienen las políticas y normas, o los discursos científicos, de manera que la política queda reducida a racionalidades de gobierno (Stenson, 2008). Esto reedifica la idea de poder como una totalidad omnipotente y dificulta la posibilidad de pensar la agencia humana. Finalmente, no da cuenta de qué hacen los sujetos, más allá de las ambiciones de quienes gobiernan.

El problema de tales propuestas es que no consideran que tanto los profesionales que intervienen, como los sujetos de intervención, pueden no adherir completamente al discurso político o científico. Esto se contrapone a la propuesta de Foucault acerca del poder, que es la que da pie a la noción misma de gubernamentalidad. Pero el problema no es sólo de coherencia

teórica, sino que tiene implicancias en las investigaciones, ya que no dan cuenta de cómo en el encuentro de los interventores con los sujetos de intervención, estos discursos se realizan, es decir, no muestran los procesos a través de los cuales, estos discursos son problematizados, adaptados, moldeados, e incluso modificados a fin de alinear los fines de gobierno con las subjetividades implicadas.

Otro problema que puede presentar este tipo de acercamientos, es que la perspectiva de gubernamentalidad se ha dado de la mano del desarrollo del Estado moderno occidental, específicamente en Europa, asumiendo dichos contextos. En este sentido, algunos autores han propuesto que categorías como “ciudadanía” y “sociedad civil”, no pueden ser aplicadas de igual forma en otros contextos postcoloniales (Chatterjee, 2004) y deben ser comprendidas en la forma en que son utilizadas en los diferentes escenarios. Estas categorías que han sido la base del Estado de bienestar, hoy en día son también centrales en el discurso de las responsabilidades personales y comunitarias en Chile, donde los sujetos no han disfrutado de un sistema estatal de seguridad social como el de los países europeos. Por lo tanto, los sujetos podrían no sentirse aludidos por tales categorías, de la misma forma en que se piensan desde Europa (Gupta y Sharma, 2006).

En el capítulo anterior, ya hemos esbozado el proceso de configuración de las racionalidades y tecnologías de gobierno en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Si bien esto es necesario para la comprensión desde una perspectiva de gubernamentalidad, no da cuenta de lo que ocurre en el micro-campo donde operan, ni cómo se conectan ahí las aspiraciones de gobierno con las subjetividades y las condiciones materiales. En el presente capítulo, presentaremos una propuesta de acercamiento etnográfico a estos espacios de micro-poder centrado en las prácticas, no entendidas como lo que se opone a los discursos, sino como el punto donde se conectan los discursos, las subjetividades y las materialidades para hacer realidad ciertas verdades.

Tomando aportes desde perspectivas críticas, proponemos un acercamiento etnográfico que sea crítico a las formas tradicionales de hacer etnografía, pero

que al mismo tiempo nos permita decir algo en relación a las prácticas que deseamos conocer.

## **2.2. ¿Cómo mirar una realidad terapéutica, clínica y social?**

Desde una perspectiva de gubernamentalidad, podemos comprender que el surgimiento de toda disciplina científica está intrínsecamente ligada a un nuevo asunto en términos de gobierno. Esto porque cuando hay algún asunto que se quiere gobernar, se necesita que éste sea limitado para hacerlo manejable. Así como para el gobierno de la población se hizo necesario el surgimiento de la estadística, las nuevas formas de gubernamentalidad harían necesaria la aparición de otras formas de conocer. Se entiende, por lo tanto, que la gubernamentalidad es una marca presente en todos los campos de la ciencia moderna y que ésta es a su vez un conocimiento/poder.

Nicolás Rose en su libro *Powers of Freedom* (1999) desarrolla una comprensión de lo que son y de cómo operan las disciplinas científicas en tanto formas de gubernamentalidad. Señala que las disciplinas científicas han permitido delimitar aspectos de gobierno al hacerlos conocibles en la medida que los crean para la sociedad en su conjunto. De este modo, también producen una intersubjetividad que hace posible el gobierno de aquello que crean. En esto jugaría un papel fundamental el lenguaje, que permite los actos de gobierno, al crear la intersubjetividad necesaria.

El gobierno de una población, una economía nacional, una empresa, una familia, un niño o sobre uno mismo es posible sólo a través de los mecanismos discursivos que representan el dominio a ser gobernado como un campo inteligible con límites específicos y particulares características y cuyas partes sean ligadas. (Rose, 1999: 33)

También, hemos planteado que desde la propuesta de Foucault, podemos entender que la enfermedad mental y el paciente psiquiátrico son posibles por las acciones combinadas que se dan en la práctica del encierro de los locos. O en otras palabras, lo que terminó por constituir a la enfermedad mental como un objeto de conocimiento y de gobierno, y posibilitó la institución psiquiátrica

fue la mirada perfeccionada sobre los sujetos, a través de la clasificación, la vigilancia, el registro y la supervisión.

Nos interesa remarcar que este proceso fue habilitado por una forma particular que adopta el conocimiento médico: la mirada clínica. Ésta fue la que permitió un desplazamiento de la locura hacia el espacio de la enfermedad y, por tanto, la configuración de la “enfermedad mental”. Lo relevante de este desplazamiento para la propuesta que presentamos es que la forma que adopta el conocimiento médico es posible por un cambio en la experiencia de conocer. La mirada clínica crea una relación entre lo visible (los cuerpos) y lo enunciable (la enfermedad) al “dar a ver al decir lo que ve” (Foucault, 1991: 270). Por tanto, es el cambio en la experiencia del conocer (en la mirada) lo que hace visible la enfermedad; legible, abierta al lenguaje y a la mirada y por tanto, objeto de conocimiento y de gobierno.

Esto tiene consecuencias ontológicas y epistemológicas para la constitución de las ciencias del hombre: la medicina, con la posibilidad de percibir y de decir la enfermedad, ha generado un cambio en la estructura fundamental de la experiencia que hace posible hacer del ser humano objeto de saber positivo, e inaugura la posibilidad de que el sujeto sea a la vez objeto, propio del pensamiento positivista.

La vieja ley aristotélica, que prohibía sobre el individuo el discurso científico, ha sido apartada cuando, en el lenguaje, la muerte ha encontrado el lugar de su concepto: el espacio ha abierto entonces a la mirada la forma diferenciada del individuo. (ibíd.: 236)

La psiquiatría, como disciplina, se consolida como especialidad médica con el reconocimiento universitario, y hace de la enfermedad mental un hecho positivo, objeto de su ciencia objetiva. Así se justificará a la institución del manicomio como forma de tratamiento de los locos.

Pero tal como hemos propuesto en el capítulo anterior, la lógica de la psiquiatría se reconfigura bajo nuevas tecnologías de gobierno y tecnologías del yo, y desde “la enfermedad mental”, se da paso a un nuevo objeto de

conocimiento y de gobierno: “la Salud Mental”. Este cambio puede ser interpretado como la extensión o perfeccionamiento de los mecanismos disciplinarios del manicomio, que ahora se desligan de la institución y se esparcen por toda la amplitud del campo social (Deleuze, 1992).

Las acciones sobre este nuevo objeto (la Salud Mental), se pueden ver como tecnologías aplicadas, ya no en el encierro ni en lugares institucionales específicos de poder, sino como dispositivos ambientales, en un nuevo espacio de gobierno que se puede ubicar en la *interfase* entre el poder central y la ciudadanía. Este es el espacio que habitan los interventores en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

Estos interventores se han configurado como una nueva disciplina al delimitar un nuevo objeto de conocimiento y de intervención: son los profesionales y técnicos de la Salud Mental, quienes cuentan con el saber/poder para decidir cuáles son los problemas de otros, y determinar cómo actuar para intervenirlos. Este saber ya no radica sólo en el conocimiento biomédico o clínico, sino que también en el conocimiento de lo social. Así, el conocimiento del sujeto biopsicosocial otorga la experticia a profesionales y técnicos para implementar acciones que tendrán repercusiones en las vidas de otros. Pero para que estas acciones lleguen a ser realidad, y por tanto se validen los aspectos que las justifican, los sujetos de intervención han debido acceder a que sus vidas entren en el terreno de este nuevo conocimiento experto.

Para comprender los procesos de reconfiguración del objeto de conocimiento y de gobierno, denominado Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, hemos tomado lo planteado por Rose (2007a) en relación a las tecnologías terapéuticas. El autor propone entender a éstas como dispositivos ambientales, que proporcionan, no sólo una explicación de los problemas a los encargados de intervenir, sino que también entregan a los sujetos de intervención, maneras de aproximarse a su propio malestar, e intervenirlo. Esto ocurre, sin embargo, en una situación de desigualdad, en la cual unos (los interventores) pueden reestructurar los significados a través de los cuales los otros (los sujetos de intervención) dan sentido a sus acciones.

En lugar de ver las prácticas actuales de psicoterapia como una “aplicación” o “desaplicación” de la teoría terapéutica, mi punto de partida es contemplar la realidad de las prácticas terapéuticas actualmente existentes tal y como funcionan. La cuestión que hay que resolver sería, por tanto, cómo los conceptos, las teorías, las explicaciones de las diferentes escuelas terapéuticas hacen posibles estas prácticas y cómo operan en su interior. (Rose, 2007a: 103)

Según el autor, la situación terapéutica sería donde se crean los hechos positivos que validan la intervención, al hacerlos visibles (posibles de describir) para las dos partes: terapeuta y paciente. Entonces, así como la clínica hizo posible la enfermedad, las terapias hacen posible la subjetividad normal y patológica. Es ahí donde se legitima la autoridad científica, al conectarse con las subjetividades, haciendo de los signos de anormalidad, nuevos hechos positivos, que sean “reconocible para cada uno de nosotros como un término común de descripción de personas y relaciones” (Rose, 1999: 255-256).

La propuesta de Rose (2007a) es coherente con la crítica a los estudios de gubernamentalidad que hemos mencionado en la introducción al capítulo, pues se centra en acercamientos etnográficos como la forma más apropiada para mirar cómo se generan estos hechos en el momento en que se están generando, y no en el análisis de documentos o de discursos. Él sugiere mirar las prácticas terapéuticas tal como se ha hecho en los últimos años, al tratar de comprender cómo la ciencia hace reales ciertos fenómenos que antes no existían: “En este sentido creo que las situaciones terapéuticas se parecen a los laboratorios, pues provocan la aparición de ciertos fenómenos” (2007a: 121).

Pero esta propuesta de Rose es para observar las situaciones terapéuticas, es decir, para comprender cómo en el encuentro entre el terapeuta y el paciente, se moldean las subjetividades. En el caso de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria en Chile, lo que se puede considerar como dispositivos ambientales, no sólo contiene la lógica terapéutica, es decir, no sólo operan por la intervención directa de un terapeuta sobre un sujeto, sino que conjugan también la clínica y la intervención social.



La clínica y las terapias actúan por un mecanismo similar: dar a ver al decir. La diferencia es que en la clínica quien nombra es el sujeto, y el objeto a nombrar es el cuerpo del otro, mientras que en las terapias quien nombra, y quien es nombrado, coinciden; ambos participan del acto de nombrar. Pero en el caso del plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría chileno, como ya hemos mencionado, el sistema de priorización de los problemas en salud se hace a partir del diagnóstico clínico. Es éste el que determinará por protocolo, todo el set de estrategias a seguir. Es decir, las acciones que deberán realizar los profesionales estarán dadas por el acto de nombrar que realiza un sujeto (el médico) sobre un objeto (el cuerpo de otro). Dentro de estas acciones se encuentran diferentes formas de terapia, es decir, instancias en las cuales ese diagnóstico clínico sea transformado en un hecho que sea visible para el terapeuta y para el objeto, ahora sujeto de intervención. Además, se espera que ese sujeto/objeto de intervención luego se involucre activamente en las soluciones a sus problemas en pro del logro de condiciones más a fines con el modelo de desarrollo.

La pregunta que surge es: ¿qué pasa cuando, desde un diagnóstico impuesto, se determinan las acciones psicosociales a realizar, que deben, ahora sí, contar con la participación activa del “paciente”?

Luego para definir una metodología de investigación la pregunta sería ¿qué debemos mirar en las prácticas de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria para explicarnos cómo funcionan? Está claro que no basta con mirar las situaciones terapéuticas, es decir, ese momento de encuentro entre un terapeuta y un sujeto ni tampoco con mirar las prácticas clínicas, es decir, cómo se da a ver al decir. Más bien, habría que pensar en una mirada que apunte a ese intermedio en el cual, el diagnóstico, o lo que dice un médico, se transforma en intervenciones psicosociales, que requieren de la participación de los sujetos y de los grupos. En concreto, cómo a partir del momento en que un médico dice “aquí hay una enfermedad psiquiátrica”, se llega a articular todo un entramado de relaciones que configurarán una intervención psicosocial y que incorpora medicamentos, encuentros en espacios terapéuticos, visitas al domicilio o al

trabajo, entrevistas con familiares, reuniones de profesionales, por nombrar algunos.

Acogiendo la propuesta de Rose (2007a) comprenderemos que la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria forma parte de una situación en la cual, se provoca la aparición de ciertos fenómenos. También acogemos la propuesta de mirar estas situaciones como lo han hecho estudios sociales de la ciencia, es decir, mirando cómo aparecen estos fenómenos en el momento en que se generan. En este contexto, es que toma relevancia, como método, una aproximación etnográfica a los espacios de intervención de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Sin embargo, creemos necesario especificar qué tipo de acercamiento etnográfico será el que utilizaremos para el logro de nuestros objetivos. A continuación haremos un breve recorrido para explicar a qué nos referimos cuando hablamos de un acercamiento etnográfico.

La etnografía se ha descrito como un método de investigación cualitativa que básicamente consistiría en la inmersión del investigador (el etnógrafo) en un determinado contexto cultural, a fin de poder dar cuenta de él. Las formas en las cuales se han llevado a cabo las etnografías desde sus inicios hasta la actualidad, han variado tanto en la forma de recolección de la información, como en la forma de dar cuenta, según los diferentes momentos de la tradición etnográfica. Éstos, a su vez, se relacionan con los diferentes supuestos base de las investigaciones.

En la actualidad el término “etnografía” se puede utilizar de un modo amplio para hacer referencia “a un método concreto o a un conjunto de métodos” (Hammersley y Atkinson 1983), que se aglutinaron en principio, en torno a la tradición disciplinar de la antropología y que en la actualidad también son utilizados en casi todas las Ciencias Sociales con la intención de ofrecer una aproximación a una determinada realidad sociocultural y una integración de lo observado en un determinado corpus.

Por su amplitud, el método etnográfico permite una aproximación flexible al inagotable campo de lo cotidiano. Si bien es cierto que lo que se denomina

etnografía puede ser muy extenso, esto favorece un acercamiento al objeto de estudio desde diferentes perspectivas. El investigador entra en espacios de encuentro con personas y objetos, y así acceder a contextos en los cuales es posible captar la emergencia de los significados que ahí se construyen, mantienen y transforman. Por lo anterior nos interesan las posibilidades que nos ofrece el método etnográfico. Proponemos utilizar algunos elementos de éste a fin de elaborar una propuesta de acercamiento a nuestro ámbito de investigación.

¿Qué tipo de acercamiento etnográfico proponemos? Antes de poder clarificar esto, señalaremos algunos elementos que nos ayuden a establecer los supuestos sobre los cuales se elabora nuestra propuesta de acercamiento. Tales supuestos, se relacionan con un cambio en las formas tradicionales que se han utilizado para la comprensión de lo social, en específico, lo referente a la noción de “institución”. Esto no es casual, sino que se conecta con lo que hemos explicado en el capítulo anterior: lo que se ha denominado hoy en día Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile pretende alejarse de lo que fue la institución psiquiátrica. No se da en un espacio cerrado y la disciplina ya no es el medio de control. El espacio que antes ocupó el hospital psiquiátrico, ahora debe ser reemplazado por una red de servicios por la cual puedan transitar los usuarios. Se comienza a configurar así, una organización, que responde a una nueva forma de concebir el objeto de intervención. Las transformaciones del objeto de gobierno conllevan, como ya hemos visto, a una transformación de las mentalidades de gobierno, y a su vez, implican una transformación del espacio de gobierno. Es en este nuevo espacio, donde se pretende que desaparezca el espacio institucional, para dar paso a una red de servicios.

Tales transformaciones parecen desdibujar las jerarquías y la centralización del Estado tradicional. Desaparece una institución centralizada que homogeniza a todos los individuos, para dar paso a una variedad de dispositivos que componen la red de servicios. Sin embargo, sus características variadas, y las formas de relacionarse, están definidas por un poder central, aún cuando éste no pretende controlar todos los aspectos.

Para una mejor comprensión de los nuevos escenarios donde ocurre la intervención en Salud Mental y Psiquiatría, creemos pertinente las nociones de segmentaridad molar y molecular propuesta por Deleuze y Guattari (2006). Ambas no sólo se distinguen por una cuestión de escala, sino que también por sus sistemas de referencia. Para explicar estos conceptos, tomaremos uno de los ejemplos que utilizan estos autores: la clase social y la masa. La primera, tiene como sistema de referencia la línea y el segmento, mientras que la segunda no. La noción de masa sería más bien del tipo molecular, es decir, su sistema de referencia “se acerca más al flujo entre diferentes segmentos, que procede por un tipo de segmentación irreducible a la segmentaridad molar de clase” (ibíd.: 218). Ambas segmentaridades, sin embargo, son complementarias. Las clases sociales están talladas y se cristalizan en la masa. Por su parte, la masa hace referencia a adaptaciones y conversiones que se efectúan entre las líneas que trazan las clases sociales.

Siguiendo a estos autores, podemos entender el nuevo espacio de gobierno de la Salud Mental como una serie de segmentaciones molares, que delimita diferentes servicios, diferentes niveles de atención, diferentes territorios y diferentes planes de intervención, según las necesidades de cada sujetos. Al mismo tiempo, podemos entenderlo como una serie de segmentos moleculares, irreducibles a las segmentaciones molares. En este escenario, los flujos no son atribuibles a individuos, ni las representaciones atribuibles a grupos, por lo tanto, la diferencia entre lo molar y molecular no se corresponde con la diferencia entre lo social y lo individual (o interindividual).

El Estado se entiende como *agenciamiento de una máquina de sobrecodificación*. El aparato de Estado tiende a identificarse con esta máquina, pero no es la máquina. Es decir, el Estado se entiende como aquello que funciona codificando y sobrecodificando en base a un sistema de referencia de líneas y segmentos, más que como una entidad, un grupo o individuos homogéneos. Tales segmentos resultantes, aún cuando no son homogéneos, resuenan al unísono como centros de poder.

Por un lado, hay una máquina abstracta de sobrecodificación, que define una segmentaridad dura, una macrosegmentaridad, puesto que produce o más bien reproduce los segmentos, oponiéndolos de dos en dos, haciendo resonar todos los centros, y extendiendo un espacio homogéneo, divisible, estriado en todos sus sentidos. Este tipo de máquina abstracta remite al aparato de Estado. (Deleuze y Guattari, 2006: 227)

La macrosegmentaridad, que codifica dispositivos de salud, niveles de atención, planes de salud, territorios, etc. está tallada y se cristaliza en una segmentaridad molecular que no puede reducirse a ellos. Esta, si se mira con detalle, está hecha de reagrupaciones y fugas constantes. Al incorporar lo molecular, hay un desplazamiento de lo que Foucault explicó en relación al orden de la institución. Éste se caracteriza por los procesos de inscripción en la materialidad sobre la que operan los dispositivos de poder. Tal materialidad posible de inscripción, es sólida, no fluida. La acción sobre la materialidad de los cuerpos en la sociedad disciplinar busca efectos duraderos en el tiempo y en el espacio.

Serres (1994) incorpora un nuevo elemento entre la materialidad líquida y la sólida: un material intermedio al que hace alusión utilizando metáforas como la tela, el tejido, o el papel flexible. Luego, Tirado y Doménech (2006) toman esta idea de Serres para proponer la emergencia de nuevas formas de lo social que han denominado *extitución*. Estas formas se caracterizan por romper la dualidad clásica entre el adentro y el afuera del espacio institucional, y asientan un nuevo tipo de materialidad que ya no son los sólidos ni los tejidos, sino flujos de información. En cierta forma, como veremos más adelante, la noción de extitución puede abrirnos al espacio que es el que habitan los interventores de la Salud Mental, tanto en la dimensión molar, como en la molecular. Un espacio que se aleja del esquema del encierro institucional. Para su comprensión, creemos necesario un acercamiento algo diferente del que tradicionalmente se ha utilizado para acceder a las instituciones y acogemos lo propuesto por estos autores que implica una nueva forma de comprender y acceder a la realidad que deseamos conocer. Las extituciones “no son algo cerrado sino abierto, no son algo que se pueda habitar, sino más bien algo por donde se ronda” (Tirado y Mora, 2004: 168).

A continuación presentamos las diferentes ideas que nos han ayudado a esclarecer los supuestos sobre los cuales proponemos un acercamiento etnográfico a las prácticas en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile.

### **2.3. Realidad como ficción, ficción como realidad, etnografía como artesanía**

Nuestro punto de partida serán los estudios sociales de la ciencia, como el ámbito donde se han hecho propuestas para una forma de mirar cómo se generan realidades en los ámbitos científicos y técnicos.

En las últimas décadas, los estudios sociales de la Ciencia han generado una nueva forma de comprender cómo se produce la realidad a partir de la práctica científica en los laboratorios. Desde miradas historicistas de la Ciencia (como la de Kuhn, 2005 [1969]), se ha pasado a miradas etnográficas, que han pretendido comprender qué ocurre en el momento en que se genera un hecho científico. Esto ha dado pie a una reformulación de la idea misma de realidad.

Latour (2001) propone que la Ciencia construye representaciones del mundo que parecen alejarlo, pero que de forma paradójica, también lo aproximan hasta un primer plano y lo ponen al alcance de la mano. Esto se logra al generar referentes del discurso que, en un acto de economía, representan una amplitud que de otra forma sería difícil de aprehender, pero que al mismo tiempo, garantizan su legitimidad porque se generan en la experiencia con algo de lo que se busca poner al alcance de la mano.

Pero, ¿qué es lo que se conserva de las cosas en los referentes científicos? Para Latour, responder a esta pregunta significa comprender por qué el científico obtiene de sus datos más que de la experiencia directa con la realidad que estudia. Si queremos seguir sus pasos para comprender cómo operan las prácticas de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, hemos de seguir su camino para responder a esta interrogante, y luego plantearnos en qué medida esto nos sirve para una comprensión de las

actuales formas que están emergiendo de percibir y decir la enfermedad/salud mental, y cómo éstas influyen en los procesos de objetivación /subjetivación de los individuos.

Esta consideración de los aportes de los estudios sociales de la Ciencia, no pretende ser una teoría más sino una forma distinta de comprender la producción de la realidad.

A partir de la figura de Jagannath, Latour (2001) hace una lectura de los actos iconoclastas propuestos por el socioconstruccionismo, como la “desarticulación de un modo de argumentar y de actuar que solía ser condición de posibilidad de la acción y la argumentación” (ibíd.: 324). Esto, porque ponen en un fetiche, tanto la fuente del poder para los que creen en él, como la posibilidad de invertir y deificar la objetividad, con lo cual el fetiche aumenta su fuerza en manos del antifetichistas.

En otras palabras, la ciencia social, al examinar a la ciencia moderna como lo ha hecho, habría dado origen a una idea bastante poco novedosa en la forma: el saber/poder engaña y manipula a ingenuos creyentes. Es decir, la realidad que la ciencia “construye” como dispositivo de saber/poder, no tiene ningún sustento en la naturaleza, pero, sin embargo, quiere hacer creer que si lo tiene para validarse como verdad. Según Latour, con este tipo de planteamientos se ha llegado a la fórmula para escapar de este engaño y ser libre. Dicha fórmula sería propiedad de los socioconstruccionistas: ver y mostrar a los incautos lo que ellos no pueden ver, es decir, el origen social de lo que se propone como natural en aquello que hace creer la ciencia.

Esta misma lógica, se puede ver en los primeros antipsiquiatras. Las primeras formulaciones de lo que luego se conoció como la antipsiquiatría dieron pie a la idea que, con el fin de mantener su estatus, la psiquiatría nos había engañado, haciendo aparecer a la enfermedad mental como un hecho natural, es decir, con una base orgánica. Y ¿cuál era la fórmula propuesta para escapar de este engaño? Mostrar que el origen de la enfermedad mental era social y no natural. Luego, lo que se ha denominado “construccionismo social” propondrá la de-

construcción de la enfermedad mental (socialmente construida), como la vía de escape al engaño.

Hacking (1999) propone que la amplia gama de investigación que se identifica como parte del socioconstruccionismo se puede interpretar bajo una misma lógica. Ésta consiste en plantear que si algo es socialmente construido, no es necesario que sea como es, ya que no está determinado por la naturaleza. Además distingue un segundo nivel en este tipo de planteamientos que sería el siguiente: si algo está socialmente construido y por lo tanto, no es necesario que sea como es, luego, si ese algo es malo, sería mejor que no existiera o que fuese diferente.

A diferencia de esto Latour propone que no hay contradicción en pensar el papel activo que juegan los humanos en la generación de los “hechos” que luego serán verdad, porque lo que hace que algo sea verdad es justamente la capacidad de los humanos de hacer un montaje que convenza a la Academia y a la sociedad en su conjunto. La figura del “experimento” es justamente el lugar en el que esa contradicción se escenifica y se resuelve, no como un engaño, sino como la propia generación de la realidad.

Bajo la lógica tradicional del pensamiento científico, la validez de una explicación depende de su referencia a una realidad que es independiente de lo que haga el observador, es decir, el científico. Por eso, éste negará su participación en la constitución de los hechos. Si entendemos que lo que hace la ciencia es justamente articular un mecanismo generativo de fenómenos a explicar y que la explicación genera lo explicado, podemos entender la realidad científica no como algo que es, sino como una proposición explicativa (Maturana, 1993).

Como ejemplo de esto, Latour hace una lectura de la historia de Pasteur y su fermento del ácido láctico. En los escritos de Pasteur, Latour muestra lo que puede aparecer como sentidos opuestos de la palabra “hechos” ya que se puede leer tanto como haciendo referencia a algo construido, o a algo dado. A partir de esto Latour ilustra que no hay contradicción en verdad, si se entiende



que un experimento lo que hace, es justamente crear dos planos de referencia y trasladar la acción de uno al otro: el plano de referencia del narrador, o sea el científico, que es inicialmente activo, y el plano de referencia del no humano al que es trasladada la acción.

Pasteur ejecuta una serie de acciones; monta un escenario en el cual la levadura pueda actuar por su cuenta, es decir, donde pueda volverse autónoma. ¿Está Pasteur fabricando la entidad o es la entidad la que está modificando a Pasteur y su comprensión de las cosas? Esta pregunta, más allá de un problema filosófico, para Latour es la cuestión que hace zozobrar o mantenerse a flote a los científicos y a la ciencia. Si ignoramos el trabajo que hace Pasteur, caemos en el realismo ingenuo, pero si ignoramos la actividad autónoma del ácido láctico caemos en el abismo del construccionismo social. El experimento es justamente el evento donde esta contradicción se escenifica y se resuelve.

Desde la idea de representación, se supone que hay una realidad “allá afuera” y un sujeto que la conoce. Desde la lógica de la realidad socialmente construida, se supone que el lenguaje (o el discurso) es la realidad a conocer. En el primer caso, la naturaleza es la fuente de las explicaciones y lo que se ha de explicar. En el segundo, el lenguaje es la fuente de las explicaciones y lo que se ha de explicar. Latour propone explicar la generación de la realidad, pero sin partir de una realidad (natural o social) que sea la fuente de tal explicación. En otras palabras, para conocer hay que creer; las certezas no son conocimientos, sino que son la base sobre la cual se construye conocimiento.

En esta misma línea, Humberto Maturana, propone que tanto el fenómeno por explicar, así como la explicación son propuestos por un observador, que en la modernidad occidental, surge en la praxis de vivir en el lenguaje. Esta praxis de vivir en el lenguaje es una experiencia que es anterior a cualquier explicación o reflexión. Las explicaciones son experiencias en relación a otras experiencias, pero una explicación no reemplaza a la experiencia. Las experiencias surgen entonces a partir de lo que él denomina *punto ciego* (Maturana y Varela, 1984: 9), es decir, surgen desde aquello que no podemos ver, porque es justamente

lo que nos permite ver, y por eso las vivimos como provenientes de ninguna parte y por lo tanto, no necesitan de una explicación.

Lo que ocurre en el laboratorio o en los lugares de producción de la realidad científica, es justamente que a través de las acciones de los científicos, se transforma la realidad, o los fenómenos, pero no como aquello que está allá afuera, en el lenguaje o en el discurso, sino que como “lo que circula a lo largo de las cadenas de transformación reversible, perdiendo propiedades en cada etapa y ganando otras que los hacen compatibles con los centros de cálculo establecidos” (Latour, 2001: 90), y esto no necesita de explicaciones acerca de qué es la realidad.

Entendiendo que el laboratorio, o todos aquellos lugares de producción de la realidad científica, son espacios donde se lleva a cabo la experimentación, con el fin de producir hechos, cabe preguntarse ¿cuáles son estos espacios?, ¿qué hace de un lugar un laboratorio? Tirado y Mora (2004) rescatan la propuesta de Shapin y Shaffer (1985) acerca del debate que habría acompañado al surgimiento de los espacios de experimentación. Este debate acerca de la naturaleza pública o privada del laboratorio lleva a estos autores a concluir que el laboratorio es el lugar donde varios experimentadores pueden ver lo mismo. Para que esto pueda ser así, es necesario que sea un lugar público, donde varios experimentadores puedan acceder, pero al mismo tiempo, es necesario que no cualquiera pueda acceder. “¿Cuál es, por lo tanto, la conclusión que Shapin y Shaffer extraen del debate entre Hobbes y Boyle? Muy sencilla. Desde su punto de vista, la estructura naciente del laboratorio delimita un espacio público con acceso restringido” (Tirado y Mora, 2004: 170).

Esto hace del laboratorio algo que escapa a la definición de institución disciplinar propuesta por Foucault: no está necesariamente ligado a un espacio cerrado, sino que más bien, se refiere a una comunidad de miembros que se pueden y deben distribuir en diferentes espacios y tiempos para poder producir conocimiento. De hecho, si esta comunidad se encierra pierde su capacidad para producir hechos científicos; un experimento sólo genera una realidad en la

medida en que es comunicado y repetido fuera del espacio y tiempo en que se originó.

Desde esta perspectiva, tomando la noción propuesta por Serrés (1994), Tirado y Mora proponen que el laboratorio sería una *extitución*, es decir, un espacio virtual, que describe el ensamblaje de elementos heterogéneos que prefiguran un colectivo. La extitución, como una nueva forma de comprender lo social, conlleva a una diferencia en relación a las formas tradicionales que se han utilizado para acceder a lo que ocurre en una realidad social entendida desde la noción de institución: en la extitución es necesario un planteamiento topológico, que permita ver lo que se ronda, más que lo que se habita.

Más adelante en este capítulo explicaremos cómo hemos acogido tal planteamiento topológico para comprender las prácticas en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Antes, haremos algunas distinciones acerca de cómo y en qué medida entenderemos la realidad que deseamos conocer, como un laboratorio, o en otras palabras, como un lugar de generación de realidad, teniendo en cuenta que los hechos que ahí se producen se relacionan con las subjetividades.

Hacking (1999) también plantea que la acción humana no está reñida con la realidad, sino por el contrario, la constituye. En cuanto a los objetos plantea que algunos, si bien están en el mundo, necesitan de prácticas humanas para existir. Pero a diferencia de Latour, Hacking cree en la independencia entre lo social y lo natural. Para él las personas son autoconcientes y agentes morales, lo que hace una diferencia entre las Ciencias Naturales y las ciencias que incorporan lo que ha denominado como “clases humanas”.<sup>29</sup> Los hechos científicos de las Ciencias Naturales son descubrimientos de cosas y tienen una historia, pero ésta no introduce cambios a los hechos científicos. Por el contrario, en las ciencias que involucran clases humanas la historia de los descubrimientos puede cambiar los hechos científicos.

---

<sup>29</sup>Se refiere a clases de personas, clases de acción humanas y diversas formas de conducta humana que se caracterizan por tener “efectos sobre la gente clasificada, pero también la gente clasificada puede hacerse dueña de la situación” (p. 103).

Sin embargo, Hacking comparte con Latour la crítica al contruccionismo social como una corriente que sólo releva las interacciones sociales en la historia de los descubrimientos y termina proponiendo que éstas fueron lo que llevó a, estuvo involucrado en, o fue la causas de hechos o del nacimiento de una entidad que hoy existe. También comparte con Latour la crítica al cuestionamiento iconoclasta porque se inserta en la dicotomía entre apariencia y realidad propia de la ciencia que dice criticar.

La crítica de Latour a las definiciones habituales de construcción que se aplican desde la filosofía, apunta exclusivamente a cómo se han utilizado para comprender lo que hacen los científicos en el laboratorio, y no pretende ser una postura filosófica o epistemológica.

Compartimos la idea de que en un acto científico “siempre se *ponen en juego* los mismo elementos antes y después”, asumiendo actores y factores constantes en vez de pensar que “en todo experimento siempre hay más de lo que en un principio se puso en él” (p. 151). Tal crítica también es aplicable para la comprensión de lo que ocurre en una intervención de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

Lo que hacen los profesionales que conforman equipos y que intervienen a sujetos, también se puede interpretar como una actuación. Hay un “tras bambalinas” donde se articulan acciones pensadas en el momento en que se está en frente de los sujetos de intervención (Goffman, 1972) y sin duda podemos decir que esta actuación es necesaria para la existencia de los hechos que validan las intervenciones. Los profesionales montan escenarios y actúan en equipo generando nuevas realidades e invisibilizan estas acciones para trasladar la acción al sujeto/objeto de sus intervenciones.

Por otra parte, la idea de distancia del objeto, que hace necesaria la extracción de referentes para aprehender hechos positivos (Latour, 2001), también se puede utilizar para comprender la forma en que se generan realidades en relación a los sujetos de intervención, una vez que la clínica ha dado la

posibilidad de hacer de los sujetos, objetos de conocimiento y de intervención. Así como los científicos extraen referentes de la naturaleza, los profesionales lo hacen de su sujeto/objeto de intervención; confeccionan pautas de entrevistas, tabulan datos, hacen estadísticas, todo para extraer un referente desde la experiencia con su sujeto/objeto de intervención, que les traiga a la mano al individuo sobre el cual recaen sus acciones. Sin embargo, más que comprender los efectos de estas actuaciones como una ficción frente a un público, lo que proponemos es descifrar cómo las acciones de estos profesionales transforman la realidad al hacer de los sujetos un referente distante y posible de aprehender y, a partir de esto, responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué hacen los integrantes de los equipos de Salud Mental y Psiquiatría para hacer que actúen los usuarios y qué se genera con esas actuaciones?
- ¿Qué nuevos interventores se generan con cada nuevo descubrimiento?
- ¿Qué ocurre en la trastienda de la lejanía de usuarios versus su cercanía?
- ¿Qué ganan y qué pierden los profesionales en la cercanía y lejanía con los usuarios?
- ¿Qué cadena de hechos reversibles une o articula las entidades que surgen en los equipos de Salud Mental y Psiquiatría?
- ¿Cuán largas y estables son?
- ¿Qué entidades yacen bajo las nuevas que emergen?

A través de un acercamiento de tipo etnográfico a las prácticas en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, pretendemos brindar una respuesta a estas preguntas, entendiendo, que en este caso, donde se involucran “clases humanas” (Hacking, 1999), la metáfora de la construcción no es sinónimo de un engaño, sino que implica una elaboración artesanal que se hace a partir de la unión de partes que se ensamblan en partes mayores: como una cadena de sucesos que tiene una historia: cada paso se apoya en el previo y en conjunto forman técnicas e instituciones.

Esto también se aplica a nuestra propia acción de construcción de conocimiento. Si queremos utilizar un acercamiento de tipo etnográfico, no podemos olvidar que la Etnografía como método, surge con la validación de la

Antropología como ciencia. Esta validación se produjo en el contexto del racionalismo científico y, por lo tanto, el método etnográfico clásico, debió adoptar los supuestos de objetividad de la ciencia moderna. Esto se tradujo en que el antropólogo desapareció como sujeto que intenta comprender lo que ve y se transformó en un instrumento que se limitaba a describir lo que veía. El resultado era un relato en tercera persona que se presentaba como libre de la contaminación de la subjetividad del etnógrafo, a fin de lograr un efecto de objetividad e imparcialidad.

Muchas de las críticas al método etnográfico tradicional en la actualidad, apuntan a que los relatos ocultan a la persona que investiga, su posición y su corporalidad, y produce un relato único, acabado, autocontenido para hacerlo autorizado. Esto “deslocaliza” al investigador/a, lo cual además, como veremos más adelante, tiene implicancias en la mantención de una lógica colonial.

Otro supuesto de base del método etnográfico clásico tiene que ver con la lógica de tiempo lineal y de causalidad unidireccional. En sus formas clásicas, el método etnográfico se presentó como una secuencia lineal de pasos, que de seguirse, llevan a un único resultado posible. La investigación comienza con el planteamiento de un problema (lo que Malinowski denominó “problemas preliminares”). Luego, a partir de él, se debe realizar un proceso de documentación bibliográfica que nos permita reunir antecedentes para acotar, delimitar y/o transformar el problema inicial en preguntas teóricas. Sólo después de estos pasos podremos “entrar al campo”, a fin de extraer información, y sólo después de esto podremos hacer un proceso de selección, clasificación y análisis, a fin de dar respuesta a nuestras preguntas (Hammersley y Atkinson, 1983).

La delimitación de un “trabajo de campo” versus un “trabajo de despacho”, propia de la tradición etnográfica, hace alusión a dos momentos en el proceso de investigación, que ha sido criticada porque se basa en la delimitación de “un campo” al que el etnógrafo entra y del que luego sale. Las críticas apuntan a que con esta delimitación, se genera un arbitrario exceso de diferencia entre el etnógrafo y lo que él ha delimitado como ámbito a estudiar. Esta diferencia

exagerada se mantiene por la idea de que el etnógrafo puede abarcar, describir y teorizar una realidad social y cultural (Marcus, 1994), sin modificar su posición, y sin que su posición influya en lo que ha delimitado como campo.

Concordamos con estas críticas al método etnográfico clásico, y no creemos en las ideas de neutralidad y objetividad, propias del positivismo, en donde el etnógrafo sólo se limita a representar la realidad que está ahí afuera, independiente de él (Marcus y Cushman, 1996 [1982]). Sin embargo, no es nuestra intención realizar un acto “iconoclasta”, que desarticule las formulaciones explicativas propias de la tradición etnográfica, porque sería poner en éstas, tanto su posibilidad de representación de la realidad, como la posibilidad de invertir y deificar la objetividad. Es decir, sería no reconocer que tales formulaciones explicativas, como todas, surgen de una experiencia.

Entendemos que la distinción de diferentes momentos de la investigación nos permite una explicación del relato etnográfico como una elaboración artesanal a partir de la unión de partes que se ensamblan en partes mayores. Asimismo, la delimitación de “trabajo de campo” versus un “trabajo de despacho”, que es posible por la idea de que la diferencia del otro puede ser abarcada, descrita y teorizada, tiene sentido como el medio por el cual se crean dos planos de referencia y se traslada la acción de uno al otro. El plano de referencia del narrador (nosotros), y que puede ser visto inicialmente como el plano activo y el plano de referencia del “campo” al que se trasladada la acción.

Por lo tanto, si bien no creemos que nuestro proceso de investigación sea una secuencia lineal de pasos lógicos, sí creemos que podemos explicarlo de esa forma. Y aún cuando no creemos que exista objetivamente algo que podamos delimitar como “trabajo de campo” y “trabajo de despacho”, sí creemos poder explicar nuestro proceso de investigación en esos términos, a fin de traer a la mano una realidad lejana, en especial para quienes puedan leer este trabajo.

En este sentido, creemos que las “formulaciones explicativas”, propias de la etnográfica como método, en nuestra realidad científica pueden acercar una realidad y al hacerlo, volverla comprensible para nosotros y para “todas

aquellas personas que aceptan, y consistentemente usan el criterio de validación de explicaciones científicas para la generación de sus explicaciones, así como también para la validación de sus afirmaciones en un dominio particular” (Maturana, 1993: 31).

Aceptamos que las explicaciones que podamos concluir de este ejercicio son el resultado de distinciones que realizamos nosotros. Lo que nos interesa es “traer a la mano” una realidad, de la forma específica en que se constituye la experiencia del observador científico, sabiendo que la realidad científica es una realidad producto de la experiencia, igualmente legítima como dominio de existencia y de realidad que cualquier otra. Lo importante es conectar la realidad de las prácticas de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, con las prácticas de la investigación en Psicología Social en Barcelona, a fin de generar un conocimiento.

Esto, no con el fin de reedificar los supuestos de objetividad, distancia y transparencia que en la Etnografía clásica han generado un exceso en la diferencia, producto de una delimitación del objeto de estudio. Sino como nuestro propio acto de generación de una verdad, en el cual el traslado de la acción es lo que hace posible que nuestra explicación tenga validez en el ámbito académico, para luego desde ahí desprender una postura.

La separación de un campo del resto de la realidad a la que accedemos, sólo es posible por nuestra propia acción, así como la separación del trabajo de despacho (como se ha denominado al espacio/momento en el cual el etnógrafo trabaja sobre la información extraída del “campo”), sólo es posible por la acción de ese campo sobre nosotros. Si ignoramos nuestra acción en la delimitación y construcción del campo, caemos en el realismo ingenuo y podemos llegar a pensar que estamos describiendo una realidad. Pero si ignoramos la actividad autónoma del campo, caemos en el abismo del contruccionismo social, con el riesgo de llegar a pensar que todo lo que vemos es una ficción que no tiene que ser como es, pero de la cual no se puede decir nada más.



No es nuestra intención deconstruir las ideas que han hecho de la Etnografía lo que es hoy, sino que tomar la propuesta de Latour, a fin de alcanzar nuestro objetivo: brindar una comprensión de la generación de realidades en los espacios de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. No partiremos de una realidad (natural o social) que sea la fuente de tal explicación, sino que tomaremos ciertas certezas, no como conocimientos, ni como lo que hay que explicar, sino como la base sobre la cual se construye nuestro conocimiento.

Lo que se quiere explicar es cómo se generan realidades en los contextos de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Siguiendo la propuesta de Maturana, entendemos que tal explicación surge de nuestra experiencia, que es anterior a cualquier explicación o reflexión. Ésta resulta de nuestros puntos ciegos, es decir, surge a partir de aquello que no podemos ver, porque es justamente lo que nos permite ver. No pretenderemos brindar una explicación de aquello que asumimos, que no podemos ver, ya que tal intento podría llegar a clausurar nuestra posibilidad de ver y de generar una explicación.

Esto no quiere decir olvidar la distinción entre “clases humanas” y hechos naturales, porque las prácticas que deseamos conocer y el conocimiento que generemos de ellas, tendrán repercusiones para la vida de personas y grupos. Desde este supuesto se deriva una dimensión ética y política de la investigación: cómo desprender de estas cadenas de sucesos, formas de transformación de las situaciones vividas por los involucrados.

#### **2.4. Aportes para una aproximación etnográfica y crítica**

No deseamos que nuestra propuesta signifique un abandono de los propósitos liberadores que se plantea el socioconstruccionismo. Por las implicancias éticas y políticas que se desprenden de los procesos a estudiar, no debemos abandonar la posibilidad que se nos abre desde el construccionismo social, cuando al plantear que algo es socialmente construido, deja la posibilidad de pensar que eso no es necesario que sea tal y como es. Lo que se propone es

un cambio en la lógica: si lo que se ha intentado hacer desde esta perspectiva es un acto de concientización, es porque hay un problema social y político que hace necesario dudar de las cosas como se presentan.

Hacking señala que “una gran parte de los debates sobre construccionismo social están insertos en la gestación de un problema social” (1999: 70). Siendo esto así, su propuesta es que debiéramos preguntarnos cuál es el objetivo del planteamiento de la construcción social de algo, más que por su significado o por su objeto. En este sentido, una de las críticas a la práctica de deconstrucción, propuesta por el contruccionismo social como la vía del sentido crítico de la psicología social (Ibáñez, 1994), es que ésta no sería suficiente. Es necesario además clarificar la postura política que estamos sosteniendo, de lo contrario se clausura la posibilidad de hacer política desde lo contingente y lo parcial. Del acto de derribar una realidad “dada” no se puede derivar una posición política emancipadora, porque se dificulta legitimar y/o proponer otros mundos posibles. Al no existir sólo una posibilidad de deconstrucción, el atributo liberador de esta acción está dado por los argumentos implícitos de reconstrucción. La emancipación, por tanto, es un atributo de la situación y no de la deconstrucción (Ema, García y Sandoval, 2003).

Para una propuesta de acercamiento etnográfico, lo anterior tiene gran relevancia. Lo que se ha conocido como “Etnografía postmoderna” surge de un cuestionamiento frontal a las ideas de objetividad, representación y cientificidad propias de los desarrollos antropológicos clásicos, para lo cual se alinea con las perspectivas hermenéuticas y deconstruccionista y con una revitalización del análisis retórico de los textos. Sin embargo, hoy en día al hablar de etnografía postmoderna, se hace referencia más bien a un determinado estilo discursivo, que a una crítica radical a la Etnografía como forma de generar conocimiento (Marcus, 1994). Así, en Humanidades y Ciencias Sociales, se habla de lo postmoderno para referirse a un estilo de escritura que se caracteriza por un gusto por la mezcla o el pastiche, una sistemática visión fragmentada de la realidad y un cuestionamiento de los hegemónicos paradigmas ilustrados, pero todo esto sin una propuesta clara de un nuevo orden identificable.

Ejemplo de lo anterior puede ser la escritura de Stephen Tyler (1987), quien se define a sí mismo como postmoderno. En su escritura utiliza un modo paródico de discurso sobre la parodia, pero que finalmente, termina por hacer imposible extraer de él una verdad que justifique una práctica etnográfica como método de conocimiento. La crítica de la Etnografía a sus propios supuestos (o la deconstrucción de la Etnografía) por sí sola, no permite proponer una postura en relación a lo que se conoce.

En el caso de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, nos interesa proponer una postura en relación a los efectos que ésta puede tener sobre las vidas de los sujetos a ser intervenidos, así como sobre la configuración de la realidad para los interventores y para la sociedad en su conjunto. Más aún cuando desde las disciplinas involucradas en los procesos de intervención social, cada vez es mayor la preocupación por la necesidad de un cambio en las formas de mirar, dado los efectos que tiene la intervención en la construcción de los problemas sociales.

Pero esa mirada sobre lo que emerge exige dejar de describir lo social para intentar analizarlo e interpretarlo, no desde una perspectiva “general de lo local”, sino desde su relación con la intervención en lo social, en la medida en que ésta construye y reconstruye la visión que la sociedad tiene de los problemas sociales, mientras actúa sobre ellos. (Carballeda, 2002: 59-60)

Si bien asumimos que la forma de entender los problemas sociales, sus causas y sus posibles soluciones de la Salud Mental y la Psiquiatría en Chile, son el resultado de procesos de cambios en las formas de administración de los servicios de salud, y de las políticas de gobierno, es decir, son productos sociales e históricos, no podemos olvidar que tienen efectos sobre las vidas de las personas. Son estos efectos los que hacen necesario una mirada crítica a sus prácticas y no el hecho de que tales prácticas sean productos sociales e históricos, más aún si entendemos que éstas incorporan mentalidades y tecnologías de gobierno que permiten legitimar ciertas formas de relaciones de poder.

La Salud Mental y la Psiquiatría no tienen un carácter ilusorio, por el contrario, tienen consecuencias reales para los sujetos de intervención; la exclusión o la incorporación a la lógica del trabajo productivo y a los tratamientos farmacológicos, la intervención de grupos, y la gestión de la población en torno a sus definiciones de lo que es un problema social y las formas de solucionarlos. Más aún, la Salud Mental pretende tener efectos reales sobre la población en su conjunto y direccionar la conducta incluso de quienes no tienen una enfermedad psiquiátrica a fin de prevenir su ocurrencia.

La posibilidad de considerar en otros términos lo que se ha definido como Salud Mental y Psiquiatría es, finalmente, la posibilidad de desestabilizar el discurso totalizante de ella, y con ello, abrir nuevas posibilidades a sus sujetos de intervención. Es también una posibilidad para comprender las mentalidades de gobierno que hacen posible la existencia de ciertas subjetividades, y también una posibilidad para comprender cómo estas subjetividades, que luego serán determinantes en hacer de nosotros cierto tipo de sujetos, se configuran en la convergencia de saberes profesionales que intervienen las subjetividades.

Es decir, las prácticas de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, entendidas como una *interfase* entre el gobierno y las subjetividades, tanto individuales como colectivas, pueden ser tomadas como formas de conducir la conducta, y al mismo tiempo, como tecnologías de gobierno y saber/poder generado y generador de mentalidades de gobierno. Así, su análisis crítico puede aportar a la comprensión de la construcción de la realidad de los sujetos y de las comunidades, en el contexto de una lógica de gobierno neoliberal (Burchell, 1996), que luego tendrá efectos reales sobre la vida de los sujetos intervenidos, de los interventores y de la sociedad en su conjunto.

Para la elaboración de una propuesta de acercamiento etnográfico, hemos tomado los aportes de tradiciones críticas, en especial desde los estudios feministas. Creemos que éstos pueden aportarnos elementos para configurar nuestra propia mirada crítica.

Partimos por reconocer nuestra propia posición en el acto de conocer, lo cual es posible por un ejercicio de reflexividad. No como la reflexividad propia de la sociología del conocimiento científico, que llevada al extremo, puede caer en la contradicción de producir el mismo efecto de invisibilización de quien observa, propia de la supuesta objetividad y neutralidad de la mirada científica moderna. Si no se reconoce la importancia de la corporeidad en el conocimiento, en vez de hacer presente a quien habla, sólo se habla desde ninguna parte acerca del propio reflejo en un espejo. Así, no basta con una mirada reflexiva que vea una imagen de uno mismo como un objeto, desde ningún lugar, porque en definitiva, esto lleva igualmente a la invisibilización del lugar desde donde hablamos y nos vuelve al truco del ojo divino (Haraway, 1995a).

Lo que se ha conocido como estudios sociales de la Ciencia (Latour y Woolgar, 1986; Latour, 1986) es un ejercicio reflexivo que ha llevado a las Ciencias Sociales a mirar y cuestionar sus propias formas, lugares y verdades, pero, ha olvidado que quien conoce es un ser parcial y situado en algún lugar desde donde posee una mirada parcial.

En este sentido, podemos decir, utilizando una metáfora de Maturana y Varela (1986) que, estudiar a la Ciencia de forma científica es como querer mirar el ojo con el que se mira: sólo es posible descorporeizarnos, es decir, creyendo que una representación del ojo con el que miramos es el ojo con el que miramos.

La reflexividad parece incapaz de ir más allá de la autovisibilidad como cura para la auto-invisibilidad. Si lo que se busca es otro mundo y espíritu mundano, la enfermedad y su cura parecen ser la misma cosa. La difracción, producto de modelos de diferencia, podría ser una metáfora más útil que la reflexividad para el trayecto requerido. (Haraway, 2004 [1997]: 54)

Esto quiere decir que el conocer necesita de una experiencia del conocer, que puede ser colapsada, e incluso suplantada, por las explicaciones de esa experiencia, en vez de asumir que como experiencia, el conocer, aún cuando es vivida como desde ninguna parte, ocurre en un lugar y en un cuerpo en la praxis de vivir en el lenguaje (Maturana, 1993).

La realidad en la Modernidad, no es una experiencia localizada en un cuerpo en la praxis del vivir en el lenguaje, sino que *surge como una proposición explicativa de nuestra experiencia* (ibíd.: 40) pero no es asumida como tal, y se la entiende como algo que es independiente de nuestra acción.

Es necesario, entonces, asumir que la realidad surge de una experiencia localizada en un cuerpo, lo cual no significa renunciar a conocer los artefactos a través de los cuales conocemos, ya que las miradas pueden unirse, conectarse con otras, conformar actantes y generar así un conocimiento que sea la suma de diversas miradas parciales (Haraway, 1995a).

La realidad científica es el resultado de distinciones que realiza un observador en la praxis de vivir en el lenguaje, a través de la cual las cosas son “traídas a la mano”, a través de una manera específica (Maturana, 1993). Como tal, la realidad científica es una realidad producto de la experiencia del observador igualmente legítima como dominio de existencia y de realidad que cualquier otra. Pero además, si entendemos que las disciplinas científicas y sus técnicas, constituyen una tecnología de poder en sí mismas, y como tales, son eminentemente políticas, no podemos olvidar los efectos de dominación que este dominio de existencia y realidad puede tener sobre la vida de las personas.

La labor científica consistiría entonces, en buscar la posición desde donde se conecta un actante en la agencia del conocer, o sea, en descifrar cuál es su conexión parcial. La idea es hacer un conocimiento encarnado desde un cuerpo que es a la vez estructurante y estructurado y que conoce un objeto, que es a su vez, un “actor material semiótico” (Haraway, 1995a: 345), un activo generador de significados que no tiene una determinación única o final.

Reconociendo nuestro propio lugar, y que el conocimiento es algo que hacemos, pero que también nos hace en lo simbólico y en lo material, la investigación crítica permite el trabajo reflexivo con el fin de minimizar los efectos de dominación de las relaciones de poder siempre presentes. Esto

supone asumir nuestra propia ubicación en las relaciones de poder/saber. Desde la metáfora de la articulación (Haraway, 1995a), poder mirar a través de qué conexiones se localiza el conocimiento producido.

Haraway propone que lo social y lo natural no constituyen esferas ontológicas separadas, por lo que no se debe pensar en sujetos constructores y objetos contruidos, sino en “actantes” o colectivos funcionales contruidos por redes de relaciones entre elementos humanos y no humanos. Esta idea se asimila a lo planteado por Latour para comprender la producción de los hechos científicos, pero además tiene efectos en la comprensión de los efectos políticos de la praxis de la Ciencia.

Desestabilizar el significado sólo sería modificar la interpretación de la realidad. Por el contrario, si se piensa que significado y realidad no pueden separarse, la desestabilización del significado cambia lo que se considera condiciones materiales o, el cambio de las condiciones materiales cambian los significados (Ema, García y Sandoval, 2003).

Para la acción política que se propone la investigación crítica, se necesita de una “objetividad situada” (Balasch, Gutierrez y Ema, 2005) que no es la propia de la Ciencia positivista, sino que es el resultado de un conocimiento desde nuestra posición particular, que nos permite acceder a una verdad, que no es la verdad única y última, puesto que está cruzada por la propia subjetividad. El sitio desde el cual se conoce, no es sólo lo simbólico, es decir, no es sólo aquello que está separado de lo material, sino que incluye también la dimensión semiótico-material. Este cuestionamiento a la distinción simbólico-material se aplica tanto al acto de conocer como al conocimiento en sí (Haraway, 1995a).

En los últimos años, el ejercicio reflexivo se ha expresado también en las producciones de conocimiento etnográfico. Así, por ejemplo, se han hecho reflexiones históricas acerca del origen y fundamento de la Antropología como disciplina, que han llevado a explicar su importancia en la construcción del “otro” (nativo) y su implicancia en procesos socio-históricos, tales como la

colonización y la normalización. En lo referente a las formas de hacer investigación etnográfica, el giro reflexivo ha permitido buscar una interpretación, incluso de las verdades que sustentan la propia institución de la Etnografía como método. De ahí la paradoja: la crítica a la institución de la Etnografía como método tiene la posibilidad de socavar sus propios fundamentos, incluso de aquella a la cual se le atribuye la categoría de “postmoderna” o “crítica”.

Esto se puede comprender como el efecto de una reflexividad entendida como un reflejo en el espejo, donde el etnógrafo cree verse a sí mismo, cuando en verdad, lo que ve es un reflejo de sí. A diferencia de esto, en los estudios feministas, la reflexividad como un acto político implica una ética y una estética (Marcus, 1994) que no socava la posibilidad de una explicación, sino que reconoce que ésta surge desde una experiencia situada en un cuerpo. Así, los estudios feministas buscan ser una performance política, que revierta los supuestos de la tradición en una investigación etnográfica, derivados de una forma de conocer propia de un género. La estética es una forma de respuesta crítica, que implica una epistemología que es moral y ética, pero que supone asumir nuestra parcialidad en el conocer.

Desde los estudios feministas, la reflexividad que lleva a la práctica el posicionamiento responde a una ética de la investigación, que asume que todo acto de conocer es incompleto y requiere de una respuesta crítica a su parcialidad. La investigación se debe “politizar” poniendo en evidencia su carácter contingente, y así renunciar a la búsqueda de una naturaleza última o un fundamento único de las cosas (Balash, Gutiérrez y Ema, 2005). De esto se desprende la importancia de reconocer la inscripción sociopolítica del cuerpo como un lugar central de elaboración de significados en el relato etnográfico (Bauman, 1986-87).

Esta situación no quiere decir que los valores, las perspectivas, los procedimientos y las problemáticas de la investigación no sean también los propios de una forma de verdad histórica y contingente. Sino que el presente y sus racionalidades, en relación a la actividad de investigar, configuran también



la propia actividad de investigación crítica; criterios de construcción de evidencias, coherencia conceptual y argumentativa; pertinencia de métodos, etc. Pero esto, no impide abrir un espacio de libertad para inventar nuevas formas de decir la verdad y nuevas formas de experiencia (Burchell, 1996).

Estos planteamientos nos abren a una nueva formulación para un acercamiento etnográfico. Esta comparte la crítica a la idea de representación de la realidad y renuncia a la investigación objetiva en etnografía. Pero no niega la tradición etnográfica, como aquello que justamente le ha dado la posibilidad de hacer que las cosas lleguen a ser realidad. Esto, como un acto con intención política, que es posible al reconocer la inscripción sociopolítica del cuerpo como un lugar central de elaboración de significados en el relato etnográfico.

Nuestra práctica de investigación la entendemos como aquella que intenta la transformación de las actuales formas del conocimiento científico, pero a la vez está constituida por esas mismas formas. Esto es posible a través de un ejercicio reflexivo, que lleva a quienes trabajan en el ámbito académico a asumir una responsabilidad en la producción misma del conocimiento. Así, la investigación crítica es finalmente una práctica política (Fractalidades en Investigación Crítica, 2005) que perturba las propias formas de pensar e involucra la relación del propio investigador con la verdad.

Más que deshacer las ideas que han llevado a la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria en Chile a lo que son actualmente, nos interesa ver cómo estas ideas llegan a ser verdad hoy en las prácticas, y cómo a partir de una posición en relación a tales prácticas, se pueden desprender posibilidades de cambio a las situaciones que se nos presentan como problemáticas. Si bien, podemos mirar las realidades de manera de llegar a comprender las relaciones de poder que las han hecho posibles, no podemos negarlas o diseccionarlas en sus componentes. Esto quiere decir, comprender la heterogeneidad constitutiva de la realidad y el carácter constitutivo de lo “híbrido” en las realidades. Esto cobra especial relevancia en aquellas realidades llamadas “postcoloniales” (Stoler y Cooper, 1997), en la medida en que la crítica contemporánea a la Ciencia, en

especial la proveniente desde los Estudios Feministas de las Ciencias, también se puede conectar con la crítica postcolonial, en especial la que se ha desarrollado al interior del Programa Modernidad/Colonialidad en América Latina (Vargas-Monroy, 2010).

Comprender las relaciones de poder y de dominación a la base de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria en Chile, no nos habilita para “hacer hablar”, o llegar a decir qué deben hacer quienes sufren los efectos de formas de dominación. Eso sería creer que nuestra posición es privilegiada, neutra, y que no está teñida por nuestra propia subjetividad y por los supuestos que tenemos a cerca de ese otro que las lógicas de gobierno dicen, debe ser analizado y corregido. En otras palabras, no podemos desconocer que nosotros mismos estamos atravesados por las relaciones de poder que han hecho posible la existencia de ese otro, como algo diferente. Si hiciéramos esto, dejaríamos atrapado a ese otro, en nuestras categorías, como categorías de saber/poder (Spivak, 1985).

No basta con adoptar una postura no esencialista y suscribir a autores que se podrían considerar postrepresentacionistas, tales como Foucault y Rose. Además es necesario asumir la parcialidad de nuestro conocimiento, a fin de hacer posible una lógica que ponga de relieve la diferencia. Sólo así se puede limitar la violencia del imperialismo epistemológico que hace pensable al Otro, siempre como una desviación y una diferencia en relación a un ideal (Spivak, 1985).

Una posición estratégica y conciente en relación a las consecuencias de las relaciones de poder, la dominación y el imperialismo, que utiliza argumentos propios de la teoría del discurso y de la crítica al humanismo (europeos) para decir que las cosas no tienen que ser como son, puede caer en la trampa de la deconstrucción, como la vía de emancipación. En ese caso luego, puede quedar atrapada en la imposibilidad de proponer otras alternativas, y sólo lograr plantear su postura por medio del punto en común con la violencia del imperialismo epistémico.

Volviendo a la Etnografía, esto también tiene implicancias. Entre disciplinas relacionadas con la intervención social, donde el campo de investigación son los fenómenos a intervenir, las llamadas etnografías críticas se han propuesto como una forma de hacerse cargo de que el conocimiento generado sobre las vidas cotidianas de las personas, luego servirá para diseñar políticas que regularán esas mismas vidas. Por ejemplo, en Trabajo Social, donde se investiga sobre pobreza; en Psicología, donde se investiga sobre violencia o adicciones; o en las llamadas Ciencias de la Vida, donde se investiga sobre discapacidad; los acercamientos etnográficos de tendencia crítica se caracterizan por poner el foco sobre las voces que antes fueron “silenciadas” (Lincoln, 2005). Esto mediante un vuelco hacia el texto performativo y un discurso moral.

Es decir, si el conocimiento generado sobre los sujetos y sus problemas aportará a definir qué es lo bueno y aceptable para conducir sus propias vidas, quienes lo generan deben tomar una posición que es finalmente política y ética. Lincoln y Denzin (2005) proponen que en el caso de los trabajadores sociales, tal posición ética se basa en un discurso moral que emana de la premisa de que todo ser humano posee una dignidad inalienable y, por tanto, no debe haber competencia ni jerarquías entre las personas. Este discurso moral gira en torno a la democracia, la raza, el género, la clase, la nación, la libertad y la comunidad; categorías, que como ya hemos enunciado, pueden ser problemáticas a la hora de hablar por Otro (las voces antes silenciadas), que no necesariamente comparte esta moral o entiende tales categorías como nosotros las entendemos.

Si bien compartimos la idea de que nuestra investigación conlleva a una responsabilidad, no creemos que sea posible representar, o hablar por el subalterno o, en palabras de Lincoln y Denzin, hacer hablar a “las voces que antes fueron silenciadas”. En este caso, no pretendemos hablar por los sujetos/objetos de intervención de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria en Chile. No intentaremos hablar en nombre de quienes son nombrados desde los centros de poder como lo Otro, que debe intervenir para ser mejorado.

Nuestra propuesta apunta a hablar desde un lugar que nos es más cercano y conocido: el de interventor.

Lo anterior supone reconocer nuestro propio lugar, como el lugar del saber/poder. Sin embargo, el reconocernos en este lugar, no implica una posición de sujeto estable, sino un punto de partida. Desde ahí pretendemos brindar una comprensión de cómo ocurre la extracción de un referente del discurso, desde la experiencia con el sujeto/objeto de intervención y cómo desde la experiencia con este referente del discurso, se mantiene un ámbito de experiencia. Esto, sabiendo que en esta experiencia también nos conectamos con otros para generar un conocimiento y que las conexiones que podemos establecer pueden modificar nuestro propio lugar de enunciación.

## **2.5. Concretando la propuesta**

El ámbito concreto en el cual proponemos realizar un acercamiento etnográfico son los espacios de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, entendidos como espacios de reconfiguración de las formas de gubernamentalidad en el marco del discurso neoliberal. Esto supone entender estos espacios de intervención como microcampos donde se articula el complejo entramado entre tecnologías del yo y tecnologías de gobierno, que introducen los objetivos de la autoridad política en el ámbito de las elecciones y compromisos libres de los individuos, como estrategia propia de la racionalidad política neoliberal.

La emergencia de este microcampo supone una redefinición del Estado, en la cual, pierde sentido lo social y lo individual (o interindividual) para dar paso a lo molar y lo molecular, como agenciamientos complementarios (Deleuze y Guattari, 2006):

El sistema político moderno es un todo global, unificado y unificante, pero precisamente porque implica un conjunto de sistemas yuxtapuestos, imbricados, ordenados, de suerte que el análisis de las decisiones pone de manifiesto todo tipo de compartimentaciones y de procesos parciales que no se continúan entre sí sin que se produzcan desfases o desviaciones. (ibíd.: 215)

Deleuze y Guattari (2006) proponen que ante este nuevo escenario, más que oponer lo centralizado a lo segmentario, hay que distinguir entre dos tipos de segmentaridades, una flexible y otra dura. Ambas se encuentran siempre presente en todos los niveles de una jerarquía. Por eso no se puede identificar al Estado con una jerarquía. Sólo se puede identificar con un agenciamiento “que sustituye formaciones morfológicas flexibles por esencias ideales o fijas” (ibíd.: 217). En esta lógica, más que preguntarnos si los espacios de intervención son o no instituciones del Estado, debemos preguntarnos cómo éstos se pueden entender como una máquina de agenciamiento que sobrecodifica y/o resuena con la máquina de sobrecodificación que se puede identificar con el Estado.

Además de entender estos espacios desde una mirada de gubernamentalidad, proponemos un acercamiento etnográfico basado en ciertos supuestos. Éstos se desprenden de lo que se ha conocido como Estudios Sociales de la Ciencia y surgen de la necesidad de comprender cómo se genera la realidad en los espacios de producción científica. Esto, porque, tal como hemos explicado en el capítulo I, las disciplinas científicas juegan un rol central en la generación de la realidad que hará posible ciertas formas de gubernamentalidad.

Tomando elementos desde los Estudios Sociales de la Ciencia, hemos propuesto acceder a los espacios de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, entendidos como el laboratorio donde se crean los nuevos sujetos/objetos de las intervenciones en salud, los nuevos pacientes psiquiátricos y las nuevas identidades profesionales y de equipos de salud. La idea de laboratorio, se relaciona con que es en estos espacios donde se generan los hechos que harán de las prácticas de intervención una realidad que valida ciertas formas de gobierno.

Retomando los aspectos revisados en el capítulo anterior, comprendemos que las realidades postcoloniales, además se pueden entender como laboratorios de la Modernidad (Stoler y Cooper, 1997), en tanto que son el resultado de la modernidad/colonialidad (Quijano y Wallerstein, 1992).

Por otro lado, para concebir estos espacios como laboratorios, es necesario un cambio en las formas tradicionales de conocer lo social. Es necesario un acercamiento más próximo a lo que se ha propuesto para el caso de una extitución, es decir, un acercamiento de tipo topológico.

Tirado y Mora (2004) proponen que el laboratorio es el representante por excelencia de una extitución, porque es un espacio que se parece más a una red, por la cual los científicos rondan, que a un edificio. Esa es la razón por la cual, para poder comprender cómo se genera un hecho científico, es necesario seguir las trayectorias de los científicos, más que restringirse al espacio físico que es el laboratorio.

En primer lugar, el laboratorio es un espacio virtual en el que todo el mundo puede supervisar un experimento. No es exactamente un edificio, es más bien un concepto que describe el ensamblaje de elementos heterogéneos, distribuidos en diferentes espacios y tiempos, para producir conocimiento. En segundo lugar, la propia virtualidad de ese espacio le da su condición de apertura [...] En tercer lugar, como se puede intuir, el espacio del laboratorio es una multitud de espacios. Es, en realidad una red de laboratorios alrededor de, y por los que los científicos pueden rondar [...]. Lo que ocurre es que no hay una topología o un simple mapa que capte las actividades extitucionales de ese colectivo, de los experimentadores, de la misma manera que un plano podía captar la arquitectura de la institución. La extitución requiere más bien un planteamiento topológico. (Tirado y Mora, 2004: 171-172)

Este planteamiento topológico no pretende reproducir o representar una realidad, sino crear nuevas relaciones que actúen sobre la realidad. Un laboratorio siempre se entiende como *un nudo, nodo, lazo, puente, conexión...* (ibíd.: 173). Retomando lo propuesto por Deleuze y Guattari (2006), está orientado a constituir nuevas conexiones entre los diferentes segmentos que desde una aproximación topográfica, podrían aparecer lejanos en tiempo y espacio. En este sentido, entender los espacios de intervención como laboratorios, no sólo se justifica por las características de lo que se quiere conocer, sino que también por los efectos que se quieren lograr. De hecho, una institución disciplinar, como la Casa de Orates de Santiago, también ha podido

ser planteada como un laboratorio, en tanto lugar donde se crearon sujetos idóneos para el procesos de industrialización en Chile (Leyton, 2008).

Sin embargo, las características de nuestro ámbito de investigación también son propicias para un acercamiento topológico. Tirado y Mora dan tres ejemplos para ilustrar las características de una extitución. El primero es el que nos interesa. Se trata de un proyecto de Salud Mental en Cataluña denominado Pla de Serveis Individualitzat (en adelante PSI) y que, desde sus gestores, se ha propuesto como un movimiento desde una psiquiatría institucional. Este movimiento se expresa en la necesidad de hacer una gestión individual de cada caso, que reemplace la homogenización propia de las instituciones. Para esta gestión individual debe haber una persona que se haga cargo de cada usuario, a fin de que éste pueda transitar por los diferentes lugares institucionales dependiendo de sus necesidades.

Es decir, el PSI no se ubica en un lugar, sino que atraviesa diferentes lugares, tales como hospital, centro comunitario, escuela, hogar, etc. Se implementa en todos y en ninguno a la vez. Es a través del tránsito, que diversas entidades humanas y no humanas generan conglomerados, de manera que cada una cobra entidad en su relación con las demás: si sólo miramos el hospital, no podremos dar cuenta de lo que ocurre en el PSI, y más específicamente, no podremos comprender cómo a través de las acciones de un gestor de caso, ese caso llega a ser una realidad.

Este ejemplo ilustra bastante bien el espacio de intervención al cual queremos acceder a través de un acercamiento etnográfico: un Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio (en adelante ESMPA).

Antes de explicar qué es un ESMPA, cabe recordar que para la organización de los servicios, desde al año 1999, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría chileno plantea una *Red Salud Mental y Psiquiatría*<sup>30</sup> (en adelante RSMP), que a su vez es parte de una red mayor de servicios de salud general, y que se

---

<sup>30</sup> Ver Norma técnica n.º 35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría, MINSAL, 1999.

articula con una red local de servicios intersectoriales. Cada RSMP depende administrativamente de una Unidad de Salud Mental, que a su vez depende de un SS y tendrá responsabilidad sobre una población definida geográficamente.

Los ESMPA se proponen como un actor central en el funcionamiento del sistema en la nueva lógica de intervención, ya que son el eje articulador entre las diferentes unidades existentes para la atención de los problemas de salud mental de la población. Los ESMPA son quienes deben establecer vínculos entre los diferentes sectores y definir el flujo de los usuarios por la red, teniendo en cuenta las particularidades de cada contexto y con la participación de todos los actores involucrados. Éstos serán por tanto, los encargados de articular la RSMP.

En el caso de los PSI en Cataluña, hay un coordinador que debe gestionar los casos, y para eso debe velar por que el usuario pueda transitar por los diferentes servicios. En el caso de Chile, quien debe gestionar los problemas de salud mental, no es una persona, sino que un equipo, que debe actuar como un único agente. Pero además, este equipo no sólo debe gestionar casos, sino que todos los problemas de salud mental de una población determinada. Para que estos ESMPA puedan dar respuesta a lo que se les demanda, se les ha definido con las siguientes características (MINSAL, 2006):

1. Responsabilidad territorial: los ESMPA se enmarcan en la lógica de equipos de cabecera que se hacen cargo de la salud integral de un número determinado de familias residentes en un territorio específico. Se espera que se responsabilicen por la promoción, el cuidado y el control de la salud de la población asignada y la detección de familias y pacientes vulnerables de forma activa y preventiva. En estos equipos, los expertos no se entienden como especialistas en un área temática determinada (neurología, psicología, rehabilitación, etc.) sino como conocedores de la vida cotidiana de un grupo de personas en un territorio determinado, y los problemas de salud mental que se podrían derivar de ésta.



2. Interdisciplina: cada ESMPA deberá estar conformado por diferentes profesionales que se relacionen de manera horizontal, a fin de asegurar la interdisciplinariedad; un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social, una enfermera, un terapeuta ocupacional, un técnico paramédico y un monitor. La modalidad de trabajo propuesta (interdisciplinariedad) significa una pérdida en los límites de las competencias profesionales de las disciplinas, que se puede entender como una nueva relación entre los expertos.

3. Cercanía: los ESMPA deben insertarse en un lugar cercano a la residencia de las personas beneficiarias, lo cual significa un cambio en la lógica del profesional de salud mental que espera en su consulta a que los pacientes lo visiten. Se espera que sean los profesionales los que vayan al encuentro de los problemas de las personas, para lo cual deberán relacionarse con la comunidad en su conjunto.

4. Autonomía: se asigna a los ESMPA cierta autonomía en la definición de las acciones en los contextos específicos.

Todas estas características hacen del ESMPA un buen representante de lo que Tirado y Mora han descrito como una extitución, y al mismo tiempo, una clave para la comprensión de las transformaciones que se estarían dando en los procesos de gubernamentalidad que nos interesa conocer. Son estas características las que hacen de estos ESMPA algo distinto a lo que había, es decir, distinto a las formas tradicionales de intervención social con personas con problemas de salud mental.

Pero estas características no explican por qué realizaremos un acercamiento etnográfico en el ESMPA que funciona en el Centro de Salud Mental Comunitaria ubicado en Schneider 555, Valdivia, Chile, (en adelante CESAMCO Schneider). Las razones por la cual hemos elegido este ESMPA y no otro, se relacionan con reconocer nuestra posición, al momento de iniciar nuestro trabajo de campo, lo cual se entiende, como ya hemos explicado, como ejercicio político. A través de este reconocimiento, hemos optado por una posición de saber/poder: la posición del interventor y del investigador. Esto teniendo claro que no son

posiciones estables, sino que lugares desde donde podremos acceder a conectarnos con otros.

Entendemos que nuestra experiencia de conocer un ESMPA no comienza en el momento en que entramos al campo, sino que es el resultado de una serie de relaciones de las cuales formamos parte.

### *2.5.1. ¿Por qué un acercamiento etnográfico a un ESMPA en Valdivia Chile?*

Creo que llegué a ese lugar por la concatenación de hechos ocurridos incluso antes de comenzar esta investigación, si es que se puede poner fecha a cuando comenzó. Digo esto porque entiendo que lo vivido durante los meses en el trabajo de campo, no es un hecho aislado, sino parte de una historia personal, en la que han estado presentes temas, que ahí sólo se reunieron y se organizaron bajo una lógica de investigación etnográfica.

Luego de haber estudiado terapia ocupacional en Santiago de Chile, me interesé por el trabajo en rehabilitación de pacientes psiquiátricos y trabajé tres años en el Instituto Psiquiátrico de Santiago de Chile. Ahí conocí de las nuevas tendencias para el tratamiento de pacientes psiquiátricos que se estaban proponiendo desde el gobierno, como alternativas a la institucionalización de los pacientes, y desde la crítica a la institución donde trabajaba, fui partidaria de la aplicación de las transformaciones.

Motivada por un proyecto académico, llegué a la ciudad de Valdivia el 2004. Desde ese año, y con objeto de colaborar en la implementación del Plan de Salud Mental y Psiquiatría en esa ciudad, comencé a relacionarme con las personas que estaban a cargo de la Unidad de Salud Mental y Psiquiatría del ss Valdivia. En esos años, el citado plan ya estaba en marcha en gran parte del país, sin embargo, en Valdivia se conocía poco y existía una fuerte resistencia a su implementación por parte de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base de Valdivia.

Después vino la beca y el Doctorado en Psicología Social en la Universitat Autònoma de Barcelona y muchas de mis certezas se pusieron en duda. Otras se acabaron para siempre. Las lecturas de Foucault, Rose, Latour, Haraway, entre otros, me daban nuevas comprensiones críticas de lo que había sido mi trabajo en Chile, al mismo tiempo que yo tenía la experiencia de ser extranjera, latina y chilena en el primer mundo.

Durante los primeros dos años en Barcelona, supe que mis propósitos iniciales comenzaban a realizarse en Chile: la gente de la Unidad de Salud Mental y Psiquiatría del ss Valdivia había logrado implementar varias medidas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, entre las cuales, estaba la creación de dos Centros de Salud Mental Comunitaria, donde se instalarían los ESMPA.

Así volví a Chile en noviembre del 2008 con el propósito de realizar un acercamiento etnográfico en el seno de un ESMPA y poder generar una comprensión situada de esa realidad y sus implicancias para los procesos de subjetivación y de gubernamentalidad, en el marco de las reformas a la Salud Mental en mi país. Atrás quedaba Barcelona, y la gente que, luego de dos años de extranjera, se había convertido en mis afectos más significativos, y me reencontré con mis antiguos amigos y compañeros de trabajo. Ellos querían saber cómo había sido mi experiencia y cómo era España. También querían contarme lo que les había sucedido en mi ausencia. Yo quería que me contaran de los nuevos centros y quería contarles de mi investigación.

Yo no sabía cómo explicarles todo lo que me había sucedido y ellos tampoco deben haber sabido cómo explicarme lo que les pasó en ese tiempo. Pero de a poco empezamos a conectarnos. En la práctica cotidiana, a través de analizar casos, planificar intervenciones, visitar usuarios, realizar acciones, comenzamos a tener ciertas conexiones parciales, a partir de las cuales pude acceder a una comprensión de las contradicciones, y con ellas, las posibilidades de transformación de nuestras prácticas. Además, pude compartir con mis compañeros mis nuevas explicaciones de los procesos de transformación en nuestras prácticas.

Este intento por reconocer el lugar desde donde comenzó mi acercamiento a este ESMPA, tiene como propósito no reedificar supuestos de neutralidad u objetividad, como una acción con intención política. Sin embargo, también debo reconocer, que tal experiencia también está atravesada por aspectos sociales y culturales que han configurado el conocimiento científico occidental.

Así, mis propias representaciones e interpretaciones, de lo que ocurre en el campo no las entenderé como ajenas a la experiencia vivida en el campo, sino como estructurantes de —y estructuradas por— la realidad a investigar. En palabras de Donna Haraway (2004) las descripciones que emerjan, las entenderé como ligadas a las diferentes corporalidades involucradas, entendidas éstas no como lo que incorpora por un lado, lo discursivo, y por otro lo material, sino como agentes semiótico-materiales.

Estas descripciones serán, entonces, la forma de expresar a través del lenguaje, mi experiencia. Pero mi experiencia, no la entiendo como una percepción pasiva de lo que veo o siento, sino como una activa construcción de la realidad. Así, tampoco mi descripción de esa experiencia la entenderé como una representación de la realidad, sino como el resultado de múltiples articulaciones, en una dimensión semiótico-material, desde el sitio desde el cual conozco. Mis descripciones no se deben ver como el resultado sólo de mis experiencias, emociones, perspectivas e historias. Sino como el resultado de una serie de articulaciones con otros sujetos y entornos en lo simbólico y en lo material. De esta manera, mi descripción estará vinculada a todas las otras voces con las que me he conectado en la realización de esta investigación.

Pese a que esto incorpora más voces, como las de autores, profesores del Departamento de Psicología Social de la UAB, etc., para lo que hemos delimitado como trabajo de campo, consideraremos en especial, las conexiones que se dieron a partir de mi incorporación como parte del ESMPA del CESAMCO Schneider.

### 2.5.2. ¿Cómo acercarnos?

Desde la posición de interventora realicé una observación desde una participación no encubierta, es decir, donde todos, o la mayoría de los participantes sabían de la realización de la investigación. Esta observación directa, se llevó a cabo por un período de seis meses. Durante ese tiempo, me incorporé como parte del equipo, es decir, accedí a una posición de interventora. El propósito era poder acceder a las acciones del ESMPA desde dentro, mediante la conexión con los otros integrantes del equipo y con todas las otras entidades que se vieran involucradas en sus acciones. Desde esta posición, reconocida, no pretendía hacer una descripción de, hablar en nombre de, o brindar una explicación de los sujetos/objetos de intervención. Sino que cómo a partir de las acciones de los interventores, se generan realidades que permiten, mantienen o transforman ciertas lógicas de gobierno y cuáles son sus elementos problemáticos a partir de los cuales pensar alternativas transformadoras.

Asistí a las reuniones clínicas, donde se analizaban casos, y a las reuniones de equipo donde se discutían temas de organización y gestión interna. Además pude colaborar con los programas de tratamiento de alcohol y drogas (sesiones semanales, visitas domiciliarias y reuniones con encargados programas a nivel regional) y participé en algunas evaluaciones a usuarios, específicas de Terapia Ocupacional. Participé de actividades de diagnóstico participativo, de vinculación con los centros de Atención Primaria y en jornadas de capacitación organizadas por el ss Valdivia.

Además de las reuniones y actividades programadas, los integrantes del equipo del CESAMCO de Schneider me hicieron partícipe de los espacios de esparcimiento, reflexión, recreación y amistad. En ellos pude compartir con mis compañeros proyectos, historias, reflexiones, afectos, anhelos y frustraciones, de los que no podría dar cuenta más que a partir de mis propias impresiones. En esos espacios no había grabadora ni notas de campo. Sin embargo, fueron espacios a partir de los cuales pude hacer reflexiones y comprender algunos de los aspectos de este trabajo.

Durante estas actividades, emergieron múltiples relaciones e historias, y multiplicidad de voces que no podría abarcar en su totalidad, pero a partir de las cuales, he intentado generar un relato que exprese las diferentes voces involucradas, las de mis compañeros y la mía. Al mismo tiempo, el relato etnográfico busca seguir las diferentes trayectorias de los interventores, dar cuenta de lo que generan las actuaciones de éstos (las mías y las de los otros profesionales del equipo), en las diferentes instancias. Estas observaciones se registraron a diario en notas de campo. Como material complementario realicé grabaciones de reuniones y filmé dos actividades que realizamos como ESMPA, fuera del CESAMCO; una de diagnóstico participativo en Salud Mental y una sesión de Teatro Espontáneo con una asociación de vecinos.

Prestando atención a mis propias sensaciones y percepciones, y cómo éstas se fueron transformando en el proceso, comprendí que mis años en Barcelona también me habían desplazado del lugar de interventora que compartía con mis compañeros: yo traía un conocimiento que podía ser mal entendido como más legítimo. Eso podía generar fácilmente un extrañamiento y exceso de diferencia en relación a mis compañeros, y podía hacer que yo cayera en la tentación de inscribirlos en mis nuevas categorías, propias de un conocimiento que se asume más próximo a un centro (europeo) en relación a una periferia. Nociones como las de gubernamentalidad, relaciones de poder, conocimiento situado, entre otras, podían ser aplicadas desde esta nueva posición en la que me encontraba en relación a mis compañeros. Si bien, no era mi intención explicarles las razones por las cuales ellos y yo podíamos ser conceptualizados como agentes de gubernamentalidad, tampoco pude renunciar a las bases sobre las cuales se había sustentado mi proyecto de investigación.

Esto significó una mayor complejidad de lo que había identificado como mi propia posición en un saber/poder. Yo podía aparecer como en una situación de saber/poder frente a mis compañeros, así como ellos y yo podíamos aparecer como en una situación de saber/poder frente a los sujetos/objetos de intervención, al igual que todos podíamos aparecer como objetos de saber/poder frente a las autoridades.

Cobraba sentido la idea de posiciones cambiantes e igualmente decir que en la generación de las descripciones, si bien partimos de ciertas certezas que pretendemos cuestionar, estamos influenciados por ciertos planteamientos; y estos planteamientos son los que me brindaron las herramientas para el extrañamiento propuesto por el método etnográfico, que me permitió mirar con extrañeza lo que antes fue familiar y natural. Sabiendo que nunca se puede llegar a un punto de observación que esté completamente fuera de la realidad en la que estamos, renunciando a un conocimiento desde un punto cero de observación (Castro- Gómez, 2005), y por tanto, renunciado a un conocimiento acabado.

A través de la participación en este espacio de encuentro, he querido lograr una apertura a lo emergente, que pueda transformarme, e incluso, poner en riesgo mi propia perspectiva. Las comprensiones que pudimos generar en este espacio de encuentro, se comprenden ligadas a los contextos, y al mismo tiempo involucran mis experiencias de vida, que pudieron también transformarse en el proceso.

Asumiendo la posición del investigador en el campo, las diferentes interacciones e interpelaciones se entenderán entonces como una articulación (Laclau y Mouffe, 1985) que transforma las posiciones. En la investigación nos insertamos de cierta forma en una determinada articulación, guiados por principios ético-políticos que deben tenerse en cuenta en el diseño de la investigación.

Por lo mismo, no se trata de un relato de la otredad del objeto de estudio, sino que de la otredad que emerge desde la posición de la persona que investiga como una narrativa que es tanto una elaboración, como algo que nos hace. Es una narrativa que contiene las situaciones materiales encarnadas en el campo del discurso y hecha de forma estratégica para producir una crítica a las relaciones de poder, propias de una forma de conocimiento (Peterson y Langellier, 2006). En mi caso, esa historia está atravesada también por el desplazamiento desde una periferia a un centro y el retorno desde un centro a

una periferia. El relato etnográfico se entenderá, por tanto, como la historia del diálogo cotidiano desde posiciones encarnadas y en estas posiciones encarnadas hay también un tránsito.

La ética de nuestra investigación se aleja de la cuestión de la correspondencia entre enunciado y realidad, y va hacia la cuestión de cómo y con qué objetivo representamos el mundo.

A partir de la necesidad de operacionalizar esta forma de generar conocimiento, surgió la necesidad de realizar entrevistas a varios de los profesionales que conformaban el equipo, y a otros dos profesionales en cargos claves: Mariam Delgado, que fue la encargada de la Unidad de Salud Mental del SS Valdivia durante el período de planificación y formación de los CESAMCO, y Alejandro Guajardo, quien participó del proceso de formación de los CESAMCO como asesor desde el Ministerio de Salud. El propósito era poder generar espacios para un diálogo reflexivo en relación a las prácticas del equipo. Como guía de las entrevistas formulé un guión que expresa mis preguntas de investigación.

También aportaron a los diálogos, las discusiones que se dieron durante las jornadas de reflexión y capacitación. En ellas reflexionamos y problematizamos en relación al trabajo que se realizaba en el CESAMCO de Schneider 555. Tanto en las entrevistas como en las reuniones y en las instancias de reflexión, me centré en identificar y proponer aquellos aspectos que me parecían problemáticos. A partir de estos problemas, fueron apareciendo formulaciones críticas que, en algunos casos, se conectaron directamente con mis propios planteamientos.

Algunos de estos diálogos los he utilizado como un texto en sí, pues dan cuenta de las tensiones y encuentros en el equipo en relación a temas de interés para esta investigación. Otros han sido utilizados como elementos junto a las entrevistas. A partir de ellos fue posible generar Producciones Narrativas con varios de mis compañeros



La técnica de las Producciones Narrativas (PN), más que una técnica predeterminada, apareció en el curso de la investigación como la posibilidad de generar un conocimiento que no fuese sólo un análisis crítico del discurso de mis compañeros de trabajo, sino que una articulación entre sus experiencias y comprensiones y las mías. Un conocimiento que lograra articular la experiencia de dos años en Barcelona, de-construyendo mis certezas, con la experiencia de quienes se quedaron trabajando y peleando por lo que creían, era un proyecto que ayudaría.

Las PN se construyen mediante encuentros entre el investigador y el participante, que no tienen un número predefinido, sino más bien un propósito: hablar sobre el tema a investigar. En estos encuentros se da una interacción, que se entenderá como un proceso de *conexiones parciales* (Pujol, Montenegro y Balash, 2003). Como resultado de estas conexiones parciales, se espera generar un documento que dé cuenta de las comprensiones, a partir de las diferentes experiencias; las del investigador y las del participante. Tales experiencias pueden no ser compartidas por ambos, y siempre serán diferentes, por lo tanto, las PN que resulten, no pretenderán ser una síntesis de las posiciones encontradas, sino una articulación *en* las tensiones entre coincidencias y divergencias.

La técnica consiste en que de cada primer encuentro, el investigador producirá un texto, en el que recogerá la opinión de la persona entrevistada, no como una representación de la realidad estudiada, sino como el inicio de un texto co-elaborado entre investigador y participante. Después de haber elaborado el texto, lo regresará al interlocutor, quien podrá hacer correcciones y agregar elementos surgidos de su lectura. Esto se hará hasta que el participante dé cuenta que el texto es también resultado de su posicionamiento sobre el tema, no como un objeto de estudio y análisis, sino como otro generador de las comprensiones del tema. Por esto, lo central es que el entrevistado se encuentre presente en el posicionamiento sobre el tema y no tanto que se muestre con sus propias palabras, ya que no se pretende dar voz al entrevistado, sino que lograr una co-construcción de sentidos y significados: “El lugar desde el cual son producidas estas enunciaciones es, precisamente, la

posición que se construye en la conexión entre investigadora-participante y las múltiples voces que son convocadas para la producción del relato.” (Balasch y Montenegro, 2003: 46).

Finalmente, a partir de mi relato etnográfico y de las producciones narrativas pretendemos:

1. Visualizar cómo se extrae un referente del discurso desde la experiencia con los sujetos/objetos de intervención en las prácticas de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile.
2. Realizar una descripción topológica de los movimientos de un ESMPA a través de la RSMP, y de cómo a partir de estos movimientos emergen totalidades y qué entidades se articulan en cada una de las relaciones que se puedan establecer.
3. Elaborar un relato acerca de las consecuencias en términos de relaciones de poder, marginación, explotación y posibilidades de transformación, que conecte las experiencias de los interventores con la experiencia de conocer, propia de los investigadores.

## **Capítulo III**

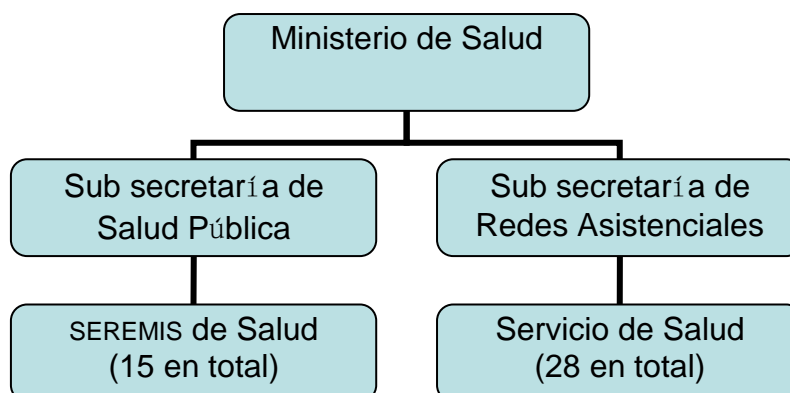
### **La vida en un Centro de Salud Mental Comunitaria**

#### **3.1. Contexto necesario**

Actualmente, y producto de la reforma, el sistema de salud en Chile se organiza bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, cuya principal autoridad a nivel nacional, es el Ministro de Salud. De él dependen dos subsecretarías: la subsecretaría de redes asistenciales, y la subsecretaría de salud pública (Congreso Nacional, 2004). La primera es la encargada de la administración de centros asistenciales a través de los SS, y la segunda es la encargada la salud pública (diagnóstico de realidad sanitaria y definición de prioridades), así como de la fiscalización y regulación de la condición en que se proveen los servicios, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (en adelante SEREMI), a fin de proteger el derecho a la salud de toda la población. Esta separación tiene el propósito de garantizar la especialización de las funciones así como la mejora en su fiscalización.

Las funciones de las subsecretarías son representadas en los diferentes ámbitos territoriales, por entidades encargadas de ejecutar las acciones. Así, de la subsecretaría de redes asistenciales, dependen 28 SS, y de la Subsecretaría de Salud Pública, dependen 15 SEREMI, que se distribuyen en las 15 regiones del país. Esto responde a la lógica de descentralización y territorialidad que son ejes centrales en la propuesta de modernización del sistema de salud.

**Figura 1**  
**Organigrama Sistema de Salud en Chile**



Por otra parte, los centros asistenciales, dependientes de los ss, se dividen en niveles de atención según la complejidad de los problemas que se intervienen: Los Centros de Atención Primaria se abocan a tareas de mantención de la salud y se deben estructurar de manera de asegurar la cercanía con la población. Se vinculan al espacio local a través de su dependencia administrativa de la autoridad municipal. Por otra parte, los centros de atención secundaria tienen por misión proveer de atención a personas con patologías más complejas.

Para los temas de Salud Mental y Psiquiátrica, existe una unidad ministerial especializada, que cuenta con representantes en cada uno de los 28 ss. Ella regula las prácticas de Salud Mental y Psiquiatría, a través de normas, protocolos y orientaciones técnicas para la prevención y el control de los trastornos mentales, siguiendo el marco de la reforma de la salud y de las políticas sociales. Cada Unidad de Salud Mental y Psiquiatría (en adelante USMP), en los diferentes ámbitos territoriales, es la encargada de llevar a cabo el proceso de transformaciones en el campo de atención en Salud Mental y Psiquiatría, propuesto en el Plan Nacional.

El 16 de marzo de 2007, con la promulgación de la Ley n.º 20.174,<sup>31</sup> se crea la nueva Región de los Ríos, que corresponde a una parte de lo que fue antes la Región de los Lagos, creada durante el gobierno militar. La nueva región se compone de dos provincias: Valdivia y Ranco, cada una con sus respectivas comunas. La ciudad de Valdivia, se convierte entonces en la capital regional, manteniendo además el estatus de comuna y capital de la provincia del mismo nombre.

**Figura 2**  
**Mapa Político Nueva Región de Los Ríos**



Según datos extraídos del censo 2002, para el año 2010 la población de la provincia de Valdivia se estima en 283.917.<sup>32</sup> En dicho censo, se estableció que 140.559 habitantes corresponden a la comuna de Valdivia. De éstos el 92,45% corresponde a población urbana y el 7,55% a población rural. Por otra parte, el 5% de la población declaran pertenecer a alguna de las ocho etnias que señala la ley indígena, siendo la más preponderante en la comuna, la etnia mapuche que abarca el 98% del total.

<sup>31</sup> Ver Biblioteca del Congreso Nacional (2007) Historia de la ley 20.174, que crea la XIV Región de los Ríos y la Provincia de Ranco en su territorio.

<sup>32</sup> [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/demo\\_y\\_vita.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php). Extraído en 15 de noviembre de 2010.

Desde antes de la creación de la Región de los Ríos, existía el Servicio de Salud Valdivia (en adelante ss Valdivia), como uno más de los 28 Servicios de Salud que componían el SNSS creado por la dictadura en reemplazo del SNS. Con la reforma a la salud, el ss Valdivia pasó a depender de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Con la reforma que da origen a la Región de los Ríos, se creó la SEREMI que depende de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

La Red Asistencial de Atención Primaria con la que cuenta el ss Valdivia para la Comuna de Valdivia, se compone de cinco centros; cuatro de Salud Familiar (CESFAM); Gil de Castro, las Animas, Niebla y Angachilla, administrados por la municipalidad, y un consultorio de administración directa del ss Valdivia; el Consultorio Externo.<sup>33</sup> Al igual que en el resto del país, estos centros son la puerta de entrada al sistema de salud.

El programa de Salud Mental implementado en el ss Valdivia alrededor del año 1992 por mandato del MINSAL partió cuando éste aún dependía de la administración de la Región de Los Lagos. Posteriormente, a fin de ajustarse a los objetivos de la primera edición del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000, se transformó en una USMP, que se ha mantenido hasta hoy como la unidad especializada en el tema del ss Valdivia, ahora dependiente de la nueva administración de la Región de los Ríos.

Hasta el año 2007, los problemas de Salud Mental y Psiquiatría, que eran pesquisados en los Centros de Atención Primaria, y cuya gravedad se consideraba de atención secundaria, eran derivados a la Unidad de Psiquiatría del Hospital Regional de Valdivia, única instancia para el tratamiento de este tipo de enfermedades, tanto en régimen cerrado como abierto. En este contexto se dieron mis primeros acercamientos a las prácticas de intervención en Psiquiatría en Valdivia.

El Instituto Psiquiátrico de Santiago, donde yo trabajé, había sido uno de los grandes hospitales psiquiátricos, que según el Plan Nacional de Salud Mental y

---

<sup>33</sup> <http://www.ssvddivia.cl/>, extra:// Consultado el 10 de mayo de 2010.

Psiquiatría, debía ser transformado a fin de ajustarse a los nuevos tiempos y formar parte de las RSMP.

Los cuatro hospitales psiquiátricos existentes se integran al desarrollo estratégico de esta red de servicios de Salud Mental y Psiquiatría, contribuyendo tanto en el nivel secundario como terciario de resolución:

- En el nivel secundario, el objetivo de estos hospitales es responder a las necesidades de la población beneficiaria de sus respectivos Servicios de Salud formando equipos de Salud Mental y Psiquiatría ambulatorios, hospital de día, y hogares protegidos, además de proveer las camas requeridas en servicios de psiquiatría de corta estadía.
- En el nivel terciario, pueden proveer a varios Servicios de Salud con camas en servicios de psiquiatría de mediana estadía, en unidades de adicción ambulatorias y con hospitalización, y en unidades de psiquiatría forense.
- En cuanto a la población actualmente internada en sus servicios de crónicos (alrededor de 1.700 personas), se continuará el proceso gradual de externalización a dispositivos comunitarios que les den la posibilidad de una mejor calidad de vida —hogares protegidos, residencias para personas con retardo mental, hogares para personas con demencia, centros de larga estadía para pacientes con discapacidad neurológica severa, etc.— y de mejoría de condiciones de vida y expresión más plena de derechos para los pacientes que permanezcan hospitalizados debido a la severidad de su discapacidad. (MINSAL, 2006: 12)

Cuando comencé a trabajar en el Instituto psiquiátrico, ya varios de los pacientes que antes poblaban los pabellones de crónicos vivían en Hogares Protegidos.<sup>34</sup> Para los pacientes que ingresaban, la internación, idealmente, no debía ser superior a seis meses, el tiempo que se consideraba necesario para la estabilización de los síntomas más graves. Además, en lo posible, se debía privilegiar la hospitalización diurna<sup>35</sup> por sobre la internación. Después del

---

<sup>34</sup> Según la Norma técnica: “Se entenderá por Hogar Protegido una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias. Estos hogares deben garantizar una dinámica de funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establecen en cualquier grupo humano de adultos que habitan una residencia común, es decir, fomentar la participación (promoviendo la expresión de afectos, ideas y opiniones), el respeto, la tolerancia y las relaciones afectivas” (MINSAL, Unidad de Salud Mental, 2000: 7).

<sup>35</sup> Según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, cada RSMP debe contar con un Hospital de Día, “como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades

período de hospitalización, si se consideraba necesario, el paciente se debía incorporar a programas de rehabilitación ambulatorios, que idealmente se llevaran a cabo fuera del Instituto, en centros de rehabilitación.

Nada de esto ocurría en Valdivia. En 2004, cuando llegué, existía un Hospital de día que funcionaba dentro del recinto de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base y esto no sólo era un tema geográfico, sino que también administrativo. Éste no respondía a los propósitos de ser una alternativa a la internación, ya que muchos pacientes internados en la Unidad de Psiquiatría acudían al Hospital de día. Por otra parte, existía un Hogar Protegido, que estaba fuera del recinto del Hospital Base, pero que era administrado por los mismos profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital. Lo mismo ocurría con un programa de rehabilitación. Tanto en el Hogar Protegido, como en el programa de rehabilitación, se mantenían lógicas propias de la Unidad de Psiquiatría, tales como el acceso restringido a los espacios y el control de horarios y de las salidas. Este tipo de prácticas eran las que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría intentaba terminar y en ese sentido, la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base reproducía el orden de un hospital psiquiátrico, incluso más arraigado y menos cuestionado, que en el Instituto Psiquiátrico de Santiago.

Esto se conectó con una serie de críticas a la situación de los pacientes psiquiátricos en Valdivia, desde el área de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio y con la iniciativa de Andrea Surita, trabajadora social que colaboraba en la USMP del SS Valdivia. Ella me invitó a participar de capacitaciones y actividades, en las que me involucré con la necesidad de realizar cambios en las formas de atención en Salud Mental y Psiquiatría en Valdivia. Así surgió la idea de crear nuevos centros, donde se insertaran los ESMPA, que permitieran conformar efectivamente una RSMP. Esta iniciativa es finalmente concretada en el 2008 con la creación de dos Centros de Salud Mental Comunitarios (en adelante CESAMCO) y un Hospital de Día,

---

graves y que cuentan con red social de apoyo, y como post alta para acortar el tiempo de la internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía” (MINSAL, 2006: 9).



independientes de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base. Los CESAMCO albergarían a los ESMPA para dar atención ambulatoria y el Hospital de Día permitiría la atención semi cerrada, como alternativa a la hospitalización.

El Centro de Salud Mental Comunitaria es un establecimiento de atención ambulatoria, especializado en Salud Mental y Psiquiatría, integrado a la Red de Salud General y a la Red de Salud Mental y Psiquiatría. Trabaja con una población beneficiaria referida por la red asistencial y que desarrolla, de acuerdo a sus funciones, acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social en personas con problemas y trastornos de su salud mental de moderados a severos. (MINSAL, 2008)<sup>36</sup>

Reconstruyendo el proceso, pude saber que en noviembre del 2007 se contrató a un grupo de profesionales que luego serían asignados a los diferentes centros. Sin embargo, esta contratación se hizo cuando aún el SS Valdivia no contaba con lugares habilitados para la atención de usuarios. Los aspectos burocráticos demoraron el proceso, por lo que durante los meses previos a la apertura de los centros, los profesionales contratados trabajaron capacitándose en el Modelo Comunitario y realizando un Diagnóstico Comunitario (Centro de Salud Mental Comunitario Angachillas, 2008). Éste consistió en la recopilación de información del territorio, que luego sería atendido por uno de los centros. Como conclusión de este estudio, el equipo de profesionales estableció que los principales problemas de Salud Mental en el territorio eran la depresión, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y la drogadicción. Además, se concluyó que no existía una relación entre las necesidades de Salud Mental expresadas por la población y la cobertura otorgada por la Atención Primaria. También se estableció la existencia de otros problemas que afectaban la Calidad de Vida. En primer lugar, aspectos relacionados a la calidad de las viviendas: el hacinamiento, la falta de privacidad, la falta de protección de las condiciones climáticas. En segundo lugar, la estigmatización como sectores considerados peligrosos; y en tercer lugar, la falta de infraestructura y recursos humanos para dar cobertura en temas de salud en general. Finalmente como recursos y potencialidades se establece que en el territorio existía: 1) confianza hacia los

---

<sup>36</sup> Norma técnica para la implementación y funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria.

equipos de salud; 2) identificación con los barrios y con organizaciones comunitarias y 3) cantidad y diversidad de las organizaciones comunitarias existentes

Sólo entre los meses de mayo–junio de 2008, estuvieron habilitados los lugares para el funcionamiento los CESAMCO. En ese momento el equipo inicial fue dividido y se conformaron dos ESMPA, que se repartieron en los dos CESAMCO: uno en el sector de las Ánimas, y otro en el sector de Angachilla. Cada uno debía atender a la población derivada desde los Centros de Atención Primaria de su territorio.

EL CESAMCO del sector de Angachilla, fue mi elegido. Según la información que pude obtener al llegar a Valdivia en noviembre de 2008, este CESAMCO era el que se encontraba con más dificultades en su funcionamiento. Estaba muy por debajo del rendimiento esperado según las evaluaciones de la USMP del SS Valdivia y el equipo se resistía a la aplicación de varias de las medidas dictadas por dicha Unidad.

Llegué al CESAMCO de Schneider con ciertos prejuicios, porque desde mi rol en la USMP del SS Valdivia, había sabido de muchos cuestionamientos a ese CESAMCO. Era el blanco de la crisis en Salud Mental en ese minuto. Era como el hijo rebelde de los tres dispositivos que nacieron el 2008. Entonces llegué con una carga negativa hacia el CESAMCO y hacia todos sus integrantes en términos de desempeño, que iba desde lo técnico hasta lo administrativo. Por esto, fue difícil poder negociar conmigo misma esos aspectos”. (Tamara Miranda, 2009; extracto narrativa)

En noviembre de 2008, es decir, sólo cinco meses desde que comenzara a funcionar, llegué hasta el CESAMCO del sector Angachilla, ubicado en calle Schneider 555, Valdivia. Primero me reuní con la encargada de la USMP del ss Valdivia, quien ya me conocía y previamente me había confirmado la posibilidad de incorporarme a uno de los ESMPA. Sin embargo, y debido a una serie de conflictos con los integrantes de los equipos, me puso como condición, que fuese el equipo quien decidiera si accedía a que me insertara de la forma como yo lo proponía.

Durante los primeros cuatro meses de estadía en Valdivia, tuve reuniones con los integrantes del equipo, en las que debí explicarles varias veces en qué consistía mi investigación, tarea nada fácil teniendo en cuenta que los conceptos centrales eran desconocidos para quienes estaban directamente implicados. Además, cuando lograba explicárselos se sentían amenazados. En el tiempo que llevaban funcionando, ellos habían tenido varios problemas para validar su trabajo, y no deseaban que alguien diera argumentos para más críticas de las que ya recibían, en especial, desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base y desde la USMP del SS Valdivia.

Debido a las dudas que les generaba mi investigación, los integrantes del equipo me pidieron un tiempo para discutir el tema, que se extendió hasta marzo de 2009. Finalmente y luego de varios meses de conversaciones, accedieron a incorporarme como una más. Quizá haya sido por la expectación que me provocó el tiempo de espera, pero el primer día que asistí a una de las reuniones clínicas, me sentía agradecida. Ninguno de ellos me conocía y sin embargo me abrían las puertas para investigarlos y confiaban en mí y en mi proyecto.

Yo iba buscando un ESMPA, es decir, algo así como un grupo de profesionales claramente identificables como los “articuladores de la RSMP” sin embargo, me encontré con que la mayoría de quienes trabajaban en el CESAMCO, no se reconocían como parte de un ESMPA, en los términos en que se establecía en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, sino que más bien, como parte del equipo del CESAMCO de Schneider. Es decir, para quienes trabajan ahí no existía diferencia entre ser parte de un ESMPA y ser parte de un CESAMCO y sus expresiones en relación a su trabajo, siempre estaban relacionadas al CESAMCO. De hecho, las reuniones a las que asistí no se entendían como reuniones de un ESMPA, sino como reuniones del CESAMCO de Schneider.

Durante la realización de mi trabajo de campo, hubo quienes participaron todo el tiempo, otros que sólo estuvieron al principio, y otros que llegaron al final. A continuación presentaré a mis compañeros de trabajo y explicaré quienes

participaron de las reuniones de equipo a las que asistí y en qué manera. Sólo me refiero a los nombres, y no a los apellidos por respeto a quienes no quisieron participar más activamente de mi investigación.

Estuvieron de forma habitual y continúa en las reuniones: Sandra, coordinadora del Centro y terapeuta ocupacional; Rodrigo, psicólogo de adultos; Cristóbal, psicólogo infantil; Marcela, trabajadora social; Patricia, médico familiar; Tamara, terapeuta ocupacional; Mariam, psiquiatra infantil; y Tania, psicóloga. Las tres últimas: Tamara, Mariam y Tania, además de participar del equipo, trabajan en la USMP del SS Valdivia y llegaron al CESAMCO por la falta de profesionales para la atención, y con el objeto de acompañar al equipo, luego de un proceso de evaluación que arrojó como resultado problemas en el funcionamiento.

Durante los primeros meses, también participaron de las reuniones: Ángela, secretaria; Bernardita, médico psiquiatra de adultos y María Isabel, enfermera matrona. Ángela en el mes de julio se fue por un permiso de pre y post natal y en su reemplazo llegó Marcos. Bernardita, había llegado al CESAMCO, para cubrir horas de psiquiatra de adultos que faltaban, pero ella no estaba contratada para esa función. La USMP del SS Valdivia la había contratado para atender en una unidad especializada en jóvenes infractores de ley, pero dado que ésta aún no estaba habilitada cuando se le contrató, ella comenzó a apoyar en el CESAMCO de Schneider. Esto se mantuvo hasta mayo de 2009, cuando comenzó a funcionar el centro de jóvenes infractores de ley. María Isabel en el mes de junio fue despedida. En su reemplazo llegó Paula, enfermera, y junto con ella se contrató también a Natalia, técnico paramédico.

También participaron de las reuniones, Joel y Francisca, estudiantes en práctica de Terapia Ocupacional.

En el CESAMCO trabajaban también Carlos, auxiliar de servicio; y dos psiquiatras de adultos, Bárbara y Patricio, quienes, no participaban de las reuniones. “Don Carlos”, como lo llamábamos, estaba siempre en el CESAMCO, pero se quedaba fuera de las reuniones. Mientras nosotros nos reuníamos, él era quien atendía el teléfono y abría la puerta, y él era también el encargado de traer las fichas

de los usuarios, cuyos casos se presentaban en las reuniones, y luego regresarlas a su lugar en la secretaría.

No todos quienes trabajaban en el CESAMCO tenían jornada completa; de hecho los únicos que, según sus contratos, debían trabajar 44 horas a la semana, eran Don Carlos, Ángela, Rodrigo, Marcela y María Isabel. Luego, al irse María Isabel, Paula que llegó en su reemplazo también tuvo jornada completa, y lo mismo Natalia. Los demás tenían, según sus contratos jornadas parciales. Esto hacía difícil la coordinación, ya que la mayor parte del tiempo, no se encontraban todos los integrantes del equipo en el CESAMCO, y esto se sumaba a que cuando estaban los profesionales que trabajan menor cantidad de horas a la semana, especialmente los médicos, debían atender usuarios, por lo que disponían de muy poco tiempo para otras labores.

A continuación, presento un cuadro explicativo con nombres, profesiones, jornadas semanales en número de horas y el tiempo de participación en las reuniones durante la realización del trabajo de campo, de cada uno de los profesionales.

Nombre y profesión	Jornada semanal número horas	en de	Período de participación en reuniones durante la realización del trabajo de campo
Sandra Terapeuta ocupacional	33		Abril a septiembre de 2009
Rodrigo Psicólogo	44		Abril a septiembre de 2009
Cristóbal Psicólogo	22		Abril a septiembre de 2009
Marcela Trabajadora social	44		Abril a septiembre de 2009
Patricia Médico familiar	11		Abril a septiembre de 2009
Tamara Terapeuta ocupacional	11		Abril a septiembre de 2009
Mariam Psiquiatra infantil	11		Abril a septiembre de 2009
Bernardita Psiquiatra adultos	11		Abril a mayo de 2009
María Isabel Enfermera matrona	44		Abril a junio de 2009
Paula Enfermera	44		Junio a septiembre de 2009
Natalia Técnico paramédico	44		Junio a septiembre de 2009
Ángela Secretaria	44		Abril a julio de 2009
Marcos Secretario	44		Julio a septiembre de 2009

Nadie de los que trabajaban en el CESAMCO tenía un contrato de trabajo; todos tenían contratos como trabajadores independientes a honorarios,<sup>37</sup> es decir, quien contrataba “sus servicios” (el ss Valdivia) podía prescindir de ellos en cualquier momento sin obligación de pagar una indemnización. Además no se les pagaba cotizaciones provisionales ni de seguridad social.

<sup>37</sup> El contrato a honorarios es una convención en virtud de la cual una parte se encuentra obligada a prestar servicios específicos, por un tiempo determinado a favor de otro, el que a su vez se obliga a pagar una cierta cantidad de dinero por dichos servicios. Se rige por las reglas relativas al arrendamiento de servicios inmateriales, artículo 2006 y siguientes del Código Civil chileno. El hecho que el contrato a honorarios se rija por las normas civiles y no laborales, trae una serie de consecuencia prácticas, como por ejemplo, que no es procedente descontar las cotizaciones previsionales y de seguridad social a una persona contratada a honorarios, tampoco está afecto a las normas relativas al ingreso mínimo mensual, descansos, protección a la maternidad, negociación colectiva etc.

La gran mayoría de los profesionales eran jóvenes y éste era su primer o segundo empleo desde que habían egresado de la universidad. La mayoría éramos, me incluyo, hijos de padres que no habían llegado a la universidad. Como lo propone Sandoval (2004), éramos fieles ejemplos la “factibilidad de contar con profesionales dispuestos a desplazarse a entornos alejados”, por ser parte de esas nuevas capas sociales que comienzan a acceder a la educación superior y con ello generan un excedente de profesionales, que permitiría la regulación del mercado laboral, y así abaratar nuestra contratación por el aumento de la oferta.

El espacio físico del CESAMCO de Schneider corresponde a lo que fuera un galpón. Éste fue habilitado con 120 m<sup>2</sup> que se distribuyen en de la siguiente manera:

- 1.- Una enfermería, donde se almacenan y entregan los medicamentos. En esta sala estaban habitualmente la enfermera, y después también la técnico paramédico. Además de los medicamentos había algo de instrumental de enfermería: camilla, pesa, termómetro, etc.
- 2.- Cinco box de atención de usuarios. Atendidos por Sandra, Marcela, Rodrigo y Cristóbal. El quinto box lo utilizaban habitualmente Mariam, Patricia, y los psiquiatras que atendían en horario vespertino. Si bien esa era la distribución habitual, los box se utilizaban según su disponibilidad por los diferentes profesionales.
- 3.- Una sala de reuniones, donde se reúnen tanto profesionales como usuarios. En esta sala se realizaban las reuniones de equipo y las reuniones de grupo de los usuarios: grupos de autoayuda, grupo de niños y grupo de mujeres.
- 4.- Una secretaría, donde se recibía a los usuarios y se almacenaban las fichas clínicas.

- 5.- Una sala de espera, unida a la secretaría, que contaba con un televisor, sillas y una calefacción a leña.
- 6.- Dos baños. Ambos se utilizaban indistintamente por hombres y mujeres y estaban habilitados para discapacitados.
- 7.- Un altillo habilitado con una sala comedor y un baño, para uso exclusivo de los profesionales. La sala comedor contaba con una mesa y sillas, además de equipamiento de cocina: un lava platos, un horno microondas, platos, cubiertos, etc.
- 8.- Un patio donde se almacenaba la leña. Además, en el patio era el único lugar donde se podía fumar, por lo que solía ser el lugar de encuentro y distracción de los integrantes del ESMPA entre labores.

**Figura 3**  
**Fachada CESAMCO ubicado en Schneider 555, comuna de Valdivia**





### **3.2. Las reuniones clínicas: personas, usuarios y casos**

Cada jueves asistí a las reuniones de equipo del CESAMCO Schneider. Debido a las jornadas parciales de gran parte de los integrantes del equipo, sólo los días jueves coincidía la mayoría de los profesionales. En estas reuniones se abordaban los temas de coordinación. Pese a que las reuniones se extendían toda la jornada, no todos los integrantes del equipo estaban presentes todo el tiempo. Entre los diferentes temas, se sucedían las entradas y salidas de profesionales que debían, además de participar en las reuniones, estar atendiendo a usuarios, o realizando otras gestiones.

En síntesis, las reuniones de los días jueves consistían en dos instancias; por una parte, se daban las “reuniones clínicas” y por otra las “reuniones de coordinación”. En las reuniones clínicas cada profesional exponía un “caso” y la sesión estaba dividida en dos etapas: desde las 9:00 hasta las 11:00 se trataban casos de niños y adolescentes, y desde las 11:00 hasta las 13:00 se trataban casos de adultos. En las tardes se veían los temas de “coordinación”.

Cada profesional tenía la posibilidad de presentar en las reuniones clínicas los casos, que consideraba, requerían de una mayor discusión en el equipo. Según pude ver, se le denominaba “caso” a una situación problemática de un “usuario”, y se denominaba “usuario”, a toda persona que hubiese sido ingresada al CESAMCO para recibir atención. El profesional que presentaba el caso era el encargado terapéutico (en adelante ET) del usuario. Este ET por lo general era quien había hecho el ingreso del usuario como parte de una dupla psicosocial.

Se le denominaba dupla psicosocial a los profesionales que hacían la entrevista de ingreso. Por lo general, estaba constituida por un psiquiatra y otro profesional. Ese otro profesional era a quien habitualmente se le asignaba como ET, es decir, quien debía seguir el caso, realizar las citaciones, derivar a los otros profesionales de ser necesario y presentar el caso en la reunión clínica.

Durante las primeras reuniones clínicas a las que asistí, el ESMPA estaba en un proceso de ajuste, como respuesta a la evaluación hecha desde la USMP del ss

Valdivia. Uno de los resultados de esta evaluación tenía relación con la falta de un Plan Individual de Tratamiento para cada usuario ingresado. En concreto, lo que se le cuestionaba al equipo era que no había explicitado en la ficha de cada usuario cuáles eran los objetivos de la intervención. En respuesta a este cuestionamiento, el equipo había comenzado a revisar los casos de todos los usuarios del CESAMCO.

Cada profesional, con la ficha de un usuario en la mano, comenzaba planteando el caso con el nombre de la persona, la edad y diciendo desde dónde había sido derivado y/o cuál era el motivo de consulta. Luego de esta introducción, era habitual que se hiciera un relato de la experiencia durante la entrevista; cómo vieron los entrevistadores al entrevistado, si venía o no con un acompañante, las actitudes que observaron de él, etc.

El tema del acompañante era especialmente relevante si el caso era de un niño o de un adolescente. En estos casos, siempre se informaba si el usuario había venido con la madre o no. Si no había venido la madre se consideraba un dato importante la razón de la ausencia. También era especialmente relevante la actitud que los entrevistadores observaban en los acompañantes. Si se trataba de la madre se solía hacer una descripción de la actitud de ella: si era una madre cariñosa, preocupada, distante o indiferente

A veces se incluía una breve reseña de la historia de vida de la persona, una descripción del grupo familiar y del lugar donde vivía. Para la descripción del grupo familiar, en ocasiones se reproducía en la pizarra el genograma, es decir, una representación esquemática del grupo familiar, que por lo general estaba también en la ficha. Otros profesionales, que habían visto a la persona en cuestión, hacían sus aportes acerca de sus percepciones. En la mayoría de los casos se proponían posibles razones que explicaran el problema. Los otros profesionales, que no habíamos visto a la persona comenzábamos a hacer preguntas a fin de complementar información que considerábamos faltante.

A continuación presento la transcripción de un extracto de la presentación de un caso en una reunión clínica:

- Sandra: tengo otro caso infantil. Javier, tiene tres años, llegó por observación de trastorno conductual y retraso en el desarrollo. Lo trajo la abuela y una tía materna. La abuela se llama Rosa. Le preguntamos por qué no vino con la mamá y nos dijeron que la mamá trabaja como asesora del hogar, por lo que no tenía tiempo. Los padres están separados y el niño estuvo en COANIL<sup>38</sup>

- Tania: ¿Por qué estuvo en COANIL?. Ojo con eso. ¿Fue desde el comienzo o fue después por abandono o por patología?

- María Isabel: lo que más llama la atención es que está constantemente salivando con la boca abierta. A los tres años no dibuja y tiene un lenguaje bajo. Eso sí, tiene movimientos acordes a la edad de desarrollo. No distingue colores y en su lenguaje acentúa la “ch”.

- Sandra: tanto la tía como la abuela tienen poco lenguaje y problemas para hablar. Puede ser un problema de falta de estimulación también.

Extracto transcripción reunión clínica, 23 de abril de 2009.

En este caso, Sandra y María Isabel habían visto al chico y por lo tanto hacían la descripción de la situación. Luego, Tania, que no había estado en contacto con el chico les hacía preguntas a fin de poder explicarse las razones del problema. Por su parte, Sandra también iban aportando sus deducciones, más allá de lo que habían visto, a fin de explicar los motivos del problema.

Así, la presentación de un “caso” se podría comprender como el momento en que un “usuario” es traído a la mano del equipo con el fin de configurar un relato explicativo de su situación. Era durante las reuniones clínicas, que un usuario podía ser analizado, comparado con otros, esquematizado, y se transformaba en un objeto de saber/poder (Bertram y Powel, 2005). Para esto, era necesario que quienes habían tenido la oportunidad de estar en contacto con el usuario, señalaran lo que habían visto, y para poder dar cuenta de cada detalle, era necesario que previamente hubiesen realizado un ejercicio, que se podría entender como vigilancia.

---

<sup>38</sup> Coanil es una fundación privada, sin fines de lucro que tiene por propósito ayudar a niños, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual a lo largo del país.

Pese a que lo que justifica que un sujeto llegue a ser objeto de intervención de un ESMPA, es el *hecho* de que tienen un diagnóstico clínico, la incorporación de la realidad social y de la historia de los sujetos/objetos de intervención, a la configuración de los casos, es vista como un paso hacia una mejor comprensión y como la clave de las soluciones a los problemas. Esto se indica en las narrativas de los profesionales.

Es decir, atender al usuario que viene como un individuo o como un ser individual, que no depende de nadie, creo que es un error. Todas las personas vienen de una familia, vienen de un contexto determinado y todo lo que propone el enfoque bio-psico-social, creo que es muy cierto, es decir, hay muchos factores que al final derivan en la problemática. Estar acá me ha servido para reafirmar lo que yo pensaba, es decir, que si queremos ver una problemática, tenemos que entender los factores que están incidiendo y sobre eso intervenir. (Cristóbal Pacheco, 2009. Extracto narrativa)

Este ejercicio de vigilancia ya no se restringe al sujeto, sino que además incorpora a su *familia* y su *contexto*. En este sentido, la búsqueda de signos o síntomas de la enfermedad, descrita por Foucault (1976) para el caso del encierro que se daba en el manicomio, parece haber cambiado. La justificación de los profesionales para vigilar estos nuevos elementos se puede interpretar como el medio por el cual extraen un referente del discurso desde una realidad *bio-psico-social* que no se limita a un individuo. Esto tiene sentido para la elaboración de una explicación *bio-psico-social* del problema.

Para esto se han incorporado nuevas formas de acceder a los sujetos/objetos de intervención tales como las visitas a los domicilios, a los lugares de trabajo, las entrevistas con los familiares y la incorporación de los familiares a las estrategias de solución de los problemas.

Así, para cada caso que se presentaba, el equipo buscaba generar una historia que explicara las causas de los problemas, no como el resultado de una alteración biológica o psíquica del sujeto, sino como el resultado de la compleja interacción entre los diferentes aspectos sociales y culturales en juego. Aspectos como la descripción del entorno familiar y el tipo de relaciones del

usuario con otros eran información relevante. Pero, para la obtención de esta información, no siempre bastaba con la entrevista; en la mayoría de los casos, se consideraba necesario además ir hasta los lugares donde el usuario vivía. Las visitas consistían en el desplazamiento de uno o varios de los integrantes del equipo hasta la casa, el trabajo o el colegio de un usuario. Uno de los propósitos de estas visitas era recopilar información, aunque no el único, ya que también se les consideraba como una forma de intervención.

En las reuniones de equipo, las visitas solían ser sugeridas como un medio de obtención de información, en especial, cuando la entrevista no brindaba la información suficiente para elaborar una explicación satisfactoria. Una vez realizada la visita, la información obtenida también era socializada en las reuniones clínicas. Por lo general, este tipo de visitas, con el propósito de obtener mayor información, eran solicitadas a Marcela, la trabajadora social del equipo, y una vez que la visita se había realizado, ella era quien entregaba los antecedentes que había logrado obtener.

A partir de las experiencias de los profesionales con las realidades psicosociales de sus sujetos/objetos de intervención, se extraía un referente del discurso (Latour, 2001), que pasaba a configurar un caso. Para esto, era necesaria previamente una instancia en la cual, esas experiencias fueran compartidas con los otros profesionales. En las reuniones clínicas, ya en la lejanía con los sujetos/objetos de intervención, las descripciones de las experiencias eran analizadas por todos, con el propósito de brindarles una explicación y establecer estrategias de solución. Tanto en las explicaciones como en la búsqueda de soluciones, se incorporaban elementos de las realidades psicosociales de los sujetos/objetos de intervención.

Esto, que se podría interpretar como una ampliación del campo de la vigilancia a los espacios cotidianos de los sujetos/usuarios, no tenía únicamente el propósito de recoger información para explicarse las posibles causas de los problemas, sino que configuraban lo que había de ser explicado, ya no como una entidad patológica propia de un sujeto, sino como una realidad psicosocial. Además se relacionaba con las propuestas de las posibles soluciones o las

intervenciones que se debían llevar a cabo. En este sentido, se puede ver al equipo del CESAMCO como una comunidad de pensamiento, en que, el estilo de las explicaciones no sólo explican algo, sino que configuran lo que ha de ser explicado (Rose, 2007b). A partir de ahí se establece una lógica para validar o refutar explicaciones que permitan identificar dificultades.

Un ejemplo que puede graficar esto es cómo se priorizaban los objetivos de una intervención en función de las explicaciones y la configuración de un caso. A continuación, un ejemplo que puede servir para dar cuenta de esto.

Cristóbal presentó el caso de un chica de 11 años con problemas de sobrepeso, diabetes e hipertiroidismo, que había sido derivada al CESAMCO por presentar signos de depresión y trastorno ansioso. De los antecedentes que se entregaron en la derivación, Cristóbal resaltó que la chica había tenido un cambio a partir del año 2004, cuando sus padres se separaron. Luego nos contó que al indagar más durante la entrevista, había descubierto que desde la separación a la fecha, el padre había estado amenazando de muerte a la madre, y que la chica había escuchado en alguna oportunidad estas amenazas. También nos contó que según su indagación durante la entrevista, el principal problema para la niña era que comía mucho, lo cual él explicó por sus síntomas ansiosos, que a su vez resultaban de las amenazas de muerte hacia la madre.

- Cristóbal: ...duerme mucho, muy irritable, llega a la casa y no quiere que nadie le hable, está muy pegada a la mamá, dice ella, la madre, se duerme muy tarde, se queda despierta casi toda la noche y a raíz de esto come mucho.

- Tania: tiene el sueño invertido entonces, tiene los hábitos de sueño invertidos porque se duerme tarde y luego duerme todo el día.

- Cristóbal: claro. Y una vez, según lo que señala, se le apareció el abuelo que había muerto. La mamá refiere que a ella también se le apareció su papá muerto. Es una niña que llora mucho, se ve que está muy nerviosa y su problema, dice ella, es que come mucho y dice que no se puede controlar. Es como un cuadro ansioso depresivo: tiene el componente de labilidad emocional, mucha angustia, muy enojada y come mucho, que es su problema.

Efectivamente en algunas ocasiones ha tenido algo como un trastorno por ansiedad generalizada, le han dado, por ejemplo, algunos ataques de pánico y ha tenido la idea de que se va a morir. Dice que tiene muchos amigos, es bastante sociable, es una niña que tiene un muy buen rendimiento académico. Están con una medida de protección por las amenazas. La niña a veces se despertaba con miedo. Finalmente no se puede explicar a partir de eso, pero es un episodio significativo lo de las amenazas.

- Sandra: ¿ella las escuchó una vez o varias veces?

- Cristóbal: varias veces.

- Tania: pero ¿hace tiempo que los papás se separaron o ...?

- Cristóbal: el 2004.

- Tania: y las amenazas ¿fueron en ese período?

- Cristóbal: fueron en ese período y continúan hasta el día de hoy, según la mamá y por eso ella no deja que se contacte con el papá.

- Tania: Y la mamá ¿habla mucho de eso delante de la niña?

- Cristóbal: sí, habló delante de ella y de hecho nosotros hicimos salir a la niña.

- Tania: perdió ella el filtro entonces. Aquí ustedes hicieron salir a la niña ¿pero y en la casa?

- Cristóbal: la debe exponer mucho a este tema.

- Tania: a lo mejor ella se siente amenazada.

- Cristóbal: entonces es comprensible que esté muy ansiosa. Es un ambiente bastante tenso en la casa. Nosotros proponemos con Tamara un plan de tratamiento enfocado en primera instancia a la evaluación por psiquiatra, por el tema del control de la ansiedad, así que si tú, Mariam, la puedes ver para ver, si requiere de apoyo farmacológico, y luego que Tamara se involucrara en el plano

de Terapia Ocupacional para trabajar los hábitos alimenticios, y relacionar esto a la expresión emocional, que es algo que esta niña evidentemente necesita. Mi participación será según la evaluación del psiquiatra infantil.

- Tania: así como se ve, sería bien reactiva su ansiedad, que se potencia por... Yo invertiría los objetivos Cristóbal, en el sentido de que creo que el énfasis es la expresión emocional, porque lo alimentario es secundario a lo otro y el foco sería también modular a esta mamá; que cuide cuándo ella cuenta esto, lo comparte con otras personas, porque yo creo que ella se debe sentir súper indefensa, porque la mamá le transmite esa indefensión.

- Cristóbal: como la mamá se siente súper ansiosa, le transmite a la niña ciertos mensajes. Eso es inadecuado, porque es algo de lo que la niña no se puede hacer cargo. Imagínate, ella que tiene su cuota de ansiedad, y encima modular la ansiedad que tiene la mamá y que le deposita mediante estos mensajes, es mucho. Sería ideal, en este caso que Tamara trabajara con la niña y tal vez yo me podría vincular con la mamá.

Extracto transcripción reunión clínica, 23 de junio de 2009.

En este caso, el problema que se busca solucionar es la ansiedad de la usuaria. Este síntoma para los profesionales no se explica por un problema de ella, sino que por lo que el entorno familiar le está provocando. Esta explicación de las causas del problema provoca un desplazamiento de las posibilidades de solución desde la usuaria al entorno familiar. De esta forma las explicaciones, así como lo explicado, derivaban en soluciones que consideraban el entorno.

Respondiendo a las preguntas que nos hemos formulado en el capítulo II, ahora podemos decir que los integrantes del ESMPA del CESAMCO de Shneider 555, más que hacer actuar a los sujetos/objetos de intervención, en este primer momento, con sus actuaciones hacen aparecer un entramado de relaciones que generarán un caso psicosocial. Podemos pensar que, través de estas actuaciones como interventores, los profesionales nos creábamos como agentes de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. También, íbamos descubriendo los casos, como realidades psicosociales. Tales descubrimientos,



no ocurrían sólo en la experiencia de cercanía con los sujetos/objetos de intervención, sino que también en la trastienda o lejanía de éstos.

Lo que ganábamos los interventores en la cercanía con los usuarios, no era sólo la experiencia con un sujeto, sino que la proximidad con las relaciones que ese sujeto establecían con su entorno social. Para acceder a la cercanía con esta realidad psicosocial, debíamos ir hacia los espacios más allá del CESAMCO, es decir, los espacios donde habitaban los sujetos/objetos de intervención. Estos desplazamientos eran lo que nos otorgaba la posibilidad de ver y decir algo en relación a los casos psicosociales.

Luego, en la lejanía de estos entornos, los interventores teníamos la posibilidad de transformar la experiencia de cercanía, en un referente del discurso, que podía ser transmitido al resto de los profesionales, a fin de ser analizado, comparado y esquematizado. En este espacio, todos llegábamos a ver lo mismo: un caso psicosocial. Por lo tanto, podemos decir que en ese momento, se configuraba como un nuevo hecho y una nueva realidad. “Después, cuando pasamos a un razonamiento y a una reflexión logramos ver a la persona, cuando estamos en equipo, y todos opinamos. Creo que el ingreso, muy pocas veces nos hace saber quién es la persona, nos hace saber qué le pasa.” (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa).

Para esto, era necesario que los profesionales estableciéramos una serie de relaciones causales entre el entorno social más próximo de los usuarios, y el problema de salud mental o la enfermedad psiquiátrica. Entre el diagnóstico clínico inicial y la realidad psicosocial del sujeto/objeto de intervención; una relación entre un hecho natural, que sería la enfermedad, y un hecho social, que sería la realidad social del sujeto/objeto de intervención.

Esta cadena de hechos reversibles unía y articulaba entidades que configuran los casos psicosociales. Éstos se podrían identificar, en principio, como diagnósticos médicos y entornos sociales. Los signos y síntomas que se localizan en el cuerpo, y que pueden ser descifrados y nombrados (Foucault 1991), así como los síntomas característicos de una esencia, que es la

enfermedad mental (Foucault, 1976) pasan a configurar hechos positivos, objetos de conocimiento objetivo: el diagnóstico clínico con el que llegan los usuarios al CESAMCO de Schneider. Éste se puede entender como un referente del discurso que “reposa sobre el infinito sedimento acumulado por otras disciplinas, instrumentos, lenguajes y prácticas” (Latour, 2001: 45), que podemos ubicar en las coordenadas del conocimiento objetivo que se ha generado en torno al cuerpo, y a las formas de vida de cierto tipo de sujetos. También podemos decir que este referente del discurso permite que al menos, el psiquiatra pueda traer a la mano a una persona.

Luego, ¿qué son los entornos sociales? Una variedad de aspectos difíciles de clasificar: el lugar donde vive, las personas con las que vive, el lugar donde trabaja o estudia, las características del puesto de trabajo o del colegio de los usuarios, por mencionar algunas. A diferencia del diagnóstico clínico, donde los referentes del discurso son limitados, para el caso del entorno social las posibilidades eran infinitas. También, a diferencia del diagnóstico clínico, los profesionales no contábamos con una forma de clasificación previa, como ocurre en el caso de los diagnósticos clínicos, que eran asignados según los manuales de clasificación diagnóstica, en específico el CIE-10, que es a partir del cual se han elaborado los protocolos de atención.

Los profesionales no utilizábamos ningún tipo de herramienta de clasificación u ordenamiento para esta realidad psicosocial. Los aspectos que buscábamos conocer, en principio, no eran clasificados durante las observaciones ni a la hora de describirlos a los otros profesionales en las reuniones clínicas, lo cual era interpretado como un problema o falta.

Esta información la obtengo de las consultas con las personas y con algún familiar si es posible y a través de las visitas. No tengo una pauta a seguir, es un proceso que se va dando y que no ocurre en una pura sesión. No puedo identificar alguna forma de organización de esta información, lo cual si lo pienso, creo que es una gran falencia, y creo que nadie en el equipo lo hace, pero es difícil cuando no hay una cosa más importante que otra. Yo lo he intentado, pero no logro hacerlo. Por ejemplo, estamos empezando a trabajar en algo y sale otra cosa que también es importante. Yo partí trabajando con

una pauta más del ámbito del trabajo social, pero luego la fui eliminando porque no me era posible usarla. (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa)

Podríamos decir que estos referentes del discurso no eran entendidos por los profesionales como un hecho positivo, objeto de un saber objetivo, sino como un hecho social. Podríamos decir que reposaban sobre otro sedimento, distinto al generado por las disciplinas, técnicas, lenguajes y prácticas que hemos ubicado en las coordenadas de la generación de un saber objetivo en torno al cuerpo y las condiciones de vida de ciertos sujetos.

Acogiendo lo propuesto por Tirado y Mora (2004), proponemos que estos referentes del discurso reposan sobre el sedimento generado por las disciplinas, técnicas, lenguajes y prácticas, que se pueden rastrear en las comprensiones de lo social. Este sedimento, al cual los autores hacen alusión como “ese humus sobre el que se despliega el pensamiento social actual” (ibíd.: 49) es lo que permite extraer un referente del discurso desde, y dar inteligibilidad a una entidad llamada “lo psicosocial”.

Lo psicosocial tiene inteligibilidad para los profesionales en la medida en que es un *hecho, una relación, o una estructura*. ¿Qué significa esto? Siguiendo a Tirado y Mora (ibíd.) Durkheim es quien dota a los fenómenos sociales de una categoría ontológica equivalente a la de los hechos de la naturaleza, a fin de hacerlo objeto de análisis científico. Además, es quien coloca en el centro del pensamiento social la pregunta sobre cómo funciona lo social. Luego, respondiendo a esta pregunta, Weber (1944) comprende lo social como acción de uno, o varios sujetos, orientada y referida hacia otros. Lo social, como acción/relación se convierte en hecho, y la suma de relaciones se convierte en estructura. Finalmente la pregunta sobre cómo funciona lo social se traduce a la idea de una estructura: lo social es una estructura conformada por una serie de relaciones entre individuos. La inteligibilidad de lo social está dada por esta estructura, que es universal y natural, y que define cualquier colectivo.

El entorno psicosocial de los usuarios, por lo general, se enmarcaba dentro del entorno familiar: las relaciones que solíamos observar, analizar y explicarnos

los profesionales, se iban configurando, en la mayoría de los casos, en torno a la familia, es decir, al grupo de personas que convivía, o que tenían parentesco con el usuario. Esto se puede relacionar con la lógica de la focalización de las políticas sociales, que descuidan la totalidad de lo social y dificultan que los interventores puedan efectivamente vislumbrar una realidad social, con toda la complejidad que ésta implica para las personas involucradas en ella (Sajo, 2003).

En todos los casos, considerábamos a la familia dentro de las explicaciones de los problemas y de las posibles soluciones. Más aún, había casos en los cuales las acciones que el equipo consideraba debía realizar algún integrante de la familia para solucionar el problema de un usuario, no ocurrían. En especial, cuando se trataba de un caso de un niño o de un adolescente, considerábamos una serie de acciones y actitudes que debían modificar los adultos a cargo, a fin de solucionar los problemas que estaban aquejando al usuario. Pero en muchas ocasiones llegábamos a concluir que ese familiar necesitaba también de una intervención para lograr modificar sus acciones y actitudes. Así era habitual que un familiar terminara configurando otro caso, es decir, que fuera ingresado, y pasara a ser también un usuario del CESAMCO.

Por otra parte, cuando el caso era de un adulto, en especial tratándose de una mujer, siempre había una especial preocupación por el estado de los hijos. También hubo ocasiones en que los hijos de los usuarios terminaron siendo ingresados. Cuando la situación de una madre era considerada problemática, los hijos se consideraran “en riesgo”.

- Bernardita: ... ingresó en diciembre. La paciente ha estado mucho tiempo con tratamiento antipsicótico. Cuando ingresó tenía una pareja. Ella trabajaba en la casa de los padres del pololo. Cuando se pusieron a pololear, los padres se opusieron a la relación, pero ella se fue a la casa de su pololo. Tiene diagnóstico de retardo mental con episodios psicóticos. Hace poco la pareja se fue y ella vive ahora en la casa de una hermana... y ella tuvo un intento suicida en enero. No tiene ingresos económicos y tiene cuatro hijos. Antes el pololo la mantenía pero ahora ya no.

- Sandra: ¿No deberíamos trabajar con él?, ¿con su pareja?
  
- Bernardita: la pareja ya no existe, así que no se va a trabajar con él, sino que con la hermana.
  
- Sandra: propongo como objetivos evaluar la situación psicosocial, hacer una evaluación psicométrica a la usuaria para ver posibilidad de pensión y aclarar cómo se está tramitando su situación social.
  
- Bernardita: me parece bien, pero después habría que replantear los objetivos y si no funciona esto, habría que ver Hospital de Día. ¿Se podría hacer una visita antes del martes?
  
- Tania: Entiendo que los hijos están a cargo del padre, pero la hija de 13 años está en riesgo ¿No deberíamos considerarla también en los objetivos?
  
- Sandra: sí, creo que sí. Habría que ver también ese tema con la hermana

Extracto transcripción reunión clínica, 14 de mayo de 2009.

La preocupación por los hijos de una persona con problemas de salud mental se justificaba en la idea de “estar en riesgo”. La idea de que la situación de riesgo se puede, y se debe gestionar, especialmente en el caso de niños y adolescentes está presente en las políticas sociales en Chile. Se relaciona con la concepción de que las transformaciones sociales, propias del capitalismo y del neoliberalismo, han afectado a las formas tradicionales de la familia, y con ello, al desarrollo de niños y jóvenes (Balardini, 2000). Pero en el caso de la Salud Mental y la Psiquiatría, esto va más allá. Si alguien padece de problemas de salud mental, todos los integrantes de su familia pueden sufrir también de lo mismo. Esto se refleja en la lógica de derivaciones del CESAMCO.

Cabe recordar que el CESAMCO se considera una instancia de atención secundaria, es decir, un centro especializado que atiende aquellos problemas que no pueden ser solucionados en los centros de Atención Primaria. Por esto, los usuarios que ingresan al CESAMCO previamente han pasado por uno de estos centros, y desde ahí han sido derivados. Sin embargo, si una persona

ingresa como usuario al CESAMCO, los integrantes de su grupo familiar también pueden ser ingresados de forma directa, sin necesidad de pasar por un centro de Atención Primaria. En otras palabras, si el común de la población es derivado al CESAMCO porque se presume un diagnóstico, la familia de alguien que ya tiene un diagnóstico puede ser ingresada, más que por la identificación de una patología, debido a una situación de riesgo. Esto supone la sustitución de la lógica de la intervención ante una dolencia, por la de la intervención ante una probabilidad, derivada de la epidemiología que, a través de correlaciones estadísticas, ha establecido la posibilidad de pesquisar una etiología antes de que aparezca la enfermedad (Rose, 2007b).

Sin embargo, lo que ocurría en el CESAMCO de Schneider era que algunos familiares eran ingresados, porque eran un elemento a intervenir para solucionar los problemas de otros usuarios. Luego, al enfocar la mirada en ellos, aparecían problemas, que no eran develados por la visión de signos y síntomas en el sujeto, sino que por la relación que establecía con otro sujeto/objeto de intervención. Así se confirmaría luego la correlación de patologías, que señala a los sujetos como más susceptibles de padecer una enfermedad mental si alguien de su familia está en esa condición.

En estas situaciones, en que había más de un integrante de la familia ingresado como usuario, surgía una contradicción: si lo que ha de ser explicado es la realidad psicosocial de un sujeto, ¿cuál es la realidad a considerar cuando éstas se cruzan y se contradicen a partir de dos sujetos distintos a intervenir? Desde la comprensión de la realidad psicosocial de un sujeto, la causa de los problemas y las posibilidades de soluciones podían relacionarse a un integrante de su familia, pero luego desde la comprensión de la realidad psicosocial de ese familiar, esto podía invertirse. Este conflicto se expresaba en las reuniones clínicas. Ahí se confrontaban los objetivos de intervención que tenían los profesionales ET para sus respectivos usuarios cuando éstos resultaban contradictorios.

Un caso en particular puede ser muy representativo de esto: un chico de unos 10 años había ingresado al CESAMCO por depresión. Además, presentaba un

problema físico de nacimiento, un cuadro denominado *pie Both*, que lo hacía tener un aspecto diferente y ser menos ágil que el resto de los niños de su edad. Al recopilar antecedentes, se vio que en el colegio sufría de constantes burlas y violencia por parte de sus compañeros de curso. Rodrigo, el ET del chico, consideró que otro problema asociado, era que la madre era demasiado sobreprotectora, lo cual asoció con la personalidad de ésta. Entonces se decidió que otro profesional tomara a su cargo a la madre. Cristóbal asumió como ET de la madre y llegó a la conclusión de que el problema era que ella era muy insegura, y que era necesario ayudarla a tener mayor seguridad en sí misma. Finalmente las acciones de Cristóbal tuvieron repercusiones para los objetivos de tratamiento que se había propuesto Rodrigo.

- Rodrigo: ¿por qué no está viniendo la mamá?

- Cristóbal: porque abrió un boliche. Asumo que tiene que estar atendiéndolo constantemente.

- Rodrigo: pero ella fue tratada acá por el niño. ¿Qué pasa en relación al niño?.

- Cristóbal: ella era muy insegura. Su hijo la pasaba a llevar y le faltaba el respeto y ahora se está independizando del marido, por eso abrió su boliche.

- Rodrigo: pero según recuerdo el objetivo era que ella no victimizara ni sobreprotegiera a su hijo.

- Cristóbal: eso es precisamente lo que estamos trabajando. Ella no logra ver que tiene que darle seguridad a su hijo porque ella no es una mujer segura y le transmite ansiedad al chico.

- Sandra: es decir, que la señora está haciendo cambios, pero con el boliche ya no tiene tiempo para venir. Sería bueno ir a visitarla.

- Rodrigo: pero el niño sigue igual. En el colegio le pegan, lo maltratan y es el "jorobado de Notre Dame".

- Cristóbal: yo creo que ella está sobrepasada, ella también ha sido maltratada toda su vida.

- Sandra: ¿han ido al colegio del niño? Sería bueno hablar con el profesor y explicarle.

- Cristóbal: yo entiendo al niño y me da pena pero...

- Rodrigo: por muy sobrepasada que esté no puede desentenderse de su hijo. Resulta que ahora, después de sobreprotegerlo, quiere que asuma solo que es el "jorobado" del colegio.

Extracto transcripción reunión clínica, 30 de abril de 2009.

Rodrigo parecía estar reclamándole a Cristóbal por la actitud de la madre del niño y Cristóbal parecía estar excusándola. En este caso, creo que las acciones que visualizaban mis compañeros se restringían al ámbito familiar, sin la posibilidad de implicar aspectos que iban más allá de la familia. Tanto la madre como el niño habían sido víctimas de violencia por parte de otros y sin embargo, las posibilidades de soluciones que se habían buscado en un principio se limitaban a la relación entre ellos. Luego, al trabajar Cristóbal con la madre, comenzó a incorporar otros aspectos que no sólo tenían relación con el niño, pero esto fue visto como un problema por Rodrigo, ya que la única alternativa de solución que él veía para los problemas que aquejaban al niño, era que la madre realizara cambios.

Este tipo de contradicciones me llevaron a cuestionar las expectativas y exigencias de los profesionales hacia los familiares de los usuarios. También abrió un cuestionamiento en relación a cómo, desde un rol de experto, se pueden justificar posiciones ligadas a las concepciones de familia de cada uno.

¿Se le puede exigir a la madre que solucionara un problema que está más allá de sus posibilidades? Creo que Rodrigo está queriendo que la madre solucione algo que no puede solucionar. Él parece realmente enojado con la mujer, como si le hubiera hecho algo a él, pero como psicólogo del niño la culpa desde un lugar de autoridad, aún sin darse cuenta. Así también Cristóbal utiliza su saber experto para justificarla. (Cuaderno de campo, nota 30 de abril de 2009)



La aparición de este tipo de problemas se puede entender como un efecto más de las transformaciones de la institución psiquiátrica en una sociedad de control: el cuidado que antes era entregado por la institución, ahora ha sido traspasado a la familia. Sin embargo, quizá como contra parte a la desprestigiada institución de la psiquiatría, la familia ha sido idealizada como el lugar donde la persona recibirá todo lo que necesita para su bienestar. Como herencia anti-psiquiátrica los profesionales que intervenimos, culpamos a los familiares de no obtener lo que esperamos, sin problematizar en relación a las causas (Barbosa, Bañón y Prado, 2010). Siendo así, al incorporar a los familiares para lograr soluciones, los interventores chocábamos con los límites de la familia como medio de solución de los problemas de cada uno de sus integrantes.<sup>39</sup>

En el CESAMCO, estos conflictos se zanjaban en las reuniones clínicas. Ahí todos opinábamos hasta llegar a un acuerdo que dejara a la mayoría conforme. Una vez que esto sucedía, el resultado de la discusión se debía plasmar en las fichas clínicas de los usuarios, lo que no siempre sucedía. Todos reconocíamos que la ficha clínica era el artefacto mediante el cual se materializaba un relato único de los casos, es decir, donde se narraba cuál era el problema, sus causas, las posibles soluciones y las acciones que se debían realizar para su concreción. Para hablar de un caso, se debía mirar la ficha, ya que ahí estaba contenida la información de lo que realmente le había sucedido al usuario desde su ingreso al CESAMCO, cuáles habían sido las decisiones que se habían tomado en torno al caso. Pese a esto, no había una especial preocupación por lo que quedara finalmente plasmado en la ficha clínica, más que por los requerimientos administrativos de la USMP del SS Valdivia.

Durante las primeras reuniones, me parecía que la principal preocupación de los integrantes del equipo, en relación a la escritura en las fichas clínicas, era proponer “objetivos de intervención” y cumplir con lo que se les había

---

<sup>39</sup> En el futuro, creemos necesario realizar investigaciones acotadas en torno a este tema, que introduzcan una perspectiva de género para la comprensión de estos efectos. Éstas podrían mostrar cómo las expectativas de los profesionales en torno a la familia lejos de ser neutras, contienen supuestos sexistas y androcéntricos, que se validan como verdades científicas (Harding, 1986), y terminan responsabilizando a ciertos sujetos (especialmente a las madres) de los objetivos que los profesionales han establecido para sus intervenciones.

encomendado. Esto se traducía en que las discusiones acerca de los casos en varias oportunidades eran interrumpidas por alguien, que pedía acotar los aspectos a considerar, en funci3n de poder plasmar en la ficha clínica un “objetivo de intervenci3n”. Explícitamente se pedía a los integrantes del equipo, no extenderse demasiado en la exposici3n de los casos ni en la discusi3n, a fin de poder cumplir con los requerimientos de la USMP del SS Valdivia.

Con base en la discusi3n de los casos, se formulaban los objetivos que se plasmaban en las fichas clínicas, pero no todas las propuestas de acciones que salían de la discusi3n quedaban plasmadas en esos objetivos, que solían reducirse a tres frases. Además, si bien las explicaciones a los problemas y las acciones a seguir eran activamente discutidas y negociadas entre todos, los “objetivos de intervenci3n”, que finalmente se anotaban en la ficha, no tenían la misma relevancia para los integrantes del equipo. Lo que se escribiera finalmente en la ficha no generaba mayores apasionamientos, aún cuando el caso generara que los profesionales se implicaran fuertemente.

A continuaci3n expongo un extracto de una reuni3n clínica que puede dar cuenta de esto.

- Bernardita:...trastorno de personalidad paranoide y además está con una distimia y ha tenido intentos suicidas.
  
- Marcela: yo le hice una visita y reconoce que ella es el problema.
  
- Bernardita: es muy riesgosa. Se puede morir en cualquier momento. El hijo ya está acostumbrado a salvar a la mamá de sus intentos suicidas y ella lo pasa pésimo. Siempre ha sido un problema de celos, primero con el marido y ahora con el hijo. Le dejé medicamentos para disminuir los síntomas paranoides. Creo que el diagn3stico es distimia en contexto de un trastorno de personalidad y descontrol de impulsos.
  
- Rodrigo: ya, pero hay que definir los objetivos. Yo propongo primero, control farmacol3gico, segundo, contenci3n emocional y tercero trabajar vínculo.  Y si alguien ve al hijo?

- Bernardita: no podemos hacer nada por los hijos. Tenemos que lograr que ella siga viniendo. El resto del equipo ponga atención al trato, traten de no decirle nada porque le van a generar desconfianza y no va volver y se va a hacer algo o le va a hacer algo a los hijos.

Extracto transcripción reunión clínica, 16 de abril de 2009.

Finalmente en la ficha clínica quedó plasmado como PIT, los tres puntos propuestos por Rodrigo, porque nadie se opuso. Bernardita, como si eso no fuera lo importante, se centró en advertirnos cómo actuar en relación a la usuaria. A ella no le preocupa lo que quede plasmado en la ficha clínica, a ella le preocupa que la usuaria no se haga daño y que no dañe a su hijo, para lo cual nos ha dado indicaciones muy precisas, que finalmente no quedaron plasmados en la ficha clínica. (Cuaderno de campo, nota 16 de abril de 2009)

De este extracto se puede desprender que los objetivos de intervención, y por tanto lo que se escribía en la ficha clínica, no se pueden comprender como un reflejo de las discusiones y acuerdos que se tomaban en equipo, aún cuando la ficha clínica era asumida como el medio por el cual se establecían verdades en torno a los casos. Esto pese a que los casos psicosociales, como ya hemos señalado, llegaban a ser una realidad para los profesionales en el momento en que eran vistos por todo el equipo.

También me involucré en las discusiones de los casos, al punto de olvidarme de la escritura de las fichas clínicas. Quizá esto no fue así durante las primeras reuniones a las que asistí; me mantuve al margen y sólo me dediqué a observar y escuchar, en una actitud de extrañamiento ante las prácticas de mis compañeros. De hecho fue así como me llamó la atención lo que ocurría con las fichas clínicas, pero creo que fue mi movimiento desde esta posición el que me permitió elaborar una explicación.

Como ya he mencionado, yo he participado en el pasado de este tipo de instancias, no como investigadora, sino como profesional e interventora, lo cual me hace pensar que esa actitud inicial de distancia y extrañamiento, en gran medida fue posible por los dos años en Barcelona. Durante ese tiempo, creo

que no sólo me alejé geográficamente de Chile, sino que también me alejé del lugar de interventora, que había tenido. Eso cambió al cabo de unas semanas. No podría decir que el cambio obedeció a una decisión metodológica conciente. Más bien creo que fue producto del reencuentro con mis lugares de antes, sumado a lo que me generaban los casos presentados. El resultado fue que de pronto, me vi a mí misma participando activamente de la discusión de casos, proponiendo acciones y volviendo a entrar en la lógica de un interventor de la Salud Mental y la Psiquiatría. De pronto, volvía, de alguna manera, a compartir muchas de las lógicas que buscaba investigar y, al igual que mis compañeros, perdía de vista la ficha clínica.

El siguiente caso en particular puede ser muy ilustrativo: un chico, de unos 14 años, (cabe destacar que para las leyes chilenas se entiende como menor de edad) con un diagnóstico de retardo mental, había llegado a pedir ayuda a su ET:

- Cristóbal: el tutor, él le dice tío, abusó del usuario, pero el usuario dice que está enamorado del tío y nos pide que no lo acusemos. El tío habría decidido romper la relación y el usuario dice que está enamorado.

- Sandra: ¿Qué vamos a hacer?

- Cristóbal: es una manipulación del usuario al tío: si me deja lo acuso.

- Sandra: ¿Es manipulador?

- Cristóbal: sí, pero se desbordó como nunca. Casi se le salieron las lágrimas. La abuela es bien comprometida. Ella está senil y el tío le ofreció acoger al chico para que se viniera a estudiar a Valdivia. La abuela es de Lanco.

- Bernardita: en términos legales se puede hacer algo, pero las soluciones no son solución.

- Tania: como agentes de salud, estamos obligados a denunciar cualquier delito o sospecha.

- Bernardita: es complicado. Por primera vez tiene una relación, muy perversa y abusiva, es verdad, pero es complicado ponerlo como abuso.

- Tania: hay que hacer un trabajo con él para que no lo normalice, no lo vea como algo normal que pueda repetir en otras relaciones.

- Sandra: no tenemos claro si vamos a denunciar. A mi modo de ver hay que hacerlo. Como coordinadora veo que tenemos la obligación. ¿Qué pasa si hay una auditoria y ven esto?, por último sería bueno que la abuela lo sepa.

- Bernardita: a lo mejor ella debería hacer la denuncia.

- Sandra: hay que decirle a la abuela. Yo y Cristóbal podemos reunirnos con la abuela y contarle la situación.

- Bernardita: esto me complica. He visto lo que pasa con los chicos cuando se hace una denuncia. Los someten a una serie de peritajes muy duros.

Extracto transcripción reunión clínica, 09 de abril de 2009.

Me pareció que Cristóbal le asignaba cierta intencionalidad a la petición de ayuda del chico, pero luego, ante la pregunta de Sandra, se lo cuestionó. Cuando Sandra preguntó “¿Es manipulador?”, me llamó la atención su expresión de curiosidad; preguntaba si era manipulador, como si estuviera preguntando si era moreno, es decir, no pude interpretar ninguna intencionalidad en la pregunta más que obtener una información, y creo que eso también hizo a Cristóbal contradecir su primera sentencia, al recordar que el chico se había desbordado en llanto. (Cuaderno de campo, nota 09 de abril de 2009)

Casos como éste me pusieron en serios dilemas éticos y legales y fueron las instancias en las cuales me conecté con los otros integrantes del equipo y me impliqué en una postura ante las opiniones divididas. En este caso en particular, por ejemplo, vi en mis compañeros una preocupación real por acoger la petición de ayuda, comprender lo que estaba pasando y decidir las acciones más apropiadas para el chico. Por otra parte, esto mismo generaba diferencias de opinión. En comparación con lo que había visto durante los años en que trabajé en el Instituto Psiquiátrico de Santiago, acá se generaba más discusión

acerca de ciertos supuestos, pero esto mismo dificultaba la definición de las acciones a seguir: algunos supuestos y algunas acciones establecidas por reglamento eran puestos en duda y con eso, también lo que se debía hacer.

Yo entendía la preocupación de Bernardita, pues compartía sus predicciones: lo más probable era que la abuela denunciara al tío ante los tribunales y con eso, expusiera al chico a una serie de procedimientos difíciles de sobrellevar. Era muy probable que se le sometiera a peritajes físicos y psicológicos, y que luego, el tío, para defenderse, culpara al chico de la situación y/o que utilizara como argumento su problema psiquiátrico. Todo esto como parte de lo que el chico vivía como una relación amorosa. Estas reflexiones me llevan a proponer que las motivaciones de los interventores están vinculadas a su implicación ética y política en los ámbitos de intervención, ante una demanda (Carballeda, 2002) y no necesariamente a aspectos técnico o procesos administrativos. Luego, como agentes de gobierno, las contradicciones surgen cuando esta implicación ética y política se contradice con las acciones a seguir.

La implicación ética y política parece hacer desaparecer un documento como la ficha clínica, que de alguna manera, impone un formato acorde con una racionalidad “clínica” tal como su nombre lo dice. Lo que se debatía, por ejemplo en esta reunión “clínica”, no podía ser puesto en la ficha clínica del chico, sin generar más de un problema. Identificábamos que había un marco legal que establecía lo que se debía hacer, aún cuando no todos lo compartíamos y la ficha clínica era donde quedaba plasmado lo que hacíamos; poner en duda lo que debíamos hacer en la ficha clínica no era una posibilidad pensable en ese momento.

Ahora, con la distancia que nuevamente me separa de ese momento, creo que la ficha clínica era un relato de hechos objetivos en donde no hay cabida para plasmar cómo estos hechos se generaron como el resultado de una compleja conjugación de diferentes éticas y pensamientos políticos. Así, cuando todos nos involucrábamos en esta compleja conjugación, la ficha clínica perdía el sentido, porque no había hechos objetivos que aportar. La pregunta entonces es ¿por qué una vez zanjadas las discusiones tampoco nos preocupábamos

por lo que se escribía en la ficha? ¿Será que no llegábamos a pensar en nuestras decisiones como una realidad que contar?

Proponemos comprender la ficha clínica como una tecnología escritural que permite y constituye una comunidad científica, capaz de ser *testigo* de lo que sucede en el espacio del ESMPA, tal cual como se ha descrito para el caso de otras tecnologías escriturales, que posibilitaron la constitución de una comunidad científica más allá del espacio del laboratorio (Shapin y Schaffer, 1985). Mediante los registros en la ficha clínica, los casos eran comunicados fuera del espacio en el que eran generados y así dejaban de ser sólo una realidad para los integrantes del ESMPA, y podían transitar hacia otros espacios, tales como los Centros de Atención Primaria o la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia como hechos de los cuales otros interventores pueden ser testigos.

Para esto era necesario que desapareciera el lugar de enunciación de los interventores. Como ya hemos visto, esto se relaciona con la lógica de neutralidad y objetividad propia de la Modernidad. Pero además nos lleva a develar una lógica colonial: es a partir de este punto cero de observación (Castro-Gómez, 2005), que los interventores se pueden comprender como sujetos coloniales, dado que es en este momento cuando invisibilizan sus propias posiciones para hacer de los casos psicosociales hechos. Así se mantienen y generan realidades a partir de la posibilidad de un conocimiento universal, es decir, a partir de las coordenadas de la modernidad, como en un laboratorio. Por eso la ficha clínica era un documento público, pero con acceso restringido: era público porque ahí todos los interventores podíamos ver lo mismo, pero era de acceso restringido porque no todos podían verla ni escribirla. Para poder acceder a escribir en ella era necesario hacerlo desde el lugar de enunciación de la verdad, que en este caso era el lugar que debíamos ocupar los profesionales que conforman el ESMPA. Así se posibilitaba un lenguaje común entre los diferentes agentes involucrados en los procesos de intervención social en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile.

A través de la ficha clínica, los interventores nos conectábamos con una subjetividad colonizadora (Dussel, 1992), es decir, con la subjetividad propia de quien tiene un conocimiento verdadero desde donde la diferencia debe y puede ser corregida y mejorada. Pero en el caso de los profesionales del ESMPA del CESAMCO de Schneider, esta subjetividad parecía ser más bien algo con lo que había que cumplir, para poder formar parte de la comunidad científica y hacer que los casos psicosociales que elaborábamos pudiesen ser hechos de la realidad para la comunidad.

Como ya hemos explicado, no hemos pretendido hablar en nombre de aquella diferencia que debe y puede ser corregida y mejorada, sino que hablar desde el lugar del interventor, a fin de develar cómo se mantienen y generan realidades en los espacios de intervención. Desde ese lugar, hemos accedido a la experiencia de estar fuertemente implicados en los problemas que se abordan. Ha sido a partir de esta experiencia, que podemos decir que ahí hay problemas sociales, éticos y políticos que hacen necesario poner en duda ciertas realidades.

Desde estas experiencias fue posible cuestionar y poner en duda ciertos supuestos, ciertos procedimientos y ciertas políticas, porque desde ahí hemos podido comprender que, en ocasiones, éstos pueden llevar a los usuarios a situaciones de mayor sufrimiento. Sin embargo, tales cuestionamientos eran silenciados en la ficha clínica, por lo que se presentaba un relato único, sin contradicciones y que no daba cuenta de las diferentes posiciones de los interventores en relación a lo que se debía hacer. Así también se clausuraba la posibilidad de cuestionar las acciones, aún cuando éstas tendrían consecuencias para las vidas de los sujetos/objetos de intervención.

Al mismo tiempo, desde la posición de interventor, hemos accedido a comprender cómo desde la USMP del SS Valdivia, se nos exigía a los interventores qué hacer y cómo registrarlo en la ficha clínica. Esto, a su vez, estaba dado desde otros espacios de poder político, con base en criterios de costo-eficacia y conocimientos basados en evidencias. Podemos decir entonces, que desde ciertos centros, se nos dictaba a los profesionales del



ESMPA del CESAMCO de Schneider cómo debíamos hacer enunciación de verdad. Luego, los profesionales intentábamos ajustar nuestras enunciaciones de verdad, a esas formas, aún cuando sabíamos, que esto nos limitaba.

A veces no sé qué poner en la ficha, es como un tema sin respuestas porque el sistema tampoco te permite mucho, porque estás dentro de la misma lógica siempre, entonces la estrategia tendría que ser que yo generara el espacio para hablar el tema de forma diferente pero no sé cómo. Todavía no se me ocurre. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Estas formas de enunciación de hechos está atravesada por las formas propias de lógicas de objetividad y neutralidad de las ciencias y quizá por eso también, los profesionales, aún cuando sabíamos que el registro en las fichas clínicas invisibilizaba aspectos de las intervenciones, terminábamos reedificando tales supuestos, con tal de validar nuestro propio rol como profesionales. El poder decir algo válido y/o verdadero pasaba también por la posibilidad de decirlo desde el lugar de la Ciencia. De lo contrario, lo que se decía perdía validez.

Puede que me condene a mí mismo, pero yo me dedico a ver a la persona en el momento, no llevo una línea, pero en una reunión clínica, me tengo que poner en el lugar del psicólogo y empezar a decir lo que es el usuario; la adicción que tiene, los problemas que tiene, pero tampoco les puede contar todos los días que lo he visto y lo diferente que lo veo todos los días. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Por lo tanto, proponemos entender al ESMPA del CESAMCO de Schneider, no sólo como una interface en los procesos de gubernamentalidad que ahí se pueden dar, sino también como una interface en un orden colonial (Mignolo, 2000), es decir, como un espacio que opera al mismo tiempo como centro y como periferia (Quijano y Wallerstein, 1992). Por una parte, los interventores podíamos acceder a un tipo de subjetividad desde donde pensar al otro, no como un igual, sino como algo problemático, que debía ser corregido, adecuado, mejorado, normalizado. Pero, por otra parte, acceder a esta subjetividad era para nosotros una exigencia que debíamos cumplir. Sólo así podíamos decir algo y tener la posibilidad de hacer algo.

Los temas como la violencia física y el abuso sexual, que tenían connotaciones legales, eran los que solían interpelar al equipo, creo que porque nos ponía en la disyuntiva de si tomar o no un rol de denuncia, que implicaba asumir las consecuencias que tendría para esas personas la acción de otros agentes de gobierno, como los tribunales de justicia. Otra pregunta que surge entonces es ¿Por qué veíamos como una amenaza para las personas las acciones de órganos de gobierno de justicia y no las nuestras? Desde fuera, se podría entender que nosotros éramos un órgano de gobierno igual que los tribunales de justicia, sin embargo, desde dentro, nosotros éramos algo muy distinto: creíamos que podíamos ver y comprender cosas que un órgano de justicia no podría. En el caso expuesto, por ejemplo, creíamos que podíamos entender lo ocurrido no sólo como un delito de abuso, y no creíamos que la gente de los juzgados pudiera hacerlo, pero lo más importante, es que creíamos que nosotros sí podíamos ayudar.

Luego de dos años en Barcelona, siento como si estuviera volviendo a conectarme con una realidad que ya casi no estaba en mi vida cotidiana: la realidad que me había motivado a ser parte de procesos de intervención social, una realidad que tiene implicancias para las vidas de las personas, más allá de los cuestionamientos que podamos hacer de ella, y lo más importante, una realidad que demanda y permite que uno haga cosas para cambiarla. Siento que me vuelvo a conectar con esa demanda de hacer algo ante una situación que está generando sufrimiento, y con el lugar desde donde es posible hacer algo para ayudar. (Diario de campo, nota 16 de abril de 2009)

En los momentos de implicación ética y política, nosotros no podíamos enunciar una verdad en relación a un hecho: no había distancia, ni neutralidad, sino que todo lo contrario. Pero al mismo tiempo, en esos momentos era cuando más sentíamos que podíamos hacer algo para ayudar, ante la demanda de alguien.

Las reuniones clínicas no eran sólo la trastienda donde nos poníamos de acuerdo para actuar ante los usuarios (Goffman, 1987), como las había pensado en algún momento. Eran también el lugar donde se conjugaban los valores y sentidos de responsabilidad de cada uno. Nosotros como profesionales, no sólo hablábamos de los casos, sino que los casos nos hacían

hablar de nosotros: nos contábamos y construíamos las historias de personas, pero esas historias nos construían a nosotros también, como interventores sociales; nos hacían llevar la ética a un ámbito individual y pragmático, en el que había que tomar decisiones que afectaban a individuos. Estas decisiones no respondían sólo a lo que estableciera un protocolo o un reglamento, sino que conjugaba aspecto éticos y las historias de cada uno, con las experiencias de cercanía con esos sujetos/objetos de intervención, y en estas experiencias de cercanía, un aspecto central era el sufrimiento.

### **3.3. Una RSMP: ¿colaboración? ¿horizontalidad?**

En el capítulo anterior hemos propuesto realizar una descripción topológica de los movimientos del ESMPA a través de la RSMP. Sin embargo, al acceder al campo, constatamos que el ESMPA más que moverse a través de la RSMP, habita en un espacio relativamente estable: el CESAMCO de Schneider 555. A diferencia de lo propuesto en el Plan de Salud Mental y Psiquiatría chileno, este ESMPA, más que un “articulador de la red” se entendía como un dispositivo más de la red, en la medida en que se asumía más como el equipo del CESAMCO, que como un ESMPA, con las características propuestas para éste.

Esto no limitó el poder acceder a una comprensión de cómo desde el CESAMCO de Schneider 555, los profesionales se articulaban con otros dispositivos de la red, pero introdujo un cambio en la lógica: más que hacer una descripción topológica de los movimientos del ESMPA, lo que hice fue una descripción desde dentro del CESAMCO de cómo se articulan diferentes entidades y qué nuevas entidades emergen a partir de estas articulaciones.

En esta descripción, lo primero que surgió fue la constatación de que las formas de relación con los otros dispositivos de la RSMP estaban delimitadas desde los centros, a través de diferentes protocolos, reglamentos, y planes. A partir de tales delimitaciones en las instancias de “coordinación”, nos poníamos de acuerdo acerca de cómo llevar a cabo las actividades que debíamos realizar. Estas actividades predefinidas, luego de cinco meses de funcionamiento del CESAMCO, no se estaban aplicando de la manera esperada.

Así que con el tiempo en contra, en las reuniones de coordinación solíamos elaborar estrategias que nos permitieran cumplir con lo que se nos pedía.

Gran parte del tiempo destinado a coordinación se dedicaba a pensar, proponer y redefinir, qué hacer como equipo frente a otras entidades. Esto era especialmente significativo con aquellas entidades que tenían una ingerencia directa sobre la evaluación que se haría de nuestro desempeño: el ss Valdivia, otros organismos de gobierno que pagaban por los servicios del CESAMCO y los Centros de Atención Primaria (en adelante Centros de APS) que nos enviaban los casos, y que luego demandaban soluciones. La RSMP, de la que hablaba el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, emergía y se hacía realidad en esos espacios, no como aquella red de relaciones horizontales, sino como una serie de acciones estratégicas, destinadas a cumplir con la demanda de conformar esa red de relaciones horizontales de colaboración.

### *3.3.1. Remando juntos: ¿hacia dónde?*

En relación al ss Valdivia, la situación era al menos curiosa. Como ya he mencionado tres de las personas que formaban parte del equipo del CESAMCO, y que participaban de las reuniones, eran también parte de la USMP del ss Valdivia, es decir, de la entidad que debía evaluar el desempeño del equipo del CESAMCO. Esto no había sido algo premeditado, sino que era el resultado de una serie de hechos. Según los profesionales del CESAMCO, uno de los principales problemas que habían tenido como equipo para cumplir con los compromisos era la falta de profesionales. Como solución, estas tres profesionales habían destinado horas de sus jornadas laborales a apoyar al equipo. A mi entender, esto las ponía en una situación compleja, en especial a Mariam, que al comienzo de mi trabajo de campo era la encargada de la USMP del ss Valdivia. Por una parte, ella era, en última instancia, de quien dependía la continuidad en el cargo de cada uno de los integrantes del equipo, pero por otra parte, en el CESAMCO era una integrante más.

En varias ocasiones durante las reuniones aparecían reclamos hacia la USMP del ss Valdivia, que eran dirigidos hacia ellas tres: la falta de profesionales, en especial de médicos psiquiatras; las excesivas demandas de atención; el

constante cuestionamiento de lo que se hacía o se dejaba de hacer, etc. Ellas, por su parte, parecían entender los reclamos, pero también defendían la postura del SS Valdivia; la necesidad de cumplir con las estadísticas y con los criterios de evaluación, la importancia de cumplir con las entidades que pagaban por planes de intervención, etc.

Al principio la relación con los demás del equipo fue difícil, creo que porque me veían como parte de la USMP y hasta el día de hoy eso es complicado. Por ejemplo, a veces estamos en alguna reunión o en algún espacio fuera del trabajo y hay una crítica constante a la USMP que se dirigía a mí, creo que en el entendido de que yo soy parte de la USMP y que puedo hacer de interlocutora. Al principio lo sentía muy injusto porque yo he intentado hacer la separación de roles, pero el equipo igual me ve como parte de la USMP. (Tamara Miranda, 2009. Extracto narrativa)

Ante los reclamos del equipo del CESAMCO, en varias oportunidades, ellas habían hecho llamado a no ver a la USMP del SS Valdivia como un enemigo, sino que como un aliado. En este sentido, a partir de las reuniones de entrevista con Mariam, me pareció que ella sí se consideraba una aliada de los profesionales del CESAMCO, en tanto, los consideraba los representantes de una forma de intervenir, que se oponía, o era la alternativa a la propia de la Unidad de Psiquiatría del Hospital. Sin embargo, me parecía que ella asumía una serie de cosas que debía hacer el equipo del CESAMCO, como parte de esta otra forma de intervenir, y que no necesariamente eran compartidos por los integrantes del equipo.

Nosotros, la USMP del SS Valdivia, seguimos defendiendo que los CESAMCO asuman todas las demandas de la complejidad que corresponde, que es de nivel secundario. Nosotros estamos por apoyar a nuestros centros y que logren ocupar el lugar que les corresponde, pero eso es una idea difícil de plantear, porque genera muchas resistencias, en especial desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital. (Mariam Delgado, 2009. Extracto narrativa)

Creo que Mariam, al igual que las otras dos profesionales que trabajaban en la USMP del SS Valdivia, veían bueno y necesario apoyar a los CESAMCO, pero también creo que este apoyo era en función de lograr los aspectos que estaban establecidos por normativa. Esto puede explicarse, porque ellas eran las que

estaban más cercanas a comprender las implicancias del no cumplimiento de lo que establecía la norma.

La USMP del ss Valdivia era la encargada de gestionar los cobros por concepto de las acciones realizadas en el CESAMCO, a las otras entidades, es decir, era el mediador entre el prestador y el comprador de servicios. Pero además era la entidad que debía justificar ante el ss Valdivia la existencia, mantención y mejoramiento de los dispositivos de Salud Mental y Psiquiatría, de los cuales el CESAMCO de Schneider era uno de los más cuestionados. Es decir, quienes trabajaban en la USMP del ss Valdivia, a la hora de evaluar el trabajo de los profesionales, terminaban preguntando si se habían logrado los estándares que se daban desde el MINSAL, más que haciendo un juicio propio del éxito o del fracaso de las acciones realizadas.

Estas tres profesionales estaban especialmente preocupadas por los registros y las estadísticas, porque eran los elementos que luego les servirían para defender la mantención y el mejoramiento de los CESAMCO ante la dirección del ss Valdivia. Los registros, por lo tanto, tenían importancia, no en sí mismos, sino como un medio para poder lograr lo importante: la mantención y el mejoramiento del CESAMCO, que a su vez tenía valor, como posibilidad de una forma diferente de intervención en Valdivia, para las personas con problemas de salud mental. Pero los otros profesionales, muchas veces centrábamos nuestras preocupaciones en solucionar los problemas de los usuarios, por sobre las labores de registro, lo que era cuestionado desde la USMP del ss Valdivia.

Yo he luchado mucho por el tema de registros, sobre todo por lo importante que es hoy en día registrar, cuando todo se paga por los registros. Ese tema ha sido muy duro, porque en general la gente que tenía más experiencia en este tipo de trabajo comunitario es a la que más le cuesta registrar, es más desordenada en el tema administrativo, pero por otro lado, es la gente que lidera los equipos. Ellos debieron entender que de eso dependían sus sueldos para tomarse en serio el tema del registro. (Mariam Delgado, 2009. Extracto narrativa)

Me parecía que Mariam en su rol de encargada de la USMP del ss Valdivia, por un lado, intentaba lograr que el equipo del CESAMCO de Schneider se preocupara por los registros pero, por otro, intentaba colaborar como una más del equipo, a fin de justificar ante el ss Valdivia la mantención y el mejoramiento del CESAMCO. En ese sentido, ella era alguien central en alinear los propósitos de gobierno (Rose, 1999) con los propósitos de los integrantes del equipo, en específico de las políticas en Salud Mental y Psiquiatría. Esto no como una acción premeditada, sino que como parte de la dinámica que imponía la lógica de base: ella se había integrado al equipo con el objetivo de apoyarlo a alcanzar el rendimiento esperado en término de estadísticas, porque ese era el medio, o más bien la condición, para poder mantener el CESAMCO.

Hay muchas contradicciones y perversiones de la lógica de base; creo que tanto Tania como el resto de los profesionales, efectivamente están comprometidos con la forma de trabajo del CESAMCO, hasta el punto de invertir parte de sus tiempos en apoyar al equipo, sin embargo, para poder mantenernos como centro, todos debemos someternos a los implacables criterios de costo-eficacia, partiendo por la USMP del ss Valdivia; ellas ni siquiera se plantean la posibilidad de cuestionar lo que deben exigir al equipo. (Cuaderno de campo, nota 04 de junio de 2009)

Una vez configurados los casos psicosociales que se generan en el ESMPA del CESAMCO debían ser transformados en cifras para que pidiesen justificar la existencia del ESMPA del CESAMCO. Las autoridades, de quien dependía nuestra existencia como ESMPA, sólo podían acceder a lo que ocurría en el CESAMCO a través de las estadísticas. La pregunta que sigue es: ¿cómo los casos psicosociales eran transformados en estadísticas?

Para responder a esta pregunta, creemos necesario incorporar un nuevo concepto: la *traducción*. Este concepto fue desarrollado principalmente por Serres (1991) para referirse al acto por el cual un material inmóvil es transformado en un efecto móvil y durable. Para esto, es necesario que aquel material inmóvil se transforme en un material que pueda ser fácilmente transportables, sin que pierdan su forma (Law, 1994). Luego, el concepto de traducción a sido utilizado, por la teoría del Actor Red, para hacer referencia a

lo que surge de la mera yuxtaposición de una entidad con otras, en un flujo continuo.

Estas ideas nos parecen útiles para dar una explicación. Nos permite, entender cómo los casos psicosociales, que se generaban en el interior del ESMPA, eran transformados en un material que podía ser fácilmente transportado a otros espacios, sin que perdieran del todo su carácter de casos psicosociales.

A través de la estadística, los casos psicosociales eran transformados en un conteo de acciones, es decir, en un código numérico que podía continuar la cadena de hechos reversibles, y articularse con nuevas entidades. En específico con entidades de gobierno. La USMP del SS Valdivia recibía los casos psicosociales traducidos a indicadores numéricos: número de atenciones, cantidad de personas atendidas, etc. Pero además estos números debían luego ser traducidos a planes con Garantías Explícitas en Salud (en adelante GES)<sup>40</sup>, Planes Ambulatorios Básicos (en adelante PAB)<sup>41</sup> y Planes Intensivos (en adelante PI)<sup>42</sup>. ¿Por qué? Porque esa traducción era la que permitía la articulación con las entidades que entregaban los recursos materiales para la manutención del CESAMCO.

---

<sup>40</sup> Las garantías que se incluyen en la modalidad GES son objeto de un Decreto Supremo que constituye el marco de referencia legal y reglamentario para hacer exigible las Garantías Explícitas, de acuerdo al período que estipula (Decreto Ley n.º 170 del 26 de noviembre de 2004, publicado en el *Diario Oficial* 28 de enero de 2005). En Salud Mental se consideran con derechos a GES las personas con diagnóstico de depresión, mayores de 15 años, las personas con diagnóstico reciente de esquizofrenia y las personas con consumo perjudicial de sustancias menores de 20 años. En este último caso, sin embargo, no se establecen plazos para el ingreso al centro de especialidad.

<sup>41</sup> El plan de tratamiento ambulatorio básico incluye un conjunto de actividades como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicoterapia individual y de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Cuando este plan se realiza en horario vespertino, incluye una colación. Duración: 6 meses (estimado). Frecuencia asistencia: 3 días por semana, 2 a 4 horas por día (diurno o vespertino). Consultado el 26/08/09 en [http://www.conacedrogas.cl/inicio/rehabilitacion\\_program\\_reha\\_ambu\\_basico.php](http://www.conacedrogas.cl/inicio/rehabilitacion_program_reha_ambu_basico.php)

<sup>42</sup> El plan de tratamiento ambulatorio intensivo incluye el día en el centro de tratamiento, la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan durante la permanencia en el establecimiento, tales como: consultas profesionales (médicas generales, psiquiátricas, psicológicas), consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual o grupal, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Duración promedio: 8 meses (estimado). Frecuencia de asistencia: 5 días a la semana, 4 a 6 horas por día (diurno o vespertino). Consultado el 26/08/09 en [http://www.conacedrogas.cl/inicio/rehabilitacion\\_program\\_reha\\_ambu\\_inten.php](http://www.conacedrogas.cl/inicio/rehabilitacion_program_reha_ambu_inten.php)



En la lógica de prestadores de servicios, el CESAMCO debía vender planes de salud a otras entidades que los comprara. Estos planes de salud estaban definidos por las producciones de expertos en centros de conocimiento, y criterios de costo-eficacia. El SS Valdivia a través del FONASA, y el CONACE<sup>43</sup> recibiría el pago por aquellos servicios, que los expertos del saber científico y económico, dicen, es el mejor producto.

Por lo tanto, los casos psicosociales que se creaban en el ESMPA del CESAMCO debían ser traducidos a los planes de salud que estos compradores demandaban, en específico a planes con GES y de personas con consumo problemático de sustancias, es decir PI y PAB.

En este punto quisiéramos hacer referencia a un hecho. La clasificación de los casos según programas, inicialmente era realizada por la USMP del SS Valdivia, de a poco comenzó a hacerse en el espacio del CESAMCO: la estantería donde se almacenaban las fichas clínicas fue dividida según los planes a los cuales eran asignados los casos. Para diferenciarlos se utilizaron marcadores de colores. Los casos que correspondían a planes con GES eran marcados con una cinta roja, y los casos que correspondían a planes PI y PAB eran marcados con una cinta azul. Esta marcación y separación tenía como propósito que los profesionales diferenciáramos las fichas de los usuarios, a fin de ajustar nuestras acciones, y lo más importante, nuestros registros en las fichas, a lo que establecía cada plan. Este hecho, que puede parecer una anécdota, es central para entender cómo llegan a ser realidad ciertas cosas.

Para explicar esto, quisiéramos retomar algunos aspectos propuesto por Latour (2001). En *La esperanza de Pandora. Estudios sobre la realidad de los estudios de la ciencia*, el autor hace un relato etnográfico de una investigación del suelo en el Amazonas. Explica cómo los científicos extraen un referente del discurso desde la experiencia en la selva y luego cómo éste va siendo traducido a la largo del proceso de investigación. Explica cómo las muestras

---

<sup>43</sup> Consejo Nacional de Control de estupefacientes. Organismo que depende del Ministerio del Interior.

obtenidas son ordenadas en una estantería que las clasifica, y luego, refiriéndose a ellas dice: “Este mueble es una teoría [...], el perfecto intermedio entre el soporte físico (puesto que tiene estantes) y el soporte lógico (dado que clasifica) del saber, un mediador entre un árbol y una caja del conocimiento” (ibíd.: 49).

Finalmente explica cómo a partir de esta especialización, las clasificaciones llegan a ser una realidad: “El espacio se convierte en una tabla, la tabla se transforma en un archivo, el archivo se vuelve concepto y el concepto deviene una institución” (ibíd.: 51).

Esta cadena de hechos puede ser aplicada para lo que ocurría en el CESAMCO de Schneider: la especialización de las fichas se traducía en estadística y la estadística se traducía en número de planes de salud y los planes de salud se institucionalizaban como realidad. Sin embargo, hay consecuencias, éticas y políticas, que se desprenden de esto. Los planes de salud, instituidos como realidad, llevaban a que los profesionales nos viéramos obligados a realizar acciones, aún cuando no las compartiéramos. Estas consecuencias éticas y políticas son las que, creemos, hacen necesario debelar cómo llegaban a ser realidad los planes de salud, y son la razón por la cual, ahora, quisiéramos agregar algunos elementos a esta cadena.

Para las fichas clínicas que estaban marcadas con la cinta azul, cada semana debíamos hacer una revisión y actualizar los registros de las acciones que habíamos realizado en relación con ese caso. ¿Qué pasaba si no había nada nuevo que registrar? Había que hacer alguna acción que se pudiera registrar. Así, como interventores realizábamos una serie de acciones para lograr tener cada semana los registros en las fichas clínicas exigidas por programas. Luego, si éstas no resultaban, cada semana, programábamos llamadas telefónicas de seguimiento o visitas domiciliarias a aquellos usuarios que no asistían a las reuniones en el CESAMCO, a fin de poder registrar en la ficha una acción. Es decir, la traducción de los casos psicosociales a números y planes, configuró las formas de los registros, y con ello, nuestras acciones como interventores, y finalmente, los mismos casos psicosociales.

Hablar de la estadística no sólo implicaba el conteo de las acciones que se realizaban, sino que el encasillamiento y ajuste de estas acciones a planes preestablecidos y este encasillamiento y ajuste, permitía configurar los planes de tratamiento que como CESAMCO debíamos ofrecer. A su vez, estos planes han sido predefinidos con base en una reformulación de los problemas a intervenir, y de las formas de intervenir, propia de una lógica neoliberal, en la cual, tanto el bienestar, como la priorización de los problemas están relacionados por la inserción en el mercado (Carballeda, 2002).

Por lo tanto, propusimos que la ficha clínica no sólo pudiera ser comprendida como una tecnología escritural de transmisión de la realidad científica que se generaba en el ESMPA, sino que además como una tecnología de gobierno, a través de la cual se podía lograr que los interventores hiciéramos lo que los fines de gobierno han establecido de forma previa, en el marco de una lógica neoliberal.

Los registros estadísticos que las profesionales de la USMP del SS Valdivia proponían como un medio terminaban así configurando acciones de los profesionales en base a una lógica de venta de un producto.

Por otra parte, este medio se justificaba por el fin de mantener una forma de intervención que fuese una alternativa al modelo psiquiátrico clásico. En ella los aspectos que se relacionaban con el Modelo Comunitario eran los que daban sentido a lo que se hacía en el CESAMCO y lo diferenciaba de lo que se hacía en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base. Pero, retomando lo expuesto en el capítulo I cabe la pregunta: ¿cuáles son los aspectos propios del modelo comunitario? Para las profesionales de la USMP del SS Valdivia, éstos estaban establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Sin embargo, en el equipo había constantes discusiones en relación a qué era lo comunitario y cómo llevarlo a cabo. Esto será desarrollado más adelante, pero por ahora nos interesa plantear, cómo a partir de las diferentes concepciones de lo comunitario, se expresaban diferentes concepciones de lo social y el cambio posible y deseable.

Los requerimientos y críticas que se hacían al ESMPA del CESAMCO eran considerados por algunos de los profesionales del equipo, contradictorios con las bases del trabajo comunitario. Entre las cosas que supuestamente debían hacerse en el CESAMCO, había algunas que eran cuestionadas por los profesionales, pero que, sin embargo, luego, desde la USMP del SS Valdivia, se resolvían sin considerar estos cuestionamientos, en base a lo establecido por reglamentos, protocolos o normas.

Para todos, en el principio, había habido un discurso del trabajo comunitario como una forma de hacer, que debía caracterizarse por un cambio en las formas jerárquicas tradicionales. Sin embargo, los problemas que se habían ido presentando en el camino se habían solucionado de forma arbitraria y para varios de los integrantes del equipo, esto era una contradicción. Este tipo de prácticas mantenían formas que no permitían la participación en la toma de decisiones y generaban desilusión en relación al proyecto que inicialmente se les había presentado.

Mariam, desde su rol de encargada de la USMP del SS Valdivia, también concordaba con que había habido un cambio en la forma de relación de esta Unidad con los integrantes del equipo, pero lo atribuía a que algunos de los profesionales no habían comprendido, o no se habían comprometido con la forma de trabajo que inicialmente se había propuesto.

Estas diferentes maneras de entender lo ocurrido se pueden comprender como dos formas contradictorias de entender lo que significa “lo comunitario” y dan cuenta, por tanto, de que aún no está claro cuáles son los efectos deseados al asumir premisas como la participación y las formas de relación no jerárquicas, presentes en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría chileno. Para algunos de los integrantes del equipo, lo comunitario implica la posibilidad de participación en la definición de todos los aspectos, y por lo tanto, no cabe un criterio de evaluación que sea impuesto desde otros. Para Mariam, más cercana a la lógica de la política, lo comunitario es un medio para el logro de lo que naturalmente debe ocurrir. Para ella el problema era que algunos no estaban realmente en el modelo. Es decir, si todos estuviesen realmente en el

modelo, harían lo que se espera que hagan, sin necesidad de decírselos ni de imponérselos. Sin embargo, los profesionales veían una contradicción en, primero no haberles dado órdenes, y luego, haberles reprochado por no hacer lo que debían: “Nunca se nos dieron directrices técnicas ni administrativas y sin embargo luego se nos pide que lo hagamos bien. Es como si un director técnico dijera a los jugadores que hagan lo que quieran y luego les dijera que juegan mal” (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa).

En este tipo de tensiones se puede ver la contradicción entre las diferentes nociones de “lo comunitario” presentes en los profesionales involucrados en la intervención en la salud mental. En todos los profesionales, está presente la idea de que se está en medio de un proceso, que debiera llevar a un cambio en las formas de intervenir a las personas con problemas de salud mental. Esta comprensión de lo ocurrido en el CESAMCO de Schneider como proceso, se aplica no sólo a los grupos a intervenir, sino que también a los interventores. Para algunos integrantes del equipo, ellos mismos, como parte de la realidad social, deben ser objeto de la lógica de la intervención comunitaria, en la cual la participación es central. Para otros, la solución a los problemas de los interventores, pasa por que éstos sean sujetos con características afines con el modelo. Surge la pregunta ¿qué modelo? Creo que en este caso, desde la USMP del SS Valdivia, se espera que los sujetos tengan características afines, más que con el modelo comunitario, con el modelo de desarrollo: compromiso, eficiencia y autonomía (Reyes, 2007). Tales características son necesarias para lograr los requerimientos desde las autoridades. El logro de estos requerimientos es presentado como un medio para lograr lo importante, sin embargo, termina siendo lo importante a la hora de la evaluación, y por tanto modificando las acciones de los interventores.

### *3.3.2. Compra y venta de servicios*

Los compradores de servicio pagaban por Planes de Salud. Un caso representativo de esta lógica de compradores de servicios, era el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), un organismo dependiente del Ministerio del Interior que compra servicios de tratamiento y

rehabilitación para personas con consumo problemático de sustancias, a los centros dependientes de los SS.

El CONACE de la Región de los Ríos paga al SS de Valdivia por PAB y PI que deben ser realizados por los diferentes dispositivos, entre los cuales están los CESAMCO. En el caso del CESAMCO Schneider, no se estaban cumpliendo el número de atenciones que estos planes tenían predeterminados. Esto era uno de los problemas a resolver en el corto plazo, dado que de lo contrario, el CONACE podía dejar de pagar por estos planes. Dado la necesidad de solucionar esta situación y la falta de tiempo de los otros profesionales, me ofrecí para apoyar a Rodrigo en la ejecución del programa. Durante los primeros meses también contábamos con Luis, técnico en rehabilitación.

Dentro de sus funciones, el CONACE está habilitado para ejercer una supervisión directa sobre los prestadores de servicios, por lo que era habitual la presencia de algún representante de este organismo en reuniones específicas en el CESAMCO. En ellas el encargado del CONACE de la Región de los Ríos nos pedía cuenta de lo que habíamos hecho en relación a las acciones establecidas en los planes que se pagaban.

Como equipo, coordinábamos estrategias para poder presentar lo que se nos pedía: las estadísticas de atención, las pautas de evaluación, los registros en las fichas de cada una de las atenciones, etc. Además nuestras estrategias también incorporaban a los usuarios; debíamos buscar formas para motivarlos a asistir a las reuniones y mantenerlos motivados, llamarlos por teléfono o hacer “rescate”, es decir, ir hasta sus hogares para invitarlos a retomar el tratamiento. Pero para cumplir con las estadísticas había un primer problema que se repetía: la falta de horas de psiquiatra. La consulta con un médico psiquiatra era la puerta de entrada al CESAMCO y un requisito en los planes que compraba el CONACE. Sin que un psiquiatra hiciera un diagnóstico y determinara un tratamiento a seguir, el procedimiento se paralizaba.

Los casos psicosociales eran la forma que adquirían los problemas en su paso por el ESMPA del CESAMCO de Schneider, pero previamente estos casos eran

“derivados”, desde otras entidades, en especial desde los Centros de Atención Primaria y desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia. A través de estas “derivaciones” se podía ver emerger una RSMP, como una serie de relaciones que se establecían entre diferentes actores o dispositivos. Pero éstas, estaban predefinidas por protocolos de atención que se establecían según diagnósticos.

Estos protocolos que dictaban las trayectorias que debían seguir los sujetos/objetos de atención, para lograr esta movilidad entre los diferentes centros, se basaban en la traducción de los casos a diagnósticos médicos y/o clínico. Por eso, los médicos eran, en principio, los que debían llevar a cabo las traducciones de los casos a un diagnóstico que podía ser derivado, de un centro a otro. Así también, eran los médicos los que debían recibir y descifrar este código al resto del equipo del centro que recibía el caso.

Las horas de psiquiatra eran escasas y no daban abasto para cumplir con todas las consultas que se requerían, por lo que el equipo ideó algunas alternativas de solución:

- Sandra: el apuro es porque hay usuarios en los planes que no han tenido consulta con psiquiatra. No podemos seguir ingresando si los que están no han recibido atención. Yo propongo que desde que pide la consulta, no pase más de una semana para el ingreso y que lo haga una dupla psicosocial, aunque sea sin psiquiatra.
- Bernardita: discrepo. Quien llega necesita algo para calmar el deseo de consumir. Debe haber un médico.
- Sandra: no tenemos esa posibilidad. Podemos poner como período de ingreso un mes y en este tiempo se evalúa, conocemos el contexto, la familia.
- Rodrigo: un mes es mucho tiempo, que sean dos semanas.

Extracto transcripción reunión de coordinación, 08 de abril de 2009.

Algunas de estas estrategias funcionaban, pero luego, una vez que se lograba una hora con psiquiatra, había otro problema: cómo hacer que los usuarios asistieran a las otras actividades que no eran la consulta con el psiquiatra. La mayoría de los usuarios que accedían a ingresar a los programas de tratamiento y rehabilitación de consumo problemático de drogas, lo hacían por la posibilidad de acceder a una consulta con un psiquiatra que les diera una receta de algún medicamento que les calmara los síntomas de abstinencia. Una vez logrado esto, muchos no se interesaban por las otras actividades.

Pero, según los Programas de Salud que compraba el CONACE, se debían realizar una serie de otras actividades con una frecuencia, que hacía que muchos de los usuarios no cumplieran con el número de asistencias establecido en la compra de servicios. Se daba una paradoja: según las clasificaciones de los Planes de Tratamiento del CONACE, la distinción entre un PAB y un PI es en función del “compromiso psicosocial” del usuario, que se mide mediante la aplicación de una pauta de evaluación que, basada en instrumentos validados en Europa y EEUU busca indagar en la salud física, el empleo, la situación legal, familiar, relaciones sociales y salud mental (Bobes, Bascarán, Bobes, Carballo, Díaz, Flórez et al., 2007). Siendo así, resultaba que quienes, según las pautas de evaluación, aparecían con un *mayor compromiso psicosocial* debían ser ingresados a un PI, es decir, ser ingresados a un plan que para ser cumplido, requería que el usuario asistiera a sesiones al menos cuatro veces por semana y quienes, según las pautas de evaluación, aparecían con un *menor compromiso psicosocial* debían ser ingresados a un PAB, que para ser cumplido, no requería de una asistencia tan intensiva.

La paradoja estaba en que, por lo general, los sujetos con *mayor compromiso psicosocial* llegaban en busca de una solución rápida a algún problema puntual, por ejemplo, luego de una sobredosis o por medida judicial, pero no estaban buscando un cambio radical en sus vidas, y por lo tanto, no tenían interés por participar en programas que requirieran de tanto tiempo. Por el contrario, los sujetos con *menor compromiso psicosocial* eran, por lo general, los que estaban más dispuestos a involucrarse en un tratamiento de larga duración y asistían a las sesiones.



Esto no era sólo un tema de encasillamiento diagnóstico, sino que por sobre todo, un tema económico, ya que el CONACE asigna a cada centro prestador de servicios una cantidad de cupos para PAB y otra para PI, pero paga casi el doble por un PI, de lo que paga por un PAB. Los SS debían justificar ante el CONACE los cupos asignados para los distintos planes en sus centros, pero lógicamente, en esta justificación, se busca que se les asigne más cupos para PI. En el caso del CESAMCO Schneider, el convenio vigente con el CONACE, a mi llegada, establecía cantidades iguales de cupos para ambos tipos de planes. Esto quiere decir que, aún cuando cumpliéramos con las atenciones requeridas para todos los usuarios ingresados a un PAB, si no lográbamos hacer lo mismo para todos los usuarios ingresados a un PI, el SS Valdivia dejaría de recibir más del doble del dinero que recibía desde el CONACE.

Así, nosotros nos planteábamos qué hacer para poder cumplir con los servicios comprados, con lo que llegábamos a límites que, me parecen, rayaban en el hostigamiento y el soborno:

- Sandra: yo estoy urgida porque en julio es la próxima evaluación. Habría que empezar la próxima semana. Hagamos primero rescate telefónico y luego domiciliario y les ofrecemos una once.<sup>44</sup>
  
- María Isabel: es buena idea, porque la gente viene saliendo de la pega<sup>45</sup> y con hambre y cansada. Yo la verdad no iría a ninguna parte después del trabajo con este frío.
  
- Rodrigo: hay que volver a encasillar si son PAB o PI.
  
- Bernardita: es que hay que ver las plazas.
  
- Rodrigo: los usuarios no corresponden para nada a cómo están encasillados.
  
- Sandra: hay que tener claro primero qué vamos a ofrecer.

---

<sup>44</sup> En Chile se denomina “oOnce” a una comida que se realiza al finalizar la tarde. Puede ser algo previo a la cena o reemplazarla.

<sup>45</sup> En Chile se utiliza “pega” para referirse informalmente al trabajo.

- Marcela: hay que dejarles claro que no es un programa como en los centros de APS que no es sólo consulta con el médico. Vienen sólo por los medicamentos, pero luego no quieren venir a las otras cosas, así que creo que hay que negociar.

- Sandra: pero hay un contrato que cumplir. El apuro es porque hay usuarios en los planes que no están teniendo las atenciones que deben tener según contrato. Entonces el inicio de los grupos debería ser en una semana a más tardar y dejamos esta semana destinada a la convocatoria.

- Bernardita: Luis puede hacer rescate el martes y el jueves.

- Sandra: quien hace el rescate debería ser quien tenga el vínculo más cercano, es decir, el encargado terapéutico. El rescate se tiene que hacer con la ficha viendo quién ha estado más cercano a esa persona.

Extracto transcripción reunión de coordinación, 08 de abril de 2009.

Nuestras estrategias no se restringían a los usuarios. También intentamos hacer ver a la gente del CONACE, que este tipo de planes eran demasiado rígidos. En una reunión de supervisión con una representante del CONACE, le explicamos las dificultades con las que nos encontrábamos para cumplir lo que se requería en los PAB y PI.

Ella nos explica que lo que debemos hacer es ver qué podemos hacer con los recursos que tenemos y según la población que atendemos y comprometernos sólo a eso. Nos dice que debemos evaluar a conciencia qué es lo que realmente podemos ofrecer y no ofrecer más que eso. Tania le responde que es algo “tramposo” porque si bien, sólo nos podemos comprometer a PAB, por el número de atenciones, todos sabemos que en nuestro territorio, hay muchas personas que más bien corresponderían al perfil de un PI. También le insinué que hacer algo así, implicaría dejar de recibir pagos, aún cuando como CESAMCO, de todos modos debíamos tender a cubrir las necesidades de toda la población del territorio, dentro de las cuales, el tema del consumo de sustancias era uno de los más graves. (Cuaderno de campo, nota 27 de agosto de 2009)

Esto puede ser entendido como la fábula de la *zanahoria y el garrote* (Cetti, 2008: 7) que se ha utilizado para describir cómo los procesos de gubernamentalidad en Chile se caracterizan porque, por un lado, se ofrece concretar las demandas surgidas desde la población, y por otro, se castiga a quienes no actúan según las formas que dictan los intereses del gobierno. En este caso, nosotros como profesionales debíamos acoger las necesidades que surgían desde la población y buscar formas de solucionarlas, pero al mismo tiempo, seríamos castigados si no hacíamos las cosas como estaban definidas desde entidades de gobierno.

Aquí se puede reflejar la contraposición de dos lógicas distintas, representadas por los órganos del Estado y los gremios de la salud, que desde antes de la implementación de la reforma a la salud han estado en pugna. Por una parte, desde el CONACE, la asignación de recursos es en función del logros de la atención, mientras que desde los profesionales, la atención y por tanto, la asignación de los recursos, debe ser incondicional y suficiente para toda la población (Quiero, 2005). Esta contraposición puede abrir una reflexión acerca de la diferencia entre la compra de un bien y el pago de un servicio de salud. Desde el CONACE la lógica era pagar por planes de salud, pero nosotros, entendíamos como un imperativo ético velar por toda la población, aún cuando no pudiéramos tener ninguna garantía de que esa población hiciera lo que nosotros esperábamos. Es decir, el CONACE nos pagaba por lograr conductas en nuestros sujetos/objetos de intervención, como se paga por la confección de un vestido o el arreglo de un automóvil, pero según los valores estipulados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, y compartidos por nosotros, nuestra obligación era velar por toda la población, y no sólo por quienes logren acceder a un plan pagado por el CONACE. Sin embargo, todos nuestros esfuerzos se iban en cumplir con hacer aquello por lo que pagaba el CONACE.

Esto también dio paso a una discusión durante las jornadas de reflexión y capacitación organizadas por la USMP del ss Valdivia. Durante estas jornadas, a partir de la lectura de textos, los integrantes del equipo hacíamos comentarios y debatíamos. La discusión que se dio, en relación a lo que ocurría con el CONACE partió desde una reflexión acerca de las lógicas que, desde un centro

de poder, intentan homogenizar las acciones y los resultados, sin considerar las diversas realidades. Estas reflexiones, nos parece, dan cuenta de las contradicciones que vemos los profesionales.

- Rodrigo: en la cárcel, por ejemplo, se hablaba del programa de inserción social y el programa de inserción social era un manual que se había hecho en Santiago y que no tenía nada que ver con la realidad que se vivía en la cárcel de Valdivia. Nadie piensa en dónde se va a hacer la rehabilitación, con qué personas se va a hacer la rehabilitación, quiénes son las personas que van a hacer la rehabilitación, sino que es un manual. Como un producto, algo que se produce y que se tiene que replicar en todas las cárceles. Es una cuestión que generaliza. No sé si me explico. Todos tenemos que someternos a lo mismo. Como A es igual a B, entonces todos los A tenemos que ser B.

- Sandra: bueno, y sin ir más lejos, en el tema del CONACE y los PAB y los PI, también hay que tener cierta estructura, cierta forma.

- Rodrigo: en los PAB y PI te determinan la cantidad de cosas que tú tienes que hacer, pero son cosas que dependen de la persona y muchas veces no dependen de ti y luego cómo lo haces tú para encajar cosas que son completamente diferentes, que vienen de dos lados diferentes.

Extracto transcripción jornada de reflexión y capacitación ss Valdivia, 22 de julio de 2009.

Por último, nosotros creíamos que nuestro trabajo era hacer lo que los usuarios nos pidieran. Entonces, se hacía realidad que nuestro rol como interventores, terminaba haciendo que los deseos de las personas se alinearan con los fines de gobierno; Aún cuando quisiéramos hacer lo que las personas nos pidieran, terminábamos ejecutando lo que nos exigía una institución de gobierno e intentando que las personas quisieran participar de ello.

Creo que aquí cabe preguntarse quién compra y quién vende los servicios; en este caso era el CONACE quién pagaba, es decir, quien compraba servicios, y el ss era quien vendía, a través del CESAMCO. Siendo así, no son los usuarios quienes compran un servicio, por eso, el CESAMCO no puede vender un servicio para los usuarios, como se pretende decir, sino que debe vender un servicio

para una entidad del gobierno. Pero este servicio que se vende implica acciones sobre otros sujetos: los sujetos/objetos de intervención. Esto nos permite poner en entredicho, que los derechos de los pacientes se pueden entender como derechos de consumidores, supuesto a partir del cual, se han generado movimientos en defensa de los pacientes en EEUU y en países de Europa (Rissmiller y Rissmiller, 2006) y que ha tenido influencia en las lógicas de derechos de los pacientes presente en la reforma a la salud en Chile.

La definición de un buen servicio no está dada por los deseos de los pacientes, ahora usuarios, sino por otros que definen lo que se debe lograr con esos usuarios. Es el resultado de la acción combinada de una lógica de consumo, un saber experto y una lógica colonial. Una entidad de gobierno, el CONACE define con base en lo que se determina desde otros centros de expertos, es decir, la academia en Europa y en EEUU, lo que se debe hacer para brindar un buen servicio a un sujeto, lo cual, además, está en función de estándares de costo-eficacia que ha establecido la lógica de consumo.

### 3.3.3. *¿Garantías de qué?*

Por otra parte, el FONASA paga al SS por planes de salud, que también establecen tipos y número de prestaciones que se deben dar al usuario. ¿Cómo se establece a qué plan de salud se ingresa una persona? Por el diagnóstico médico y aspectos epidemiológicos. Ya hemos mencionado en el capítulo I, cómo se generó el indicador AVISA y cómo a partir de éste, se priorizaron un cierto número de problemas de salud. Ahora nos referiremos a cómo esto se expresaba en las prácticas en Salud Mental y psiquiatría Comunitaria en el CESAMCO Schneider.

Las personas que, en base al indicador AVISA, se considera, tienen un problema de salud que se encuentra dentro de los prioritarios, son ingresadas a planes con GES, que establecen tipo, número de prestaciones y tiempo para su realización. El no cumplimiento de los plazos establecidos significa caer en una irregularidad que tiene sanciones asociadas.

Nuevamente, el problema no era sólo de encasillamiento diagnóstico, sino que además, tenía implicancias legales y económicas. Las implicancias legales tenían relación con la separación de funciones entre los SS y las SEREMI. Las personas que no recibían las atenciones en los tiempos establecidos en los planes de salud con GES podían acudir a la SEREMI y hacer la denuncia pertinente. En tal caso, la SEREMI, como entidad fiscalizadora, sería la encargada de supervisar a los centros de salud que caían en incumplimiento de las garantías, incluidos los que dependen del SS, pudiendo sancionarlos si así lo estima conveniente. Las implicancias económicas tenían relación con los montos que pagaba FONASA a los SS por planes con GES, que eran más elevados que el resto de los planes.

Entonces, según diagnóstico médico y factores epidemiológicos, las personas eran encasilladas en un plan de salud, que establecía de antemano las acciones que se debían realizar. Pero, además, dentro de esta clasificación, había un tipo de planes que, por un lado, de no cumplirse podían traer sanciones al SS Valdivia, y por otro, de cumplirse reportarían mayores ingresos. Nuevamente la lógica del garrote y la zanahoria. Como resultado, en el CESAMCO de Schneider, el equipo debía buscar fórmulas para poder cumplir con las acciones en los plazos establecidos en los planes con GES, lo cual, en muchas ocasiones, implicaba tener que dejar de lado otras acciones que no estaban estipuladas en los planes, o que, aún cuando estuviesen estipuladas en los planes, no tenían plazos para su realización.

Para clarificar, explicaré cómo era el proceso mediante el cual una persona llegaba a ser ingresada a un plan con GES.

- 1.- Una persona consulta en el centro de APS que le corresponde según el sector donde vive. Un médico general hace un primer diagnóstico, y a partir de éste, la persona es ingresada a un plan de salud. Si este plan considera prestaciones especializadas de Salud Mental y Psiquiatría (consulta con psiquiatra y psicofármacos), la persona es derivada al CESAMCO que corresponde al territorio del centro de APS.

2.- Una vez derivada, la persona debe llevar la hoja de interconsulta al CESAMCO, y una vez recibida la interconsulta, a la persona se le debe dar una cita para una entrevista de ingreso con una dupla psicosocial, compuesta por un psiquiatra y otro profesional. Si el plan de salud tiene GES, la cita no puede ser después del plazo estipulado en el plan. De lo contrario, la persona podía reclamar ante la SEREMI.

3.- En la entrevista de ingreso al CESAMCO el primer diagnóstico puede ser confirmado, cambiado o desmentido. Luego, el plan de salud al que es ingresada definitivamente la persona se determina a partir del diagnóstico que se concluye de esta entrevista de ingreso al centro de especialidad. Si se confirma que la persona debe ser ingresada a un plan de salud con GES, todas las acciones que establece el plan deben realizarse en los plazos estipulados. De lo contrario, la persona, ahora usuario, puede reclamar ante la SEREMI.

¿Qué ocurría en el CESAMCO de Schneider? Al igual como sucedía con los planes de salud que pagaba el CONACE, las consultas de psiquiatra era uno de los principales problemas para cumplir con los planes de salud. Cuando llegaba al CESAMCO una interconsulta con un diagnóstico asociado a un plan de salud con GES, había que cumplir con el plazo para llevar a cabo la entrevista de ingreso, que debía contar con la presencia de un psiquiatra, pero habitualmente los psiquiatras no tenían horas de atención disponibles antes de que venciera el plazo.

¿Cuál era ese plazo? Los diagnósticos que se asocian a un plan de tratamiento con GES, y que deben ser derivados a un centro especializado, deben ser evaluados por un especialista en un plazo de 20 o 30 días, según cuál sea el diagnóstico específico.<sup>46</sup> Pero los plazos establecidos en los planes de salud con GES se cuentan desde que se emite la primera interconsulta, y no desde que ésta llega al centro de especialidad. Pero muchas personas, aún cuando se les informaba acerca del sistemas de garantías, no acudían de inmediato al

---

<sup>46</sup> Según protocolo de atención en primer episodio de esquizofrenia el plazo es de 20 días (consultado el 11/05/2010 en [www.supersalud.cl/568/propertyvalue-515.html](http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-515.html)); mientras que según protocolo de atención en depresión severa, es de 30 días (consultado el 11/05/2010 en [www.supersalud.cl/568/propertyvalue-534.html](http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-534.html)).

CESAMCO; en muchos casos, pasaban varios días desde que se hacía la interconsulta hasta que la persona la llevaba al CESAMCO. Muchas interconsultas llegaban pocos días antes de que se venciera la garantía o cuando la garantía ya estaba vencida.

Si la interconsulta llegaba a pocos días de que se venciera la garantía, ante las posibles sanciones, el equipo terminaba pidiendo a los psiquiatras que postergaran horas de consulta asignadas a otros usuarios que no tenían planes con GES. Esto, no sin generar fuertes cuestionamiento, por parte del mismo equipo hacia las políticas y hacia lo que se estaba haciendo.

Las razones por las cuales creo que se daba esta tardanza en acudir al CESAMCO no las podría exponer aquí, más que como una opinión, ya que mi trabajo de campo no contempló un acercamiento directo a los usuarios, pero según mis compañeros, se debía principalmente a la falta de tiempo de las personas. Por eso la solución propuesta fue que las interconsultas llegaran de forma directa al CESAMCO desde los centros de APS, en cuanto fuesen hechas, en vez de que las llevaran los usuarios. Otra medida fue que las pocas horas de psiquiatra fuesen consideradas principalmente para los ingresos de personas con planes con GES y que médicos generales suplieran las horas de psiquiatra para controles o ingresos sin GES. Esta medida, si bien no solucionó del todo el problema, permitió disminuir el número de GES incumplidas.

- Bernardita: no es lo ideal, porque lo ideal sería un tratante, pero se me ocurre que el psiquiatra debería ver los ingresos porque hay garantías que cumplir.

- Sandra: ayer mandamos el listado de personas a las cuales no tenemos cómo cumplir las garantías y son siete en total. Es decir, el Servicio está informado.

- Tania: la nueva directora propuso lo de los becados. Ella no va a dimensionar hasta que no le caiga FONASA o la súper intendencia a ver por qué no se están cumpliendo las garantías.

- Marcela: y nosotros tenemos que poner la cara, decir que vamos a ver si les podemos dar una hora con psiquiatra cuando sabemos que no se la vamos a poder dar.



Podríamos decir que son los sujetos/objetos de atención los que van tejiendo la red, a través de sus trayectorias y por medio de las derivaciones, pero estas trayectorias estaban definidas de ante mano. Luego, si los sujetos/objetos de intervención no seguían esas trayectorias, los profesionales debíamos elaborar estrategias para que lo hicieran.

Nuevamente estas estrategias, que como equipo ideábamos para poder cumplir con lo que se nos exigía desde otras entidades de gobierno, no tenían relación con una demanda directa de un usuario. Por el contrario, la solución ideada no tomaba en cuenta al usuario: quien había sido asignado por diagnóstico a un plan con GES tenía que acudir a la cita cuando se le dijera, y de no hacerlo, perdería las GES. Eso sí, podía denunciar si no se le citaba en el plazo establecido. Por otro lado, quien ya estaba siguiendo un tratamiento en el CESAMCO tenía altas posibilidades de seguir sus controles con un médico que no era el mismo que lo había visto por primera vez, sin que nadie le preguntara si así lo deseaba.

A partir de esto, se puede poner en entredicho ciertos supuestos de la reforma a la salud en Chile, relativos a los derechos de los pacientes: ¿en qué se traducen finalmente estas garantías explícitas que en principio son presentadas como una forma de garantizar el derecho a la salud? En este caso, se asume que explicitar ciertas garantías es una forma de brindar los medios para que las personas puedan reclamar si éstas no se cumplen pero ¿quién y en base a qué criterios, establece cuáles son esas garantías? Así como se ha descrito en el caso del consentimiento informado, en que los derechos de los pacientes se reduce a la posibilidad de ser informado y decir sí o no a decisiones ya tomadas (Bertram y Powel, 2005), en este caso el derecho de los pacientes se reduce a ser informado de lo que deben exigir. En ningún caso los pacientes podrán pedir modificaciones en sus tratamientos.

### *3.3.4. Atención primaria y secundaria: ¿quién necesita de una atención de especialista?*

Otro asunto que se trataba en las reuniones de coordinación era planear cómo lidiar con los centros de APS.

Como ya he mencionado, según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, los centros son “la puerta de entrada” al sistema de salud público chileno y quienes tienen que derivar al CESAMCO a las personas que consideren necesitan de una atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría. Pero al derivar a una persona al CESAMCO, estos centros no se desvinculan del caso, ya que la persona sigue siendo usuario de APS. Todos los otros problemas de salud, que no sean aquellos por los cuales fue derivado al CESAMCO, deben continuar siendo atendidos en el centro de APS y una vez solucionado debe volver a ser atendido en éste, incluso por aspectos de Salud Mental. Por su parte, el CESAMCO debe prestar asesorías a estos centros, para la atención de los problemas de salud mental y psiquiatría que no cumplen con los criterios para ingresar a un centro de especialidad, o que han sido dados de alta, una vez que el problema ya no requiere de una atención especializada.

¿Cuáles son los problemas de Salud Mental y Psiquiatría que requieren de una atención especializada? Están definidos por protocolo según diagnóstico médico, lo cual no impedía que hubiese diferencias de opinión entre los integrantes del equipo del CESAMCO y los integrantes de los equipos de los centros de APS.

Debido a falta de médicos en el CESAMCO, los profesionales debíamos realizar una serie de acciones de coordinación, entre nosotros y con los otros profesionales de los centros de APS para lograr que se dieran las trayectorias que debían seguir los sujetos/objetos de intervención. Podríamos decir que debíamos lograr consensuar un código de traducción que permitiera la movilidad fluida de los casos. A partir de estas acciones de coordinación, se abría una serie de cuestionamientos. Por un lado, al uso de categorías diagnósticas como medio de traducción de los casos, y medio de tránsito entre

un dispositivo y otro; y por otro, a la categoría de centro de especialidad del CESAMCO. Muchos de estos cuestionamientos terminaban siendo silenciados nuevamente en función del cumplimiento de los protocolos, pero eso no significa que no introdujeran cambios en las formas de intervención.

Con el tiempo, y mediante conversaciones con mis compañeros, entendí que varios habían sentido que se desconfiaba de sus competencias profesionales para hacerse cargo de ciertos problemas. También sentían que, en parte, esta desconfianza provenía de los profesionales de los centros de APS. Sin embargo, creo que la desconfianza no sólo provenía de otros; algunos de mis compañeros también plantearon dudas en relación a su propia preparación. Para varios de ellos, éste era su primer empleo y a esto se sumaba a que nadie había trabajado antes en un CESAMCO propiamente tal. Además, varios venían desde Santiago o de otras ciudades y sentían que desconocían la realidad local.

A partir de los cuestionamientos, la inexperiencia y las propias inseguridades acerca de lo que el equipo era capaz de asumir, varios de mis compañeros consideraban que durante los primeros meses de funcionamiento del CESAMCO, para nadie había claridad en relación a qué problemas debían tratarse. Ni ellos, ni los equipos de los centros de APS tenían un criterio para decidir quién debía ser derivado y quién no. Un ejemplo de esto fue que, durante los primeros meses de funcionamiento, los integrantes del equipo del CESAMCO habían decidido no atender ciertos problemas, por considerar que no contaban con las herramientas necesarias. En respuesta a esto la USMP del ss Valdivia impuso al CESAMCO que debía *hacerse cargo de los problemas que le correspondían*. ¿Cuáles eran estos problemas? Para dar cuenta de esto, presento a modo de ejemplo, un extracto de la narrativa realizada con Mariam Delgado:

Nosotros hemos tenido que luchar, no sólo contra la Unidad de Psiquiatría del Hospital, sino que también contra nuestros centros para quitar algunos estigmas y lograr que ellos asuman las responsabilidades que les corresponden. Un ejemplo es lo mucho que costó que los centros lograran integrar el tema del abuso sexual; los centros habían definido en algún momento que ellos no iban a atender a pacientes por abuso sexual, pero

entonces tuvimos que preguntarles ¿quién los atiende entonces? Primero nos respondieron que debía hacerlo un centro especializado, así que tuvimos que hacerles ver que esa no es la idea y que debían ver temas de abuso sexual asociados a patologías o como un problema de salud mental que es parte de la patología y de las consultas habituales. Tuvimos que explicarles que no podían ver a un paciente y derivarlo sólo por ese tema, porque eso sería volver a parcelar a las personas por tipos de problemas en especialidades, en vez de darles una atención integral en salud mental, que es lo que se pretende con estos centros. (Mariam Delgado, 2009. Extracto narrativa)

Este episodio en el que Mariam explica cómo *hacer ver* a los profesionales que estaban en un error, fue interpretado como una imposición, lo cual se contradecía con el discurso inicial de participación y relaciones no jerárquicas de la USMP del ss Valdivia. Ya hemos planteado cómo esto puede ser entendido por las diferencias en el cambio posible y deseable que se deduce de lo que se ha denominado el modelo comunitario. Ahora explicaremos los efectos que se siguieron de este episodio en las prácticas de los profesionales.

Luego de que la USMP del ss Valdivia determinara qué casos debían ser derivados al CESAMCO según los protocolos de atención y normativas técnicas, en contra de lo planteado por los profesionales, continuaron las discusiones. En el equipo se mantenían las dudas y los cuestionamientos y se propiciaban problemas para ponerse de acuerdo con los centros de APS que eran los que hacían el mayor número de derivaciones de personas al CESAMCO de Schneider.

A continuación un extracto de reunión que da cuenta de las variadas opiniones al interior del equipo en relación a los criterios de derivación, aun cuando se suponía que estaban establecidos por protocolo.

- Cristóbal: en el consultorio Externo me preguntaron si nosotros hacíamos evaluación de trastornos de personalidad y yo les dije que sí.

- Rodrigo: pero ¿por qué haces eso?

- Cristóbal: le dije que sí, pero le dije que nosotros no éramos sólo evaluadores, sino que además de hacer eso, luego automáticamente hacíamos el seguimiento del paciente, que lo citábamos acá, porque probablemente nosotros tendríamos que trabajar con él a parte de hacerle la evaluación, porque no vamos a hacer sólo la evaluación y después lo vamos a devolver.

- Sandra: ¿Como parte de un proceso diagnóstico?

- Tania: pero no es que ellos pidan la evaluación...

- Sandra: además dentro del protocolo no es lo que corresponde.

- Cristóbal: pero en este caso es por un chico de 28 años, que está muy aislado, y la psicóloga tiene dudas.

- Tania: pero que la evaluación la haga la psicóloga de allá.

- Cristóbal: es que no sabe. Me dijo que tenía dudas y que podía ir por el lado de un trastorno de personalidad. Yo le dije que podía ser un episodio pero hay que evaluar. Aplicar un Rorschach, porque no sabemos a ciencia cierta.

- Tania: pero eso tiene que ver con las competencias profesionales.

- Cristóbal: pero yo le dije que sí, que nosotros tendríamos que evaluar.

- Sandra: Cristóbal... contestaste mal.

- Cristóbal: yo lo aplico.

- Sandra: pero hay un protocolo y ese protocolo dice que no vamos a recibir gente sólo por el problema de trastorno de personalidad.

- Yo: además lo que no corresponde es que alguien te diga que lo va a mandar para evaluar, porque ella no puede evaluarlo.

- Cristóbal: por eso te digo, nosotros no lo vamos a evaluar para devolverlo, sino que nosotros vamos a hacernos cargo de este caso.

- Patricia: pero es que no tenemos horas, no hay horas, entonces hay que tratar de priorizar por las cosas que realmente tienen que estar acá.

- Cristóbal: pero cuál es el problema, que manden la interconsulta y aquí lo evaluamos y si no corresponde lo devolvemos.

- Patricia: pero igual lo va a tener que ver un psiquiatra.

- Sandra: en el protocolo dice que debemos atender a los trastornos de personalidad pero cuando están en períodos de crisis.

- Cristóbal: por eso yo le dije que aquí si atendemos trastornos de personalidad y tenemos un montón de personas con trastorno de personalidad.

- Yo: pero tiene que ver con la gravedad del cuadro.

- Patricia: o si hay una patología dual, habíamos dicho, por ejemplo, trastorno de personalidad con violencia intrafamiliar.

- Rodrigo: pero en el protocolo sí sale trastorno de personalidad. Apuesto mi vida.

- Cristóbal: en este caso es un trastorno de personalidad pero que está afectando a la persona de una manera grave. La psicóloga me dice que esta persona no sale de su casa.

- Tania: eso sí justifica una atención de nivel secundario, las condiciones en las que está, más que por la evaluación. Si te llaman y te dice ¿hacen evaluación? Tú dices que las evaluaciones se hacen por una derivación de acuerdo a un protocolo, no para aclarar un diagnóstico porque otro no lo puede hacer.

Extracto transcripción reunión clínica, 28 de mayo de 2009.

En este caso, apoyados en los protocolos, finalmente llegamos a consensuar, que sí correspondía la derivación por las características de gravedad de la situación, pero no por el diagnóstico ni por la necesidad de evaluación. Para

llegar a este consenso fue necesario primero una discusión y un análisis de la situación. Como resultado, la *gravedad* del caso se estableció no sólo como un atributo del diagnóstico, sino que de la situación. No bastaba con el diagnóstico y el protocolo para considerar pertinente el ingreso. Había que analizar otros aspectos. Luego, para el tema de las derivaciones había que llevar también este consenso más allá de los límites del CESAMCO.

Para zanjar diferencias de criterio en relación a las derivaciones, se programaban periódicamente reuniones con los centros de APS. En ellas se habían hecho, y se continuaban haciendo, intentos por llegar a acuerdo a fin de que no se siguieran derivando casos que “por protocolo” no correspondía. Pero, había otro problema: los que hacían las derivaciones eran los médicos de los centros, que no participaban de forma habitual en las reuniones de coordinación.

Mis compañeros habían intentado hacer participar a los médicos de los centros de APS en las reuniones de coordinación, sin embargo, esto nunca se llegó a concretar del todo durante los meses en que realicé trabajo de campo, según pude ver, por falta de tiempo y disposición de los médicos. Entonces, como alternativa se planteó la confección de un tríptico en el que se presentaran de forma esquemática, en qué casos había que derivar al CESAMCO, según los protocolos de atención correspondiente por diagnóstico. Estos trípticos serían entregados a los médicos en una única reunión.

Por otra parte, en las reuniones de coordinación, se analizarían cada una de las situaciones en que personas derivadas, finalmente no habían sido ingresadas al CESAMCO; el objeto de esta revisión no sólo era explicar por qué una persona, según protocolo, no cumplía con los criterios para ser ingresada, sino que además, impedir que se volvieran a dar casos similares.

Varios de los integrantes del equipo coincidían en que con el transcurso del tiempo, habían ido logrando un mayor acuerdo en el tema de las derivaciones, lo que puede ser interpretado como la configuración del CESAMCO dentro de la

RSMP, es decir, como el proceso por el cual se establece un consenso en relación a quiénes deben circular por este nuevo espacio y con eso, un consenso en relación a lo que es un CESAMCO.

En este sentido, nos parece apropiado, introducir una nueva cuestión: qué entidad es la que media y establece la relación entre dos elementos.

Tirado y Mora (2004) proponen un concepto que nos puede ayudar a responder esta cuestión: el *parásito*, el cual hace referencia a aquello que siempre es posible deducir de una relación. Puede ser aquello que media, o puede estar en medio de una relación, pero es aquello que para existir, depende de la relación, ya que extrae su existencia de ésta.

Si pensamos en la relación que establece el CESAMCO con los centros de APS, y con la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia, podemos decir que las derivaciones son un parásito: sólo existen por la relación entre éstos.

Pero, además, la noción de parásito conlleva otra posibilidad: el parásito tiene movimiento y a través de este movimiento, puede introducir un punto de inflexión a la relación, y con ello al orden. En este sentido, quisiéramos decir que en estas derivaciones, existe la posibilidad de movimiento. Tal como hemos visto, en el caso de la RSMP del SS Valdivia, aún cuando existen protocolos que establecen cómo debe ser la relación entre los diferentes dispositivos de una RSMP, en cada derivación, hay una posibilidad de introducir un punto de inflexión en la relación. Esta posibilidad tiene que ver con la pérdida del rol de los médicos en los procesos de traducción, que lleva a los profesionales a acomodar nuestras relaciones con los otros centros, y nos permite ir introduciendo nuestras propias formas de ver y decir algo acerca de los problemas.

Los cuestionamientos y problemas con los que nos encontrábamos los profesionales del ESMPA del CESAMCO de Schneider, para hacer y recibir derivaciones, no eran anulados por las imposiciones de los protocolos, sino que iban introduciendo mínimas variaciones a estas relaciones que finalmente



podían ir modificando el orden, transformando la relación, e introduciendo una mayor complejidad. En estas variaciones mínimas jugaban un rol central las derivaciones, como aquello que existe entre los diferentes dispositivos de la red.

Esta idea de parásito nos lleva a una complejización de lo social, propia de lo que Tirado y Mora (2004) señalan como el *acontecimiento*. Éste introduce la posibilidad de incorporar el azar a la regla, y orden al caos, de una forma que hasta ahora no habría sido considerada en las formas tradicionales de pensar lo social. No es nuestra intención ahora profundizar en la crítica que hacen los autores a las formas tradicionales de comprender lo social, ni explicar acá su propuesta de entender lo social desde una lógica del acontecimiento, pero sí nos interesa recalcar que tales formas tradicionales para comprender lo social no dan cuenta de las pequeñas variaciones que pueden ocurrir en cada relación. Incorporar una mirada hacia los parásitos tiene sentido, en la medida en que puede darnos luces para ver esas pequeñas variaciones, que de lo contrario, podrían pasar inadvertidas. Esto se relaciona con las posibilidades de estar “entre” diferentes entidades, un espacio que no es algo acabado en sí mismo. Las interconsultas, como parásitos son un documento, un hecho y una relación al mismo tiempo, a partir de las cuales surge la posibilidad de desplazamientos mínimos en el estado de cosas ya existentes, que pueden generar diferencia y novedad.

En un principio hemos querido aplicar la lógica de cartografía a la descripción del ESMPA, bajo el entendido de que éste era lo que mediaba, y que sólo existía *en* la relación entre los diferentes actores de la RSMP del SS Valdivia. Sin embargo, ahora podemos decir que no existe el ESMPA del CESAMCO de Schneider, al menos no como está definido en el plan de Salud Mental y Psiquiatría chileno, ya que los profesionales que lo conforman no se reconocen como tal, sino que como el equipo del lugar donde trabajan: el CESAMCO de Schneider.

Lo que existe en las relaciones entre diferentes entidades que componen la USMP del SS Valdivia no es el ESPA, sino las derivaciones, es decir, una entidad

que surge de la traducción de un problema, a fin de que pueda transitar entre los diferentes dispositivos de la RSMP del SS Valdivia. Mediante estas derivaciones el ESMPA del CESAMCO de Schneider cambia y se transforma, así como también cambian y se transforman otros dispositivos de la RSMP del SS Valdivia.

Algunos podrían pensar entonces que nos hemos equivocado: que debimos acceder al CESAMCO, como se accede a una institución, por ejemplo, para identificar la tipificación de las acciones de determinados actores (Berger y Luckmann, 1988) o los medios por los cuales estas acciones y estos actores son legitimados por un colectivo (Douglas, 1996). Haber accedido al CESAMCO como podríamos haber accedido a una institución psiquiátrica. Sin embargo, esto no nos habría permitido comprender cómo se generan los casos psicosociales y cómo a partir de éstos se van articulando diferentes entidades en una cadena de hechos reversibles a través de la RSMP del SS Valdivia que van introduciendo pequeñas modificaciones a las lógicas de intervención.

Otras de las repercusiones era que los profesionales se asumieran como el equipo del CESAMCO y no como un ESMPA. Como hemos explicado, el ESMPA debe articular la RSMP de un territorio determinado y debe responsabilizarse por la promoción, el cuidado y el control de la salud de la población de ese territorio, y la detección de familias y pacientes vulnerables de forma activa y preventiva. Por esto, se conciben como equipos en que los expertos no se entienden como especialistas en un área temática determinada, sino como conocedores de la vida cotidiana de un grupo de personas en un territorio determinado, y los problemas de salud mental que se podrían derivar de ésta. Pero, por otro lado, un CESAMCO se define como *un establecimiento de atención ambulatoria, especializado en Salud Mental y Psiquiatría integrado a la Red de Salud General y a la Red de Salud Mental y Psiquiatría.*

Por eso no es extraño que desde los centros de APS, la demanda hacia el equipo de profesionales se relacionara más bien con las demandas a un equipo de un CESAMCO, es decir, las demandas a un equipo especializado en

Salud Mental y Psiquiatría. Esto se podía reflejar en las expectativas que mostraban los profesionales de los centros de APS en las consultorías.

La consultoría era la instancia en que el CESAMCO debía apoyar a los equipos de los centros de APS en relación a problemas de Salud Mental y Psiquiatría. Era también la instancia en que, el CESAMCO de Schneider volvía a toparse con su problema de falta de horas de psiquiatras. Las dudas que planteaban los equipos de APS eran en su mayoría en relación a aspecto de la patología: signos, síntomas, criterios diagnósticos, medicación, etc. Preguntas que sólo podía responder un psiquiatra, pero no siempre había un psiquiatra con la disposición de tiempo para participar en las asesorías.

¿Por qué no podían responder otros integrantes del equipo? Porque una respuesta que no fuera de un psiquiatra era cuestionada por la gente de los centros de APS y porque mis compañeros tampoco se sentían preparados para responder a las expectativas de estos profesionales.

- Cristóbal: La consultoría es impostergable, ya fracasó una vez. No podemos fallar otra vez.

- Rodrigo: ¿y por qué no la haces tú, Cristóbal, sin psiquiatra?

- Cristóbal: ¡Yo solo! No, es gente que lleva varios años trabajando y se han vuelto muy rígidos y yo sólo llevo seis meses trabajando, ¿qué les voy a decir?

- Sandra: sí, es verdad, son todos muy cuestionadores y la vez pasada fue muy pesado.

- Cristóbal: y desde ahí dijimos que las consultorías serían con psiquiatra.

- Marcela: además por algo somos atención secundaria, por eso hay psiquiatra.

Extracto transcripción reunión de coordinación, 07 de mayo de 2009.

Mi impresión era que para los equipos de los centros de APS el especialista era por definición el psiquiatra y por lo tanto, una consultoría de especialidad no

tenía sentido si no estaba el especialista. Esta idea había perneado también a mis compañeros, que ante la falta de experiencia, se habían sentido cuestionados en su conocimiento de la especialidad. Lo que hacía del CESAMCO un centro de especialidad, y por lo tanto, lo que lo definía como centro de atención secundaria, ante los centros de APS era la presencia de psiquiatras, pero los psiquiatras no siempre estaban.

Creo que esto también se fue asentando justamente por el consenso que se fue logrando a partir de los protocolos, los que establecían que las derivaciones debían hacerse en función del diagnóstico médico y el tratamiento farmacológico y en las discusiones al interior del equipo, estos criterios influían en las decisiones. No es de extrañar entonces que este nuevo elemento de la RSMP, el CESAMCO se entendiera como el lugar de la especialidad psiquiátrica, si era, por definición, hacia donde debían ir quienes necesitaban de una consulta psiquiátrica y quienes necesitaban medicamentos recetados por un psiquiatra.

Pero al mismo tiempo, desde la USMP del SS Valdivia, se nos pedía que no fuéramos especialistas en estos temas, sino que fuéramos especialistas en el conocimiento de las realidades cotidianas de nuestro territorio. Entonces, mis compañeros debían idear una serie de estrategias para mantener la imagen del CESAMCO como un centro al cual podían acudir los equipos no especializados para solucionar los problemas que necesitaban de un especialista. Esta situación se podía comparar con la historia del Mago de Hoz. Pero este mago de Hoz no lograba convencer del todo a quienes llegaban en busca de ayuda. Varios eran los que querían evidenciar a los ventrílocuos detrás del mago.

#### **3.4. Interventores entre lo biomédico, lo clínico y lo comunitario**

El propósito inicial de la inmersión en el campo era conocer las prácticas de un ESMPA, sin embargo, una vez ahí, me encontré con un equipo de un CESAMCO, pero con características de un ESMPA. Pareciera ser que para nadie estaba muy claro qué significa esto, ni cuáles eran las funciones de un equipo de esta naturaleza, salvo por una cosa: eran un equipo comunitario. Tanto para los

integrantes del equipo, como para las entidades que se relacionan con ellos, esto era lo distintivo de las prácticas que se daban en este equipo.

Pero, ¿qué es ser comunitario? Ya en el capítulo I hemos planteado que la Salud Mental Comunitaria puede ser comprendida como el resultado de una serie de transformaciones de los objetos de conocimiento y de gobierno en el ámbito de la Salud Mental. Ahora quisiéramos responder a otra pregunta: ¿cómo se expresan estas transformaciones en un equipo de Salud Mental y Psiquiatría que se distingue por ser “comunitario”?

El primer problema con el que nos encontramos es que, al igual que como ocurre en ámbitos académicos, en el equipo del CESAMCO no había una delimitación compartida por los diferentes profesionales de qué es lo comunitario.

Creo que algo que pone tensión en el equipo es que nunca nos hemos puesto a hablar de qué entendemos por Salud Mental Comunitaria. Creo que es una gran deuda pendiente no sólo en este centro sino que también en el otro de las Ánimas. Pese a todo el tiempo que tuvimos de capacitación y de planificación creo que nunca pusimos todos sobre la mesa, qué es la Salud Mental y qué vamos a entender nosotros como equipo, porque efectivamente cada uno desde su rol o desde su experiencia o desde lo personal, entiende de diferente manera qué es el trabajo comunitario o qué es la Salud Mental Comunitaria. (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa)

Para responder a qué es lo comunitario, desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en el CESAMCO, es necesario entonces, dar cuenta de otros dos aspectos que encontramos presentes constantemente en sus discursos para definirlo: lo biomédico y lo clínico. Esto, porque más que con una delimitación de qué es, nos encontramos con una delimitación de lo que no es el trabajo comunitario, que gira en torno a estos dos aspectos.

Lo biomédico y lo clínico, si bien son aspectos opuestos a lo comunitario, conviven en las prácticas de los profesionales. Esta convivencia es posible y pensable, porque en la base está la idea de un tránsito: las contradicciones en relación a lo que se debe hacer, son producto de que no todos van a la par en

este proceso. Lo comunitario es a lo que se quiere llegar, por un alejamiento progresivo a su lado opuesto, que se configura por lo biomédico y lo clínico.

#### *3.4.1. Lo biomédico: la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base*

Para indicar qué era lo biomédico, nos referiremos a la relación que establecían los profesionales del CESAMCO de Schneider con la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base de Valdivia. Tanto para los profesionales del equipo, como para la USMP del SS Valdivia, los CESAMCO habían sido creados como una alternativa al tipo de intervención que se daba en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base: “Otro punto de encuentro es querer llevar esto adelante y que estos centros se implementen efectivamente desde otro enfoque y que no termine haciendo lo que se hacía en el hospital” (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa).

Como ya hemos mencionado, antes de la creación de los dos CESAMCO y del Hospital de Día, la única instancia para el tratamiento especializado de los problemas de Salud Mental y Psiquiatría que existía en Valdivia era la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base. De hecho, no había psiquiatras que atendieran fuera del recinto del hospital. Luego, con la creación de los nuevos dispositivos, la atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría dejó de ser exclusivo de esta Unidad, lo cual no estuvo exento de conflictos.

Marcela había sido la coordinadora del CESAMCO de Schneider, durante los primeros meses de funcionamiento. En las sesiones de entrevista, me explicó su percepción: ella pensaba que desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital había habido una descalificación a los profesionales no médicos de los CESAMCO, en relación a su preparación para intervenir en ciertos problemas. Esto había generado inseguridad en ella y había hecho que las acciones a realizar se supeditaran a la opinión experta de los psiquiatras. Me contó que durante los primeros meses de trabajo, ella creía tener conocimiento para poder realizar varias acciones con los familiares de los usuarios, lo que, sin embargo, fue cuestionado desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital. El cuestionamiento se basó en su falta de preparación en la Teoría Familiar

Sistémica, y en su falta de experiencia en temas especializados de intervención familiar.

No sé si fue porque no teníamos las herramientas, pero desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital se nos dijo que no podíamos intervenir en las familias si no éramos especialistas en eso. Fue algo que me llamó mucho la atención, porque desde mi rol como trabajadora social yo pensaba que debía hacer intervenciones familiares, pero cuando surgió esta crítica me sentí coartada de hacerlas porque se me podía cuestionar y finalmente yo tampoco tengo la experiencia. Creo que esto último es algo que me juega un poco en contra, que no tengo experiencia en Salud Mental y tampoco quiero cometer un error. Es raro porque creo que en otro contexto lo hubiera hecho, pero acá fue pasando que hubo cierta invalidación desde Psiquiatría frente a determinadas cosas. (Marcela Muñoz 2009. Extracto narrativa)

De esto, podemos deducir que para Marcela las acciones con los familiares de los usuarios eran parte de su experticia como trabajadora social, mientras que para los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital eran acciones propias de un especialista en el tema.

Por otra parte, Sandra, actual coordinadora, parecía coincidir con la percepción de Marcela: desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base había habido una crítica a los nuevos equipos, pero a diferencia de Marcela, Sandra lo atribuyó a que en dicha Unidad, la gente no había llegado a comprender el modelo comunitario:

He tenido que detenerme y darme cuenta de que acá en Valdivia, está ocurriendo todo un proceso de comprensión de esta reforma. Cuando llegamos, las reuniones con la gente del hospital fueron terribles, nos trataron muy mal, descalificando todo lo que queríamos hacer. Ellos todavía creen que las personas con trastornos psiquiátricos severos deben estar en el hospital, porque nosotros somos todavía muy nuevos, y no tenemos experiencia, somos muy jóvenes para poder trabajar con gente con más complicaciones. (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa)

Mariam, al parecer, también concordaba con lo expresado por Sandra, y además de la incompreensión del modelo, se explicaba las críticas por una

resistencia, al cambio de parte de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base:

Desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base, desde el principio hubo, y sigue habiendo, resistencia al cambio de modelo y no hay una comprensión total de lo que significa. De hecho, al comienzo se hicieron algunos comentarios algo descalificadores, hacia los psiquiatras y los profesionales de los centros: ellos pensaban que no tenían la preparación ni la experiencia suficiente en relación a sus psiquiatras y profesionales. Según ellos, los centros podían ver pacientes como una sub-especialidad, es decir, podían ver los aspectos psicosociales de los pacientes. O sea el enfoque integral no lo tenían muy claro. (Mariam Delgado, 2009. Extracto narrativa)

En síntesis, habían diferencias entre lo que se hacía en los CESAMCO, en relación a lo que se había hecho en Valdivia en temas de Salud Mental y Psiquiatría hasta antes de la creación de estos centros. Tales diferencias hacían que los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base criticaran lo que se hacía en los CESAMCO. Los profesionales del CESAMCO de Schneider se explicaban tales críticas por las diferencias de los modelos de intervención. Mientras en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base se mantenía un modelo biomédico, en los nuevos dispositivos se proponía un modelo bio-psico-social y/o comunitario. Para los profesionales del CESAMCO, el modelo biomédico se expresaba en prácticas tales como atender dentro del recinto del hospital y no en los lugares donde vivían o trabajaban las personas, centrar la atención sólo en la persona sin prestar mayor atención a su entorno, y enfocar la intervención en acciones propias de psiquiatras y psicólogos, es decir, en la administración de psicofármacos y psicoterapia.

En contraposición, para los profesionales del CESAMCO el modelo comunitario, se expresaba en prácticas como ir hasta los lugares donde las personas realizaban sus actividades cotidianas, no poner la atención sólo en la persona que consulta sino en todo su entorno, y no centrar la intervención en la administración de psicofármacos y/o en la psicoterapia. Pese a que no había un acuerdo claro en el equipo del CESAMCO acerca de qué era lo comunitario, todos parecían concordar al menos en que estos aspectos, eran los que los diferenciaba de lo que se hacía en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base.



Podemos decir que estos aspectos eran los mismos que los diferenciaban del modelo biomédico y que se relacionan con la priorización de los tratamientos ambulatorios por sobre la internación, la integración de los sistemas de Salud Mental en el sistema de Salud general y la inclusión de los aspectos sociales en el tratamiento, propias de la reestructuración de los sistemas de Salud Mental y Psiquiatría en Inglaterra, Francia, Italia, Alemania y Estados Unidos, entre otros (Alfaro y Zambrano, 2009).

Además de estas diferencias que identificaban los profesionales, quisiera dar cuenta de las otras diferencias que encontramos en las formas de mirar, las cuales se expresaban en cómo se explicaban y se configuraban los problemas. Un ejemplo que puede servir, eran las hojas de interconsulta que llegaban desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base, con la indicación “realizar psicometría”.

- Cristóbal: nuevo ingreso: niño de 12 años, derivado desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital para psicometría... Si se aplica una psicometría ¿de qué sirve?

- Tania: hacer sólo una psicometría no va de la mano con este centro, está descontextualizado.

- Cristóbal: a medida que transcurre la entrevista, la madre comienza a develar mal trato: dice que ella no lo quería tener.

- Sandra: y todo esto frente al niño.

- Rodrigo: cuando tenía cinco años, le indicaron un medicamento para un problema estomacal. La indicación era una gota y ella le dio 25 y fue hospitalizado por intoxicación. El niño vive en el mismo terreno que los abuelos y les pide ayuda porque dice que quiere aprender y no puede. La madre ahí mismo le dijo que habla sólo tonteras y cuando le pregunté por qué trataba así al chico se puso a llorar.

- Cristóbal: todos los casos que vienen por psicometría son por el estilo. Quizá el envenenamiento pudo provocar algo orgánico.

- Rodrigo: eso fue cuando tenía cinco años. Lo que no entiendo es cómo en el hospital no han visto el maltrato, si es evidente.

- Marcela: cuando derivan desde el Hospital, ¿derivan el caso o sólo nos piden una evaluación?

- Bernardita: nosotros no somos pasadores de test.

Extracto transcripción reunión clínica, 07 de mayo de 2009.

Ante estos casos, el equipo había acordado hacer entrevista de ingreso, aún cuando desde el Hospital se solicitaba sólo una psicometría. Esto porque para nosotros no era posible entender la problemática de una persona sólo por la aplicación de un test. Mientras para los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital, aparentemente estos casos se explicaban por un problema de inteligencia de los niños, que se podía pesquisar mediante un test, para los profesionales del CESAMCO, estos casos se explicaban por el entorno social y familiar y esto sólo se podía obtener mediante entrevistas con la familia y visitas al domicilio. Por eso no era posible aplicar sólo un test de inteligencia: eso no configuraba “un caso”. A partir de ahí no podíamos traer a la mano, o a las reuniones, problemas con los cuales poder generar una explicación y plantear soluciones.

Desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital se esperaba que el niño volviera con el resultado de la prueba, para recibir tratamiento, pero en el CESAMCO nadie estaba dispuesto a realizar sólo la prueba y devolver el caso. ¿Por qué? Porque ver un problema que otros no podían ver implicaba buscar una solución a éste. Si en el Hospital no veían las reales causas del problema, no podrían hacer nada para solucionarlo. Los profesionales del CESAMCO pensábamos que, habiendo visto ciertas causas y ciertos problemas, era necesario hacer algo. Aún cuando no había claridad en qué se debía hacer.

No hay acuerdo en relación a qué son capaces de hacer y qué no en la Unidad de Psiquiatría. Parece ser que algunos desconfían más que otros, pero todos tienen una opinión: algunos plantean la necesidad de denunciar la situación de

mal trato, otros se preguntan si ya no la habrán hecho desde el Hospital, algunos proponen averiguar, pero otros proponen que no se puede esperar a averiguar; además algunos proponen que hay que acoger la petición de ayuda del chico, que eso es lo más importante, que le ayudemos a aprender y a llevarse mejor con la mamá, pero otros se preguntan si no estarían haciendo eso en el Hospital. (Cuaderno de campo, nota 07 de mayo de 2009)

Podemos decir que las diferencias entre lo biomédico y lo comunitario se expresaban en las formas de mirar. Luego, de estas distintas formas de mirar, resultaban diferentes prácticas, aun cuando nadie tenía muy claro exactamente en qué consistían esas diferencias.

Por otra parte, algo interesante se daba con las derivaciones desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital: antes de mi llegada al CESAMCO, la falta de horas de psiquiatra se había tornado un problema crítico, por lo que desde la USMP del ss Valdivia, se había tomado como medida comprar servicios a la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base. Los usuarios que habían sido ingresados por psiquiatras de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base, ahora debían comenzar a ser atendidos por un psiquiatra del CESAMCO.

Luego de analizar varios de estos casos, habíamos llegado a la conclusión que la mayoría de estas personas no tenían ningún problema que hiciera necesaria la intervención propia de un CESAMCO. No expresaban ninguna otra necesidad más que los medicamentos. Entonces, la pregunta que surgió fue ¿para qué van a venir al CESAMCO?

La necesidad de medicación no era entendida por nosotros como lo que justificaba una intervención del equipo de un CESAMCO, sin embargo, los protocolos de atención de estos usuarios no decían lo mismo. Los diagnósticos que habían sido dados a estos usuarios estaban asociados a protocolos de intervención que incluían control con psiquiatra y administración de ciertos medicamentos, ambas, acciones que, según normas técnicas, sólo podían ser realizadas por un centro de especialidad.

Estos usuarios debían pasar por una nueva entrevista de ingreso, es decir, debían ser entrevistados por una dupla psicosocial, que incluyera a un psiquiatra. Ante la escasez de horas de psiquiatra, alguien propuso que estos ingresos no fueran realizados con psiquiatra, puesto que eran personas que ya habían sido vistas por uno, y tenían asignado un tratamiento farmacológico, que se podía mantener. Bernardita no estuvo de acuerdo. Ella propuso que aun cuando fueran personas con tratamiento farmacológico indicado por un especialista, debían ser evaluados por un psiquiatra del CESAMCO. En su opinión, estos usuarios debían pasar a ser responsabilidad nuestra, y siendo así, ella, como psiquiatra del equipo, no podía asumir la responsabilidad de mantener un tratamiento dado por otro profesional sin antes ver al usuario.

¿Qué obtiene Bernardita de “ver al usuario” que no puede obtener de los informes de la Unidad de Psiquiatría del Hospital? En mi experiencia en el Instituto Psiquiátrico de Santiago, era frecuente la rotación de becarios de Psiquiatría, por lo que cada vez que uno se iba y llegaba otro, se solían repetir las recetas a los usuarios que ya tenían asignado un tratamiento y no presentaban mayores problemas, sin necesidad de verlos; sólo bastaba mirar las últimas anotaciones en la ficha clínica. En este caso, sin embargo, Bernardita necesita ver al usuario, y no le basta con las anotaciones de otros psiquiatras que ya lo ha visto. ¿Tendrá que ver con las diferencias con la Unidad de Psiquiatría del Hospital? ¿Bernardita cree poder ver algo que no han visto los psiquiatras del Hospital? (Cuaderno de campo, nota 23 de abril de 2009)

Lamentablemente nunca pude hacerle estas preguntas, porque no logramos coordinar una entrevista, pero Rodrigo tenía una opinión, que puede aportar pistas al respecto:

Si yo me centro en ver si tienes un trastorno de personalidad porque tienes ciertos síntomas, yo dejo de ver realmente el problema que tú estás teniendo, o sea me dedico más a ver lo que estoy buscando, en vez de ir a lo profundo, a lo que a ti te está ocurriendo en ese momento, y que es el problema que tú tienes. Cuando el problema no es tu problema sino tu síntoma, entonces patologizo. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Parece ser que en la lógica biomédica más tradicional, lo que se buscaba encontrar en un usuario era la patología, es decir, aquello que explicara los

síntomas de la persona. Los psiquiatras, al centrar toda la atención en encontrar la patología, dejaban de ver a “la persona”, que era lo que debía mirarse. Entonces, se podría pensar que Bernardita, aún siendo psiquiatra, tenía una forma de mirar diferente, o al menos, creía que podía ver algo diferente a lo que habían visto los psiquiatras de la Unidad de Psiquiatría del Hospital.

Por otra parte, varios otros integrantes del equipo creían que la lógica biomédica, si bien estaba más presente en los psiquiatras, no era sólo propia de ellos. También era propia de otros profesionales del CESAMCO en mayor o menor medida, lo cual era un aspecto que generaba tensiones al interior del equipo: “Creo que las diferencias están dadas por lo biomédico y lo psicosocial, que son tendencias muy marcadas y cada vez que se va una parte del equipo y viene una nueva parte del equipo, no entiende bien en qué lógica se está y es por esta división” (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa).

Es decir, un aspecto distintivo de la mirada biomédica era la mirada que buscaba la psicopatología. Esa mirada, si bien era propia de la Psiquiatría, no necesariamente se encontraba de igual forma en los psiquiatras de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base y en los psiquiatras del CESAMCO. Por otra parte, la mirada biomédica también estaba presente, de alguna forma, en todos los integrantes del equipo, pero a diferencia de lo que ocurría en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base, entre los profesionales del CESAMCO era visto como un problema y algo a resolver, en función de ir avanzando hacia una mirada más psicosocial o comunitaria.

Si los profesionales no debemos ver sólo síntomas y patologías ¿qué debemos ver? La respuesta a esta pregunta se relaciona con lo que Tirado y Mora (2004) han planteado acerca de la conceptualización del individuo a partir del pensamiento social actual. Ellos proponen que el modelo de individuo que yace bajo las formas de lo social en la actualidad es el de mónada. En este modelo de individuo, la subjetividad estaría definida por la acción que viene del interior, el cual es también lo que recoge y representa a la totalidad. De hecho, la mónada se define como una unidad que percibe y actúa el mundo (Mead,

1972). Podríamos decir entonces que los profesionales debemos ver los problemas y las soluciones que vienen desde ese propio fondo de las personas, que recoge la totalidad de lo social. Las narrativas elaboradas con los profesionales dan cuenta de este traslado de la mirada desde la patología a ese propio fondo del individuo:

También, en las preguntas que se hacen en el ingreso, en este equipo se avanzó a preguntar ¿qué necesitas? Porque antes eso no estaba dentro del ingreso, sólo se ponía el motivo de consulta que viene en la interconsulta y que tiene que ver con la psicopatología. En cambio, la pregunta ahora es ¿qué necesita? ¿en qué podemos aportar? ¿qué podemos hacer por usted? Y esa pregunta creo que hace un cambio. (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa)

El proceso hacia una mirada más comunitaria, que no se centrara en la patología, fue también uno de los principales temas de discusión y de reflexión durante las jornadas organizadas por la USMP del ss Valdivia. A partir de la presentación del texto *Libertando identidades* de Benedetto Saraceno (2001), se planteó cómo el tope para avanzar en esta dirección, estaba dado por la lógica psiquiátrica y/o biomédica, que estaba presente en nosotros mismos y en las expectativas de los usuarios hacia nuestro trabajo.

- Tamara: esto tiene que ver con cómo se posiciona la Psiquiatría y cómo nosotros también representamos eso y sus consecuencias. Hace poco una usuaria me preguntaba cuál era su diagnóstico. Ella me decía que quería saber cuál era su diagnóstico, y si yo no le daba esa respuesta, no era parte de lo biomédico que era la respuesta que ella estaba buscando. Le tuve que explicar que yo no era médico y que en realidad, la forma en que se trataba en este centro no era a partir del diagnóstico, sino que a partir de conocer a la persona. Le dije que yo la miraba a ella primero como persona y después vería si hay algún diagnóstico. Pero es un poco también lo que hacemos en nuestra práctica diaria, a pesar de que no somos psiquiatras, no somos médicos, a veces si uno se mira, o mira lo que hacemos, a veces tiene mucho que ver con esta misma lógica y con esta mirada. Basta con ver que la mayoría de nuestras acciones están concentradas acá y no afuera y cómo están nuestros box armados, con la mesa al medio y que cada box tiene un nombre, etc.

-Sandra: y el 90% de la población está con medicamentos.

-Tamara: claro, y cuando llega un usuario todos lo mandamos a psicoterapia.

Extracto transcripción jornada de reflexión y capacitación SS Valdivia, 22 de julio de 2009.

### 3.4.2. *Lo clínico: el psiquiatra y el psicólogo*

Otro ámbito para referirse a lo opuesto a lo comunitario era “lo clínico”. A diferencia de lo biomédico, esto no era entendido como un atributo del tipo de intervención propia de la Psiquiatría. Más bien se solía utilizar para hacer referencia a una forma de intervención que compartían la Psiquiatría y la Psicología como disciplinas.

Lo clínico también era algo presente en las formas de intervención de los profesionales del CESAMCO, que convivía con lo comunitario. La forma de intervención “clínica” estaba arraigada en el CESAMCO, pese a ser cuestionadas por los profesionales.

Recuerdo que el año pasado se utilizaba mucho la frase “ya, pero todavía no”. Eso era porque, por ejemplo, llegaba un usuarios y hacíamos reunión de equipo, tal como las que hacemos ahora, aunque creo que algo más rígidas, y yo decía que podía hacer tal cosa con esta persona, y me decían que bueno, pero que todavía no era el momento, y el momento era después que lo viera la psiquiatra, y luego el psicólogo. Entonces yo me fui quedando atrás y definí que era mejor no hacer nada o “nada todavía”.

Creo que eso también fue un error de nosotros y no culpo sólo a la psiquiatra y al psicólogo porque creo que nosotros lo permitimos. En mi caso yo dije “bueno” y creo que validé bastante que eso sucediera, quizá por no creer en mis propias herramientas como profesional. Más bien fue porque éste era un mundo tan desconocido para mí, que si algo lo decía la psiquiatra o el psicólogo, tenían razón. (Marcela Muños, 2009. Extracto narrativa)

Parece ser que durante los primeros meses de funcionamiento del CESAMCO en el equipo se privilegiaron las atenciones de psiquiatra y de psicólogo. Algunos, se explicaban esto por la falta de experiencia de los otros profesionales en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría. Es decir, para quienes no habían tenido un acercamiento previo al tema de Salud Mental y Psiquiatría, los

psiquiatras y los psicólogos eran quienes contaban con el conocimiento experto para la intervención directa con los usuarios. Pero esto, fue cuestionado por los integrantes del equipo al cabo de los primeros meses de funcionamiento. El problema surgía a la hora acordar cuáles eran las prácticas que se debían cambiar y cómo. Aun cuando había acuerdo acerca de que lo clínico era algo que se debía ir acotando en pos de lo comunitario, no había una clara delimitación en relación a qué se entendía por lo clínico, y por lo tanto, qué prácticas eran las que había que cambiar.

Una vez por ejemplo se citó a una reunión para los “clínicos” de ambos centros. Era una reunión que se iba a hacer una vez al mes. Entonces los que no éramos “clínicos” no entendíamos, porque lo considerábamos una contradicción. Si todo el equipo está de acuerdo en que estamos desde un enfoque, no entiendo de dónde salen ideas como esa de hacer reuniones para los “clínicos”, que incluían sólo a los psiquiatras y psicólogos. (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa)

Sandra, también sugirió que el mantenimiento de ciertas prácticas, que ella consideraba contrarias a lo comunitario, se relacionaba con la preferencia de la atención de psiquiatra y psicólogo, como formas de intervención con los usuarios. Sin embargo, para ella, que sí había tenido experiencia en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría, las razones por las cuales el equipo mantenía estas prácticas tenían que ver con otros aspectos.

Ninguno del equipo ha podido salir de una mirada propia de la psiquiatría y la psicoterapia, a pesar que la critique. Por ejemplo, una señora que está con depresión severa, y que el marido le pega, ya no basta con la pastilla, y entonces la solución sólo es la psicoterapia. Ya lo hemos pensado en el equipo y hemos tenido discusiones al respecto, sin embargo, en el momento en que se plantean los casos, se vuelve a la misma rigidez, como si nunca hubiese existido la discusión y sólo algunos recuerdan la discusión, pero no tienen la fuerza suficiente en la forma de plantearlo en relación al peso de lo otro. Finalmente, lo veo como un simbolismo del sistema actual, porque cuando vas a hacer cosas, igualmente estás metida dentro de la estructura. Lo piensas, pero cuando lo vas hacer, lo vuelves a hacer igual y eso me frustra mucho. Porque aunque no comparta la forma tradicional de hacer las cosas, siento que tengo una responsabilidad con este equipo, que me impide arriesgar más. (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa)



Para Sandra, el hecho de no poder salir de la atención clínica, es decir, de la atención propia de psiquiatras y psicólogos, tenía que ver con las dificultades de romper con lo tradicional y el riesgo que eso significaba.

¿Qué era esto, que compartía la Psicología y la Psiquiatría? Ya comentamos en el apartado anterior, que las prácticas asociadas a la Psiquiatría, y por tanto al modelo biomédico, estaban relacionadas con la asignación de diagnóstico y su centralidad en la intervención. Luego, lo clínico, era aquello que la Psicología compartía con este tipo de prácticas.

En el campo de la Psicología, la crítica a la forma de intervención que intenta imitar el modelo médico, no es nueva. Se ha planteado hace ya varios años en el seno de la Psicología latinoamericana (Campos, 1983). Esta crítica se basa en que el compromiso social de la Psicología se debe traducir en un vuelco a las clases subalternas, que permita que la disciplina deje de ser parte de los privilegios de los grupos dominantes. Para este vuelco hacia las clases subalternas se ha propuesto la necesidad de transformación de las formas más tradicionales de intervención psicoterapéutica, es decir, de aquellas denominadas “clínicas” que se caracterizan por imitar el modelo médico. Dicha imitación se basa en la idea de un experto, el psicólogo, que puede intervenir la subjetividad, del mismo modo como la medicina interviene los cuerpos, con el fin de mejorar un problema, o algo que no funciona bien.

Este tipo de críticas también se puede ver reflejado en uno de los diálogos que se dieron en las jornadas de reflexión y capacitación:

- Sandra: después el texto habla de la Psicología y de la antipsicología y ahí aparece la psicoterapia y la validez que también tiene la psicoterapia en estos círculos de la Salud Mental, y de cómo todos nos creemos el cuento de que la psicoterapia puede ser la varita mágica que va a cambiar a la persona, porque se sigue pensando que el problema está en la persona, en el individuo, en lo psíquico; hay algo en la psiquis del individuo que está mal. El autor habla de Freud y cómo su teoría es incuestionable y cómo teorías tan añejas continúan estando presentes en las ideas que tenemos acerca de la psicoterapia. Nosotros acá en el equipo nos hemos dado cuenta de esto, porque cuando decimos que lo

que alguien tiene que hacer, es tomarse la Sertralina e ir a psicoterapia, ninguno cuestiona qué es lo que va a hacer Rodrigo. ¿Qué pasa cuando hay un ingreso? Evidentemente se van con una pastillita, y casi evidentemente se van con una psicoterapia, porque si no tienen esas dos cosas mínimas ¿qué vienen a hacer aquí? Eso es lo que el autor cuestiona y que nosotros también, con el tiempo hemos ido criticando. [...] Para el autor la cura estaría en compartir las realidades. Es lo mismo que uno hace cuando le pide a un amigo que lo acompañe a tomarse una cerveza.

- Cristóbal: eso hablábamos la otra vez. Que la psicoterapia no necesariamente implica alguna técnica con una base científica, sino que sólo basta con escuchar cuando la persona tiene algún problema. No necesariamente implica que uno diga algo.

- Sandra: entonces no necesitamos ser híper expertos en algo, sino que simplemente estar ahí.

- Rodrigo: eso fue lo que yo propuse la otra vez y me decían que no, porque se necesitaba de un conocimiento experto para resolver ciertas cosas. Lo que yo postulaba era que muchas veces, sólo con escuchar o acompañar al otro... No sé, yo creo que esa habilidad no es entrenable a partir de lo que a uno le entregan en la universidad. Yo creo que cualquiera puede escuchar a otra persona. Es una cuestión humana. Hay cosas que pueden ser más específicas, pero creo que muchas veces no pasa por eso. De alguna forma, dentro de la Psicología se abstraen cosas humanas; tú no puedes llorar con el paciente, no puedes desbordarte, no puedes salirte de madre con él.

Extracto transcripción jornada de reflexión y capacitación ss Valdivia, 22 de julio de 2009.

A partir de este diálogo, podemos comprender “lo clínico” como las prácticas que se derivan de la creencia de que hay un conocimiento experto y una técnica propia de ese conocimiento, que puede curar, sanar o cambiar a un sujeto. Por otra parte, se cuestiona la posibilidad de modificar ese ser interior del cual surgen los problemas y las posibilidades de solución por medio de la aplicación de un conocimiento experto o por la aplicación de una técnica.

Entendiendo que la institución es aquello que se habita, donde se establecen hábitos, que permiten las condiciones para habitar (Serrés, 1995), podemos decir que los profesionales identificamos “lo clínico”, como aquellos que se relaciona con prácticas institucionalizadas. Estas prácticas se pueden comprender como hábitos que permiten a los profesionales habitar el espacio del CESAMCO: las atenciones que los profesionales identificamos como “clínicas” son aquellas que se realizan de forma *habitual* en los box de atención.

Son prácticas de las cuales es difícil salir por la dificultad para crear nuevas formas, distintas a las habituales de intervención propias de la Salud Mental y la Psiquiatría. Éstas son las que limitan la posibilidad de otras que se puedan realizar en el espacio más allá del CESAMCO. Pero además, las acciones que se deben realizar están protocolizadas en los planes de salud, y si tales planes se basan en criterios clínicos y exigencias de eficiencia, no es extraño que los profesionales terminemos optando por realizar acciones clínicas, que son además las más conocidas y cómodas.

Acogiendo la idea de que la institución es la que instituye, la que crea un orden (Castoriadis, 1994), podemos decir que en el CESAMCO se recrea un orden, es decir, se recrean formas de disposición de un espacio que se habita. También podemos decir que esta recreación se relaciona con una cierta continuidad en el CESAMCO del orden propio de una institución psiquiátrica. El establecimiento de una correspondencia entre cierto tipo de acción, con cierto tipo de actor: la intervención como propia del experto. Así se entiende la dificultad con la que nos encontramos los profesionales para pensar en acciones de Salud Mental y Psiquiatría que no sean realizadas por un psiquiatra o un psicólogo.

A través de lo propuesto por Castoriadis (1994), podemos entender que el orden propio de una institución psiquiátrica, es el que permite habitar un lugar, en este caso, el CESAMCO, y que el habitarlo es lo que permite habitar ciertas prácticas. Ellas se pueden entender como las que habitúan la correspondencia entre las acciones de ciertos sujetos, los expertos, con cierto tipo de prácticas: la intervención en Salud Mental y Psiquiatría.

Entonces, lo opuesto a “lo clínico” se relaciona con la ruptura de esta relación. Quien puede hacer algo ante una situación problemática, no necesariamente debe ser un experto en temas de Salud Mental y Psiquiatría.

La configuración de ciertas formas de intervención, que se dieron al interior del CESAMCO, puede entenderse como un efecto de lo anterior. Ya he hecho una descripción de cómo a partir de la configuración de un caso, en el CESAMCO de Schneider, se iban agregando integrantes de una familia como usuarios, y cómo en este proceso se producían contradicciones entre las diferentes concepciones de los casos. Ahora entonces quiero plantear cómo a partir de estos procesos se configura un nuevo objeto de intervención que ya no es un sujeto, propiamente tal, sino que la relación entre dos integrantes de una familia.

A partir de las contradicciones presentadas entre los diferentes objetivos que se planteaban los diferentes ET, se fue dando una mayor definición de cómo se debía abordar a un familiar. Se debía hacer según los objetivos de intervención del usuario que había sido ingresado al principio.

Rodrigo nos presentó el caso de una chica de 14 años ingresada con un cuadro de depresión severa y con pensamientos suicidas. Luego de algunos meses de tratamiento, muchos síntomas había desaparecido, pero a juicio de Rodrigo, la madre de la chica estaba entorpeciendo los avances. La chica mantenía una relación de pareja con una compañera de curso y la madre condicionaba su apoyo a que la dejara:

- Rodrigo: presento el caso porque todo el tratamiento se ve boicoteado por la mamá. La mamá está acostumbrada a que la contengan y no al revés. Ella no hace algo porque la chica lo necesite, sino que cuando ella lo necesita. La madre le ofrece su apoyo sólo si “se le quita la tontera”, es decir, si le dejan de gustar las mujeres y le empiezan a gustar los hombres y si se deja de cortar.

- Marcela: ¿nadie ha trabajado con la mamá?

- Rodrigo: pero ¿cuál sería el objetivo de trabajar con la mamá? La hermana mayor también tiene problemas pero ha reaccionado de otra forma. La mamá se emborracha dos veces al mes y la chica conoció a su padre a los 12 años porque la madre se lo presentó. Comenzó a ver al padre pero hace seis meses que ya no lo ve porque él dejó de verla. La chica participa de muchas cosas: está en un grupo de animé, hace karate y hace danza.

- Sandra: la chica ha avanzado mucho pero el problema está en la relación con la madre.

- Rodrigo: mi requerimiento es que otra persona trabaje con la mamá, pero el objetivo no sería que la mamá comience un tratamiento, porque eso es muy complicado, lo importante aquí es que asuma su rol de madre. Yo se lo propuse y ella accedió.

- Sandra: será necesario que sea una mujer. Digo, por un tema de género.

- Rodrigo: yo creo que sería bueno. La madre empezó a venir a las sesiones de la chica, pero la chica empezó a sentirse invadida por la madre. Las sesiones se centraban en las necesidades de la madre más que en las de la chica, así que sería mejor sesiones por separado y si fuera una mujer sería mejor.

- Sandra: en niños y adolescentes ya sabemos que es muy importante que se aborde a la familia. Tenemos que pensar cómo los demás podemos apoyar en eso y así no sobrecargar a los psicólogos.

Extracto transcripción reunión clínica, 16 de abril de 2009.

En este caso, el problema era “la relación de la madre con la hija” y eso era lo que se debía intervenir. No había que intervenir a la madre, sino que la relación que ella establecía con su hija. ¿Qué implicancias tenía esta lógica de intervención de la relación? Creo que la más significativa para los objetivos de esta tesis es el cambio en el rol del psicólogo. Esto queda mejor explicado a partir un hecho: quien debía y podía intervenir en la relación, no era necesariamente un psicólogo, sino que cualquier otro profesional. Es decir, no se necesitaba ser un experto de la subjetividad, porque de hecho, no se

necesitaba usar técnicas específicas de intervención psicológica. En este caso una característica personal, como el hecho de ser mujer, se veía como suficiente para abordar a la madre, en función de intervenir en la relación con su hija.

Este tipo de llamado eran habituales dentro del equipo: a los otros profesionales no psicólogos se nos instaba constantemente a participar de acciones, que tradicionalmente se podrían haber asumido como específicas de la psicología. Esto, con base en dos aspectos: la asunción del “potencial terapéutico” de todos los interventores, y la necesidad de responder a las demandas de los usuarios.

Me refiero a la asunción del “potencial terapéutico” de todos los interventores, para designar una capacidad que se asumía, todos teníamos, a la hora de hacer una intervención. Aspectos como el carácter, los gustos, las historias de vida, eran considerados elementos a partir de los cuales cualquiera podía intervenir. La fuente de la curación no estaba en el saber experto, sino en la relación que uno establecía con el sujeto/objeto de intervención a partir de sus experiencias.

Me refiero a la necesidad de responder a las demandas, para decir que varios de los integrantes del equipo, creíamos que lo que venían buscando los usuarios era una atención del tipo que tradicionalmente se le ha asignado a un psicólogo, es decir, una atención que consistía en escuchar.

Esto se pueden entender como efectos de la proliferación y masificación del lenguaje psicológico y de la lógica psicoterapéutica en las prácticas de intervención (Rose, 1999), más que por la desaparición de los ellos. Las personas llegan buscando este lenguaje y esta forma de atención, y todos los interventores deberíamos poder brindarla, porque es algo que ya no concierne sólo a los psicólogos. Pero lo que nos interesa resaltar en este caso, es que a partir de este descentrarse del saber experto del psicólogo como el medio terapéutico, se da paso a una realidad en la que, tanto lo que ha de ser intervenido, como el medio para intervenir, es la relación.

### 3.4.3. *Lo comunitario: el trabajo con los territorios*

Además de lo que se opone a lo biomédico y a lo clínico, lo comunitario, como característica distintiva del CESAMCO, se expresaba en el “trabajo con los territorios”.

Como ya he mencionado, el ESMPA se caracteriza por su territorialidad, es decir, su acción debe responder a las necesidades de la población de una localidad específica. En el caso del CESAMCO de Schneider, el territorio comprende tres sectores: población Yañez Zabala, población Pablo Neruda y Barrios Bajos. Esta asignación fue hecha a partir de la división sectorial de la población atendida en los centros de APS. En este caso, estos sectores correspondían a la población atendida por el CESFAM<sup>47</sup> Angachilla y el Consultorio Externo.

¿En qué consistía el trabajo con los territorios? Había opiniones encontradas. Para algunos, consistía en conocer, prevenir y abordar todos los problemas de Salud Mental y Psiquiatría que se pudieran presentar en la población asignada, para otros, en conocer los recursos que había en la comunidad para hacer frente a los problemas que llegaban al CESAMCO. Pero más allá de estas diferencias, lo que puedo decir, es en relación a las prácticas que eran entendidas como “trabajo con los territorios”. En este sentido, hubo instancias que pueden ayudar a responder esta pregunta.

Durante los primeros meses de funcionamiento, como parte del trabajo con los territorios, algunos integrantes del equipo habían tenido algunos acercamientos con una subunidad del Consultorio Externo ubicada en el Sector de Barrios Bajos. En estas instancias, habían consultado a los profesionales de este centro de APS cuáles eran los problemas más importantes en el sector, y en qué podía colaborar el equipo del CESAMCO para abordarlos. La respuesta fue que un problema en aumento, era el embarazo en adolescente, y la solicitud

---

<sup>47</sup> Centro de Salud Familiar

concreta de ayuda fue la realización de charlas informativas en un centro de educación del sector.

Esta acción no se había realizado por falta de tiempo, y Sandra estaba preocupada por la mala impresión que esto podía generar en los profesionales del centro de APS:

- Sandra: no se ha hecho nada con el sector de Barrios Bajos en coordinación con el CECOF. ¿Cuál debe ser nuestro rol? ¿Es importante responder a todos los requerimientos de la comunidad?.

- Tania: más que responder a demandas, tenemos que integrarnos a una red que ya existe.

- Sandra: en mi experiencia, el trabajo con la comunidad debe ser en relación a la gente que se atiende en el CESAMCO.

- Patricia: si somos parte de una red, la idea es dar y recibir.

- Rodrigo: pero hay un mito: que nosotros sabemos más y entonces se espera que nosotros solucionemos más.

- Sandra: nosotros hemos reforzado que es un aprendizaje mutuo, un dar y recibir como en todas las relaciones, pero hay cosas a las que no podemos responder.

Extracto transcripción reunión de coordinación, 16 de abril de 2009.

La pregunta de Sandra se podría entender como un planteamiento: ella no creía que nosotros debíamos responder a todas las demandas que nos hicieran otros dispositivos de la RSMP o de la red social, y proponía restringir nuestras acciones a los problemas que nosotros debíamos solucionar, los problemas de nuestros usuarios. Pero para otros, eso se oponía a la idea de relaciones de colaboración mutua, a la base de la idea de red.

Finalmente la situación la zanjó la estadística: la necesidad de cumplir con número de acciones hacían que la mayor parte del tiempo, los profesionales



nos dedicáramos a la atención en el CESAMCO y siendo así, no quedaba espacio para responder a los requerimientos de los profesionales de APS. Se acordó pedir una nueva reunión con los profesionales del CECOF con el objeto de reestablecer la comunicación, explicar las razones por las que no se realizarían las charlas y explicar cuáles eran nuestras reales posibilidades de realizar acciones en conjunto con ellos.

Otra instancia de trabajo con los territorios fue la realización de un Diagnóstico Participativo en Salud en el sector de la población Yañez Zabala. Esta actividad fue convocada por profesionales que trabajaban en ese sector, en el marco de un programa del Ministerio de Vivienda y Urbanismo denominado “Quiero Mi Barrio”, el cual “tiene como objetivo general el mejoramiento de la calidad de vida en barrios deteriorados, a través de políticas combinadas que mejoren el entorno urbano y promuevan el fortalecimiento de la participación social”.<sup>48</sup> Este programa se define como “participativo” e “intersectorial”, por lo que sus acciones deben tender a la participación de todos los actores involucrados, para el logro de sus objetivos. En este caso, los profesionales de Quiero Mi Barrio habían convocado a una “masa multisectorial” para la organización y realización del Diagnóstico Participativo en Salud, y nosotros como CESAMCO, fuimos llamados a participar como uno de los actores involucrados.

En principio la invitación fue vista como una gran oportunidad: nosotros como equipo y la USMP del SS Valdivia nos habíamos planteado que para poder hacer un buen trabajo con los territorios, era necesario primero hacer un diagnóstico de las necesidades y problemas de Salud Mental y Psiquiatría de la población. Como ya he mencionado, durante los primeros meses desde la contratación de los profesionales para los CESAMCO, éstos se habían dedicado a capacitación y a la realización de un “diagnóstico comunitario”, que había consistido en la

---

<sup>48</sup> “El Programa busca generar un modelo de regeneración urbana que logre combinar varios criterios: integralidad de la intervención, intersectorialidad y sinergia con la red de instituciones públicas y privadas existentes en el territorio. Es un programa participativo que incorpora a los vecinos como actores relevantes en el proceso de regeneración del barrio. Todo esto hace de éste, un programa innovador en la aplicación de políticas públicas de responsabilidad compartida con la comunidad”. Consultado el 18 de mayo de 2010 en [http://www.minvu.cl/opensite\\_20070212164909.aspx](http://www.minvu.cl/opensite_20070212164909.aspx).

recopilación de datos estadísticos y epidemiológicos, entrevistas a profesionales de los centros de APS y a algunas personas que vivían en el territorio estudiado. Ahora, un Diagnóstico Participativo era una buena forma de profundizar en los problemas más sentidos por las personas.

Pero ante esta oportunidad, también surgieron reticencias: ¿qué tanto se podía confiar en estos profesionales de Quiero Mi Barrio? Sandra nos planteó su preocupación: participar de esta acción podía significar que se nos hicieran mayores requerimientos de atención o de otras acciones, que no íbamos a poder cumplir. Así que también planeamos algunas estrategias para insertarnos en este Diagnóstico Participativo en Salud.

La metodología propuesta por los profesionales de Quiero Mi Barrio era la realización de grupos focales, abiertos a la participación de todas las personas que residían en el sector, y a todas las organizaciones vinculadas con el sector. Entonces nuestra primera estrategia fue ofrecernos como facilitadores y transcriptores de los grupos focales. Creíamos que así nos podíamos asegurar de que los resultados del Diagnóstico Participativo en Salud, no fuesen manipulados, malinterpretados o distorsionados. Nuestra segunda estrategia fue ponernos de acuerdo en que, ante cualquier petición que surgiera hacia el CESAMCO, la respuesta sería “lo podemos ver”; es decir no comprometernos con nada, pero tampoco negarnos a nada.

Finalmente la actividad se llevó a cabo el día 15 de mayo de 2009 a las 19 horas, en una sala de clases del colegio Laura Vicuña, ubicado en la población Yañez Zabala, y nuestra primera estrategia fracasó: al llegar al recinto, vimos que los facilitadores ya estaban designados. Todos eran profesionales de Quiero Mi Barrio. Por otra parte, no habían transcriptores designados, sólo había un grupo de estudiantes de la carrera de Antropología de la Universidad Austral de Chile en las esquinas tomando notas. Así que nos debimos incorporar a los grupos focales como participantes.

Pero no todo estaba perdido: habíamos llevado una cámara y Rodrigo filmó durante toda la actividad. La idea era luego poder revisar el video en equipo y así poder extraer la información que nosotros considerábamos relevante.

Nuestra conclusión, luego de haber participado en la actividad y de haber visto el video, fue que nos habían hecho cómplices de un acto de manipulación. A pesar de haber participado de la mesa multisectorial que organizó el Diagnóstico Participativo en Salud, sólo el día de su realización nos encontramos con que los ejes a tratar en los grupos focales ya estaban definidos. Además, al término de la actividad, los facilitadores concluyeron cuáles eran los problemas de salud de la Población Yañez Zabala, sin ningún procedimiento previo de análisis de los resultados.

Luego tuvimos la oportunidad de compartir esta conclusión a los profesionales del Quiero Mi Barrio: ellos querían realizar una sesión de evaluación del diagnóstico participativo y nos pidieron nuestra opinión. En una reunión realizada en el CESAMCO de Schneider, a la que asistieron dos profesionales a cargo del programa Quiero Mi Barrio (Verónica y Mauricio) les expresamos algunos de nuestros cuestionamientos al procedimiento, en especial el encuadre inicial que había dado por sentado los ejes temáticos a tratar. La respuesta de los profesionales del Quiero Mi Barrio fue que tales ejes temáticos estaban definidos desde el programa. Pese a la decepción que nos ocasionó tal respuesta, a partir de la discusión que se dio en aquella reunión, surgieron dudas acerca de la idea de participación y los efectos de las políticas sociales.

- Verónica: el quehacer se transforma en que la otra institución, como que el PDI,<sup>49</sup> o el consultorio te vengan a resolver, te venga a supervisar. Hay una visión muy paternalista con respecto al quehacer. Lo que nos interesa a nosotros es que emerja una visión social, que haya una visión organizativa y colectiva con respecto a los problemas. Lamentablemente no hemos logrado que eso emerja mucho.

- Mauricio: no, porque igual tienen una mirada muy institucionalizada. Todos “es que esta institución, no que esta otra institución” entonces tienen de alguna

---

<sup>49</sup> Policía de Investigaciones.

forma, como dice Verito, el paternalismo que nos ha costado sacar. De hecho nosotros mismos comentamos en las reuniones qué va a pasar con este consejo vecinal de desarrollo cuando nosotros ya no estemos en el barrio, ¿irá a seguir?, ¿irá a permanecer?

- Verónica: es un grupo instrumental.

- Yo: bueno, es que hay están las contradicciones con las que uno se encuentra, porque por un lado está el tema de hacer un diagnóstico participativo, de convocar a la participación, pero por otro, es con un marco dado. Entonces cómo quieres que la gente participe, pero quieres que participe en lo que yo quiero que participe y para que logre lo que yo quiero que logre. Yo creo que ahí es donde se generan las contradicciones.

- Verónica: pero son contradicciones que tienen que ver con un paradigma, por una mirada que también viene posibilitada por fuerzas mayores. Ahora estar hablando de barrio equivale también a un cambio de mirada. Porque antes no hablábamos de barrio, hablábamos de sectores populares. ¿Tú sabes lo que significa hablar de sectores populares que abarcan mucha gente diversa, distinta, y ahora hablar de barrio? Sectorizar es también dividir. Cuando tú dices “el barrio tanto, el barrio esto otro” significa que no estás dando una mirada colectiva a un sector que podría tener una mirada más colectiva. Y la mirada de barrio, sin bien es una mirada que potencia la identidad, es una mirada que también divide. Nosotros mismos estamos en esa mirada. Incluso estamos sectorizados en una realidad.

- Rodrigo: es que quizás es algo dado, como todo. El barrio, como entiendo yo el barrio, es algo completamente distinto a como quizás el gobierno entiende lo que es barrio ¿me entiendes?

- Verónica: te entiendo en la perspectiva de la identidad. Yo lo puedo ver, porque puedo ver cuál es la identidad. Por ejemplo, a este barrio hay que construirle la identidad. Yo estoy ahora haciendo historia local, lo cual ha significado un gran esfuerzo por motivar a la gente a que participen en las tertulias, pero tiene que ver precisamente con que ellos no ven que en el relatar hay una emergencia del sentirse unidos. Es muy difícil, porque los sentidos son ahora los más perversos. La gente no tiene sentido colectivo. Ahora el concepto de barrio, la mirada de

barrio en un programa como el nuestro viene desde lo urbanístico. Eso es lo que yo les quiero advertir. O sea, nosotros tenemos una perspectiva social, somos los dos profesionales del ámbito social, pero estamos prefigurados desde lo urbanístico, ¿qué significa eso? Que tenemos más bien una mirada de invertir en el patrimonio local del barrio, hacer que el barrio tenga instancias colectivas.

- Rodrigo: pero eso es sumamente complicado, porque si tú partes de cambiar, no es que solamente estés cambiando la palabra de sector popular a barrio, sino que estás trabajando desde la marginalidad y transformar la marginalidad en un barrio y ese cambio, como lo pienso yo, también tiene que ver con crear una identidad, pero también tiene que ver con cómo está marginado ese sector. O sea no solamente con que la gente se organice colectivamente va a dejar de ser pobre.

- Verónica: no necesariamente va a dejar su marginalidad.

- Rodrigo: la integración tendría que darse de otra manera. O sea no con plazas, vas a hacer que la Pablo Neruda y la Yañez Zabala dejen de ser un sector marginal.

- Verónica: fíjate que ahí hay una cosa muy interesante: estos programas nacen como un decreto ley y sale como algo muy dadivoso, pero yo creo que todos los profesionales que hemos trabajado en ámbitos sociales, sabemos que éste es un programa de emergencia ¿por qué? Porque los sectores populares están sufriendo una vorágine producto de un sistema neoliberal con respecto a la droga y con respecto a la fragmentación social, que implica que el consumo es la base de la identidad. Entonces, es como salvataje que es muy difícil de hacer y yo te apoyo a ti, que son cosas sumamente tendenciosas. Pero si yo voy a estar en el programa hasta marzo del otro año, y después me voy a desaparecer...

Extracto transcripción reunión coevaluación Diagnóstico Participativo en Salud,  
11 de junio de 2009.

Por otra parte, la realización del Diagnóstico Participativo en Salud fue una oportunidad para presenciar situaciones, que están dando cuenta de uno de los temas problemáticos de las actuales políticas sociales en Chile y que será de discusión más adelante. La inmensa distancia que puede haber entre quienes

se supone deben participar de las soluciones a sus propias necesidades, y los profesionales que deben facilitar dicha participación.

Con el propósito de que asistiera la mayor cantidad posible de personas, los profesionales de Quiero Mi Barrio habían avisado la realización de la actividad en la radio y en los periódicos. Efectivamente llegó bastante gente, pero no todos se quedaron. Muchos se fueron decepcionados al ver que la actividad no era lo que ellos pensaban. Ante la palabra “diagnóstico” varias personas llegaron buscando la realización de exámenes clínicos. Pensaban que habría equipos médicos para poder hacerse un chequeo gratuito.

En otros casos, preguntaban si al inscribirse recibirían algún beneficio para la postulación al subsidio habitacional, o si tendrían la oportunidad de hablar con alguna autoridad, y ante las respuestas negativas, se iban. Así, la participación, como medio de mejores soluciones a los problemas, era puesta en duda por la actitud de los potenciales participantes. La posibilidad de solución a sus problemas no se encontraba en participar de su formulación, sino que en poder acceder a hablar con alguna autoridad o a algún servicio.

Para la actividad del Diagnóstico Participativo en Salud, finalmente nos quedamos los profesionales de Quiero Mi Barrio, un oficial de carabineros de la comisaría del sector, profesionales del CONACE, personal de la Policía de Investigaciones, profesores del colegio, algunos representantes de juntas vecinales, algunos vecinos del sector, y nosotros. Esto además del grupo de estudiantes de Antropología.

Por último, otra acción realizada como parte del trabajo con los territorios, fue una sesión de teatro espontáneo con una agrupación de vecinos del la Villa Claro de Luna. Sandra, además de trabajar en el CESAMCO de Schneider participaba de un grupo de teatro espontáneo.<sup>50</sup> Ella había incorporado esta técnica como una herramienta de intervención con la comunidad. En este caso,

---

<sup>50</sup> El teatro espontáneo es una técnica que recoge las ideas del médico psiquiatra rumano Jacobo Levy Moreno, quien fue estudiante de Carl Gustav Jung. Levy Moreno es reconocido como el creador del Psicodrama. Consultado el 21 de mayo de 2010 en [http://es.wikipedia.org/wiki/Jacob\\_Levy\\_Moreno](http://es.wikipedia.org/wiki/Jacob_Levy_Moreno).

se había contactado con la agrupación de vecinos de esta villa y les había propuesto realizar la sesión.

La función se realizó el día 17 de julio de 2009, a las 21 horas en el Centro Educativo San Nicolás, bajo el nombre “Nuestras Historias Comunes”.

Una hermosa jornada caracterizada por el entusiasmo, las ganas de atreverse y participar, un encuentro donde también se hicieron presentes historias comunes de vecinos, las cuales puestas en escena permitió un encuentro con la vida comunitaria y con el esfuerzo colectivo de fortalecer una organización vecinal. (Junta de vecinos Claro de Luna, 2009)<sup>51</sup>

El propósito de la sesión era la representación de la historia de la comunidad; las personas que participaron, que vivían en la Villa Claro de Luna, fueron aportando sus recuerdos y sus impresiones acerca de lo vivido en ese lugar, mientras los actores de la compañía de teatro espontáneo, los iban representando.

La idea de reconstruir la historia de la villa se relacionaba con generar, o fortalecer la identidad de la comunidad. Es decir, se partía de la base que, en la medida en que se generara una historia en común, se fortalecería la identidad de los sujetos como pertenecientes a esta villa, y por lo tanto, a esta comunidad.

En esa oportunidad, los dirigentes vecinales plantearon como un problema la falta de participación de los jóvenes: representaron esto a través de un chico que estaba totalmente imbuido en la pantalla de su computador, chateando con sus amigos y que se negaba a reunirse con sus vecinos. Ante esto cabe preguntarse, ¿el chico que chatea con sus amigos no está participando? Y luego, ¿cómo la lógica de la territorialidad dificulta ver nuevas formas de relacionarse? Si la participación está supeditada a un territorio, se pueden pasar por alto nuevas formas de participación, que las nuevas tecnologías pueden estar posibilitando.

---

<sup>51</sup> Consultado el 21 de mayo de 2010 en [http://villaclarodeluna.blogspot.com/2009\\_07\\_01\\_archive.html](http://villaclarodeluna.blogspot.com/2009_07_01_archive.html)

A partir de estas tres experiencias, finalmente podemos decir que el trabajo con los territorios hacía referencia a una serie de acciones que se realizaban fuera del espacio físico del CESAMCO, orientadas a una población que no tenía necesariamente un diagnóstico médico. Estas actividades se iban dando según las oportunidades que aparecían, y los intereses de algunos integrantes del equipo. No había una forma definida de cómo hacerlo, pese a que todos concordábamos en que era algo que había que realizar. En estas acciones, nos encontrábamos con otros agentes de gobierno ante los cuales, nuevamente surgían estrategias, que pretendían lograr nuestros objetivos, sin comprometernos a colaborar con otros, más allá de lo que el cumplimiento de las metas nos permitía. A partir de esto, cabe cuestionar nuevamente la idea de mutua colaboración entre los integrantes de una red, cuando cada uno debe cumplir con sus propios objetivos, que están definidos de antemano.

Aun cuando el equipo de profesionales se localiza en el espacio del CESAMCO, se asume que sus acciones no se restringen sólo a éste. Más aún, todos los profesionales concordábamos en que nuestras acciones debían tender cada vez más hacia “la comunidad”, hacia espacios más allá del CESAMCO, y espacios de los cuales no tenemos claridad en relación a sus límites.

Este *deber hacer* se puede relacionar con una ética de lo comunitario arraigada en los integrantes del equipo y que se puede rastrear en los orígenes de la intervención comunitaria en Chile, el cual está ligado a formas de colaboración y solidaridad en un territorio (Garcés, 2002). Sin embargo, como vimos, tanto la idea de colaboración, como la idea de un territorio pueden ser problematizadas.

Tal problematización debiera incorporar también los problemas con que se encuentran los profesionales a la hora de acceder a la comunidad más allá del CESAMCO. En esto juegan un papel importante las acciones que se realizan desde el CESAMCO, pero que no se restringen a él. En concreto, llamadas telefónicas y coordinaciones por correo electrónico con otros centros. Nuevamente en estos casos, las metas son algo que limita.

Otras de las acciones que realizo es tener reuniones con las otras instituciones en que se está viendo a los usuarios. Por ejemplo, con el Centro de la Mujer,



con quienes además me relaciono por vía correo o teléfono para ver cómo vamos o qué hacemos. Creo que esto es algo que falta hacer más, porque los usuarios están en toda una red. Yo lo he hecho algunas veces, pero no es suficiente. Quizás es por el tiempo también y nuevamente, dónde registro una llamada telefónica si no está dentro de la estadística. Tampoco es una consulta de Salud Mental, así que al final no lo registro en ninguna parte, y eso es visto como tiempo muerto. (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa)

Finalmente, quisiéramos proponer, que a partir del “trabajo con los territorios” no es posible concluir algo que se asemeje a un hábito. Son acciones que emergen en la relación de los profesionales con la *comunidad*, y que se van dando según las diferentes formas de articulación entre los diferentes actores, de los cuales los profesionales son sólo una parte. Sin embargo, estas acciones también se ven restringidas por la necesidad de los profesionales de generar resultados, ya que no son acciones que puedan ser traducidas a estadísticas. Las narrativas elaboradas con los profesionales dan cuenta de esto:

También me motiva lo que está pasando en la Villa Claro de Luna, donde estamos entrando y nos están conociendo de otra manera. Ahora bien, el problema viene cuando quieres que esto sea llevado a la estadística, porque creo que puede llegar a ser un desastre. [...]. Salir de aquí cuesta muchísimo, porque todo lo estadístico, o todo por lo que se nos evalúa es lo que hacemos dentro de estas cuatro paredes. Hay muy poco que se nos evalúa de lo que hacemos afuera. (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa)

Todos estos elementos nos permiten confirmar que ha sido acertado no acercarnos al ESMPA del CESAMCO desde una lógica que se ancla en un lugar, sino que desde una que va siguiendo a los actores en sus tránsitos a través de una red. Sin embargo, habría que agregar que los profesionales que conforman este ESMPA se encuentran en medio de una tensión. Por un lado, sienten que se pueden quedar atrapados en el espacio físico del CESAMCO, y con esto, recrear lógicas propias de la institución psiquiátrica, en gran medida, por la necesidad de cumplir con lo establecido en los planes de salud; y por otro, aspiran a poder “salir a la comunidad”. Para los profesionales, lo comunitario es algo emergente, no institucionalizado, que les demanda crear formas nuevas

de acción que, a diferencia de las aplicadas por los planes de salud, no sean las propias de la institución psiquiátrica.

## Capítulo IV

### Nuevos interventores, nuevos hechos y nuevas posibilidades

#### 4.1. Introducción

A partir de las voces de los profesionales del CESAMCO de Schneider, podemos decir que se sitúan en un proceso de transformación de las formas tradicionales de intervención con personas con problemas de Salud Mental. Las diferencias en relación a lo que se debe hacer son entendidas como producto de que no todos van a la par en este proceso. Se acepta que no exista claridad en relación a qué es lo que se está haciendo ni cuáles son las formas apropiadas de hacerlo, puesto que aún no se ha llegado a destino. Lo comunitario es aquello a lo que se quiere llegar, aun cuando no existe consenso en relación a qué implica, salvo que es aquello que es lo opuesto a lo biomédico y de lo clínico. Las narrativas elaboradas dan cuenta de esta idea. En ellas, los profesionales hablan de estar en medio de ajustes de las acciones y de que éstos se relacionan con un proceso hacia lo comunitario:

Como ya he mencionado yo tenía un discurso desde lo teórico muy armado que se ha modificado. Cuando llegué al CESAMCO empecé a hacer cosas sin sentido y fragmentadas, individualizadas y no contextualizadas. Ahora he empezado a hacer cosas más desde lo práctico de lo que es, o de lo que intenta ser el modelo comunitario, sin dejar de ver cómo se integra este modelo en el proceso de este equipo. No es el modelo en sí lo que se está haciendo ahora, pero quizá es un tránsito hacia este modelo. (Tamara Miranda, 2009. Extracto narrativa)

Esta idea de tránsito se puede asociar con lo que se ha descrito como la presencia de una dualidad en los profesionales involucrados en los procesos de reforma psiquiátrica (Bueno y Caponi, 2009). Ésta se relaciona con que, a pesar que los profesionales en el discurso son críticos de las formas tradicionales de la Psiquiatría, a la hora de pensar sus acciones, no logran visualizar alternativas que se distancien de éstas en lo sustancial. Otra posibilidad es comprender que, más que una ambivalencia a resolver, los profesionales implicados en procesos de reforma psiquiátrica pueden ser

entendidos como constituidos en la tensión de los discursos de la Psiquiatría clásica y la antipsiquiatría (Nardi, Tittoni, Giannellini et al., 2005).

Esta idea de profesionales que se configuran en el tránsito, en la dualidad y/o en la tensión, nos parece apropiada para comprender a los interventores que se crean en el espacio de intervención del CESAMCO Schneider. Los profesionales ven en este tránsito un potencial de transformación de las formas tradicionales propias del modelo biomédico y de la clínica, y creemos que es importante rescatar esta perspectiva.

La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, como hemos mencionado en el capítulo I, se puede comprender en el marco de una transformación desde una sociedad disciplinar a una sociedad de control, lo que no significa renunciar a ver en la desinstitucionalización las resistencias que la han hecho posible. Supone que no debemos olvidar las nuevas formas de poder que se están generando justamente a partir de esas resistencias. Si bien las prácticas de los interventores involucrados en procesos de reformulación de las intervenciones con personas con problemas de Salud Mental, sí constituyen formas de resistencia al poder disciplinar, estas mismas prácticas no están exentas de albergar nuevas formas de poder, propias de nuevas formas de gobierno, más próximas a lo que se ha descrito como una sociedad de control (Carvalho, Mainieri, Arraes et al., 2009).

Esto nos lleva a proponer que los interventores, en este tránsito, se deberán enfrentar, por un lado, a actuar como agentes de resistencia ante las formas tradicionales, propias de un poder disciplinar, pero al mismo tiempo, estar atentos a las nuevas formas de control. El poder disciplinar y las formas de resistencia a éste son identificadas por los interventores. Las estrategias, en este sentido, se relacionan con salir de los espacios institucionales para ir hacia los espacios comunitarios, es decir, los espacios donde las personas se desenvuelven en su vida diaria. Al mismo tiempo, se propone llegar a una comprensión de los problemas y de las posibilidades de soluciones, que incorporen las realidades psicosociales es decir, que no se centren en los

cuadros clínicos, sino que integren las relaciones de los sujetos con su entorno social. Esto como estrategia de resistencia a la lógica biomédica y clínica.

Creemos que en estas prácticas están emergiendo nuevas formas de control, que no están tan claras para los profesionales, y que sin embargo, están generando una serie de cuestionamientos, contradicciones y malestar, relacionados a sus actuaciones en sus ámbitos de intervención.

En el presente capítulo, buscamos proponer una explicación respecto a cómo se posicionan en este escenario los profesionales. Luego, a partir de un ejercicio crítico, desde una posición de distanciamiento y extrañamiento, intentaremos identificar aspectos problemáticos de los procesos de gubernamentalidad que hemos podido identificar en las prácticas y en los discursos de los profesionales. Finalmente, queremos articular tales aspectos, con los elementos que hemos desprendido de la vivencia de estar en el lugar del interventor, a fin de proponer una comprensión de las nuevas formas de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en el ESMPA del CESAMCO de Schneider.

#### **4.2. Entre el diagnóstico y la oferta de planes de salud: entre la institución y la extitución**

Lo que justifica que un sujeto llegue a ser objeto de intervención de los profesionales del CESAMCO es el *hecho* de tener un diagnóstico clínico. Luego, a partir de eso, los profesionales incorporan la realidad social y de la historia de los sujetos/objetos de intervención, a la configuración de los casos. Para esto, como interventores hemos incorporado nuevas formas de acceder a los sujetos/objetos de intervención que nos permiten acceder a esa realidad psicosocial: visitas a los domicilios y a los lugares de trabajo, entrevistas con los familiares, incorporación de los familiares a las estrategias de solución de los problemas, etc. Con estas nuevas estrategias, no sólo buscamos la experiencia con un sujeto, sino que la cercanía con las relaciones que establece con su entorno social.

Por otro lado, los profesionales buscamos ir a la comunidad en busca de los problemas de las personas, sin necesidad de que éstas tengan un diagnóstico. Sin embargo, parece ser que, ante las demandas desde la USMP del SS Valdivia, este tipo de intervenciones son restringidas en favor de las intervenciones orientadas a sujetos con un diagnóstico clínico.

A partir de nuestras experiencias como profesionales con las realidades psicosociales de sus usuarios, se extrae un referente del discurso. Luego, en las reuniones clínicas, tales referentes son compartidos y analizados con más profesionales, a fin de brindarles una explicación y establecer estrategias de solución. Sólo entonces la persona con un diagnóstico clínico pasa a configurar un caso. En este espacio, todos los interventores llegamos a ver lo mismo: un caso psicosocial, y en este momento se configura como un nuevo hecho y una nueva realidad.

Podemos decir que los integrantes del ESMPA del CESAMCO de Schneider 555 hacemos aparecer un entramado de relaciones que generarán un caso psicosocial. A partir de este entramado vamos descubriendo los casos como realidades psicosociales. Al mismo tiempo, través de estas actuaciones, como interventores, los profesionales nos creamos como agentes de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Esto es lo que nos otorga la posibilidad de ver, decir algo, y hacer algo en relación con estos casos.

Los profesionales establecemos una serie de relaciones causales entre el diagnóstico clínico y la realidad psicosocial de los sujetos, es decir, una relación causal entre un hecho natural —la enfermedad—, y un hecho social — las condiciones de vida, el entorno y las relaciones de la persona. Esta cadena de hechos reversibles une y articula entidades de diferentes orígenes: por un lado, entidades que se originan en el saber positivo a cerca de ciertos sujetos, y por otro, las que se originan en la comprensión de lo social como una relación y una estructura. De manera que un caso psicosocial en el CESAMCO puede, al mismo tiempo, ser comprendido por los profesionales como un hecho positivo, y un entramado de relaciones.

Posteriormente, estos casos psicosociales son traducidos (Serrés, 1991) a la ficha clínica y a los registros estadísticos. Así, los casos, que se generan en el interior del CESAMCO, son transformados en un material que puede ser fácilmente transportado a otros espacios, sin que pierdan su carácter de psicosocial, y puedan transitar por la RSMP del SS Valdivia.

La pregunta que nos surge es ¿qué efectos tienen estos nuevos objetos móviles para la configuración de realidades en los espacios de intervención? La respuesta se relaciona con dos aspectos: por un lado, con los efectos en términos de colonialidad, y por otro, con los efectos en términos de gubernamentalidad.

1.- *Ficha clínica*: donde se da cuenta del caso, pero donde se invisibiliza la generación del mismo.

2.- *Los registros estadísticos*: donde los casos psicosociales se traducen a número de planes de salud que se ofrecen.

La *ficha clínica*, entendida como una tecnología escritural, permite y constituye una comunidad científica, capaz de ser *testigo* de lo que sucede en el espacio del ESMPA (Shapin y Schaffer, 1985). Mediante los registros en la ficha clínica, los casos psicosociales transitan hacia otros espacios, tales como los Centros de Atención Primaria, o la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia, como hechos de los cuales otros interventores pueden ser testigos. Estos otros testigos, que se encuentran fuera del espacio en el que los casos han sido generados, permiten que éstos dejen de ser una realidad sólo para los integrantes del ESMPA que lo han generado.

La desaparición del lugar de enunciación de los interventores en la ficha clínica, propia de la lógica de neutralidad y objetividad, es lo que permite que los casos psicosociales lleguen a ser realidad. Pero esto mismo mantiene tales lógicas de neutralidad y objetividad. Entonces, a las críticas que se pueden hacer a la Modernidad, creemos necesario agregar una crítica a la Modernidad/Colonialidad (Quijano y Wallerstein, 1992). A partir de un punto

cero de observación (Castro-Gómez, 2005), los interventores invisibilizamos nuestras propias posiciones para hacer de los casos psicosociales hechos. Al mismo tiempo, los interventores nos conectamos con una subjetividad colonizadora (Dussel, 1992), es decir, con la subjetividad propia de quien tiene un conocimiento verdadero desde donde la diferencia debe y puede ser corregida y mejorada.

Los profesionales del ESMPA del CESAMCO de Schneider sabemos que los problemas que abordamos son problemas éticos y políticos, en los cuales estamos fuertemente implicados, y que a partir de ellos es posible cuestionar y poner en duda ciertos supuestos, ciertos procedimientos y ciertas políticas. Sin embargo, debemos invisibilizar nuestros posicionamientos éticos y políticos. Por lo tanto, parece ser que la Modernidad/Colonialidad es también para nosotros algo a cumplir, para poder formar parte de la comunidad científica, y hacer que los casos psicosociales que elaboramos lleguen a ser hechos de la realidad.

El ESMPA no sólo puede ser entendido como una interfase en los procesos de gubernamentalidad que ahí se pueden dar, sino también como una interfase en un orden colonial. Opera como centro y como periferia al mismo tiempo. Por una parte, los interventores podemos decir una verdad en relación al Otro, no como un igual, sino como algo problemático, que debe ser corregido, adecuado, mejorado, normalizado (Dussel, 1992). Pero, por otra, para poder acceder a decir tal verdad, nosotros mismos debemos someternos a un saber verdadero, que no es el propio.

Al mismo tiempo, desde la USMP del SS Valdivia, se nos dice a los interventores de qué forma debemos registrar en la ficha clínica, lo cual se relaciona con las necesidades de dicha unidad de obtener los recursos necesarios para la manutención del CESAMCO, es decir, está dado desde otros espacios de poder político, que son los encargados de gestionar los recursos. Desde la USMP del SS Valdivia se nos dice a los profesionales del CESAMCO cómo hacer los registros en las fichas clínicas, de manera que den cuenta de los servicios que otros nos han comprado, que es la forma de traducción de los casos



psicosociales, a un código numérico que pueda justificar nuestra existencia ante las entidades de gobierno encargadas de la gestión de los recursos.

Los *registros estadísticos* de las acciones que realizamos deben ser traducidos a planes de salud que el CESAMCO vende a otras entidades de gobierno que los compran. Estos planes de salud están definidos por las producciones de expertos en centros de conocimiento y criterios de costo-eficacia. Por lo tanto, podemos decir que los casos psicosociales que se crean en el ESMPA del CESAMCO, a partir de un diagnóstico clínico, luego son traducidos a los planes de salud que compradores demandan, en específico a planes con GES y de personas con consumo problemático de sustancias PI y PAB.

A través de esta clasificación de los casos psicosociales, los planes con GES y los PI y los PAB llegan a ser una realidad. Estos planes han sido predefinidos con base en una reformulación de los problemas a intervenir, y de las formas de intervenir, propia de una lógica neoliberal, en la cual, tanto el bienestar, como la priorización de los problemas, están relacionados con la inserción de los sujetos en el mercado (Carballeda, 2002). Es decir, a través de esta clasificación se legitiman acciones con los sujetos/objetos de intervención que, incluso para los mismos interventores, son cuestionables, pero que no pueden ser cuestionadas.

De este modo la ficha clínica y las formas de registro de las acciones, ajustadas a planes de salud que se venden, se pueden comprender como tecnologías de gobierno, a través de las cuales se logra que los interventores y los sujetos/objetos de intervención hagan lo que los fines de gobierno han establecido de forma previa.

Mediante estas tecnologías de gobierno, se configuran los planes de salud como paquetes de prestaciones que se venden a ciertos compradores, en una lógica similar a la de un mercado regulado. Esta mercancía no es comprada por los sujetos/objetos de intervención, sino que por otras entidades de gobierno que definen de ante mano qué es un buen servicio basados en criterios, que no consideran los deseos u opiniones de las personas que serán

los destinatarios de la intervención. Tales criterios se relacionan con evidencias científicas y de costo-eficacia de las acciones. En relación a las intervenciones basadas en evidencia en salud, es necesaria una mirada crítica que dé cuenta las formas de poder y dominación que esconden (Holmes, Murray, Perron y Rail, 2006). En relación a los criterios de costo-eficacia, éstos son compatibles con los fines de gobierno y no necesariamente con las demandas de los usuarios.

A partir de estos mismos planes de salud se configuran las acciones que han de realizar los profesionales. Tales acciones ya no sólo se entienden a partir del diagnóstico, sino que ahora, se entienden además a partir de la inserción de los sujetos/objetos de intervención en las lógicas de mercado y por criterios de costo-eficacia.

Proponemos, entonces, que el conteo de acciones, ajustado a los planes comprados, y transcrito a la ficha clínica, no debe ser entendido como una simple cuenta, sino que como el medio por el cual se hacen realidad los programas de salud, como una mercancía que se vende y que debe por tanto, ajustarse a las leyes de la oferta y la demanda, propias de una lógica de gobierno neoliberal. Al mismo tiempo se validan como hechos científicos valoraciones negativas y positivas a ciertas formas de ser, por la distancia que hace del Otro un objeto de conocimiento, y de gobierno. Esta distancia que permite tal valoración y que justifica la necesidad de intervenir, se establece preferentemente con ciertos sujetos, con base en la clasificación previa de los planes de salud, que demandan entidades de gobierno, las que ya han establecido cuáles son los problemas a resolver basados en una lógica de gobierno.

Los planes de salud, que se van configurando a través de la traducción de los casos psicosociales a estadísticas ajustadas y registradas en las fichas clínicas, no se restringen a las acciones y registros que realicen los profesionales del CESAMCO, sino que involucran también las acciones y registros de otros dispositivos de la red. El caso más claro en este sentido eran

los planes con GES, que articulaban Centros de APS, y en algunos casos a la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia, con el CESAMCO.

A través de estas “derivaciones” se podía ver la emergencia de una RSMP, como una serie de relaciones que se establecían entre diferentes actores. Pero estas relaciones también estaban predefinidas por protocolos de atención. Estos dictaban las trayectorias a seguir de los sujetos/objetos de intervención. Luego, si éstos no seguían las trayectorias predefinidas, las GES, las sanciones asociadas a su incumplimiento, hacían que los profesionales idearan estrategias para que, al menos, ciertos sujetos siguieran dichas trayectorias: los sujetos que ahora son las prioridades en salud.

Estos protocolos, para lograr la movilidad de los sujetos/objetos de intervención entre los diferentes centros, privilegian la traducción de los casos a diagnóstico clínico. Sin embargo, la poca presencia y la pérdida de protagonismo de los médicos en las relaciones que se establecían entre los diferentes centros, hacía necesario un código de traducción de los casos, que no se restringiera al diagnóstico clínico. A partir de estas acciones de coordinación, era posible dar lugar a una serie de cuestionamientos al uso de categorías diagnósticas como medio de traducción de los casos, y a la categoría de centro de especialidad del CESAMCO.

A partir de la noción de parásito (Tirado y Mora, 2004), como aquello que siempre es posible deducir de una relación, hemos propuesto que las derivaciones son un parásito: sólo existían por la relación entre las diferentes entidades involucradas en la intervención de ciertos sujetos. También hemos propuesto que en estas derivaciones, existía la posibilidad de movimiento. Aún cuando los protocolos establecían cómo debía ser la relación entre los diferentes dispositivos de la RSMP, en cada derivación había una posibilidad de introducir un punto de inflexión. En el caso del CESAMCO de Schneider, podemos decir que esta posibilidad de movimiento permite la incorporación de nuevos aspectos, distintos al diagnóstico clínico, a las lógicas de intervención de la RSMP del SS Valdivia.

Hemos planteado que entre las diferentes entidades involucradas en la intervención en problemas de Salud Mental y Psiquiatría, en la RSMP del SS Valdivia, no es el ESMPA quien media, sino que son las derivaciones, es decir, entidades que surgen de la traducción de un problema, a fin de que pueda transitar entre los diferentes dispositivos. Mediante estas derivaciones el ESMPA cambia y se transforma, así como también lo hacen otros dispositivos de la RSMP del SS Valdivia.

El supuesto de que el ESMPA del CESAMCO de Schneider era lo que mediaba entre los diferentes dispositivos de la RSMP del SS Valdivia fue lo que nos llevó a proponer un acercamiento etnográfico topológico, que nos permitiera seguir las trayectorias de los actores, más que anclarnos a un lugar específico. Luego, hemos entendido que los profesionales del ESMPA, sí se asocian a un lugar específico: el CESAMCO. Sin embargo, a través de un acercamiento del tipo topológico, hemos podido comprender cómo se generan los casos psicosociales y cómo a partir de éstos se van articulando diferentes entidades en una cadena de hechos reversibles a través de la RSMP del SS Valdivia. Podemos decir ahora que, para esto, más que seguir las trayectorias de los profesionales, hemos debido seguir las trayectorias de los hechos y las realidades que se generan y se transforman en el CESAMCO. En este sentido, creemos haber acertado al entender al equipo de profesionales como un laboratorio, por lo tanto, como una *extitución* (Serrés, 1995).

Por otra parte, esta forma de entender esta extitución nos ha permitido acceder a lo que hacen los profesionales más allá del espacio del CESAMCO, por ejemplo, en las visitas o en el trabajo con los territorios.

Esto que puede aparecer como una contradicción no es casual, sino que habla de la disonancia entre lo que se propone el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría chileno y las realidades contextuales. Ahora, habiendo realizado un acercamiento etnográfico a la realidad de los espacios de intervención de un ESMPA, podemos decir que los profesionales que lo componen no se ubican *en las relaciones* entre los diferentes dispositivos, sino que más bien en uno de los

dispositivos que componen la RSMP del SS Valdivia, que es el CESAMCO Sin embargo, al mismo tiempo, su ámbito de acción está más allá del CESAMCO.

Podemos decir ahora que en el ESMPA del CESAMCO de Schneider, coexisten aspectos propios de un orden institucional y otros, que pueden comprenderse más bien desde una lógica de extitución.

Los profesionales identificamos lo biomédico y lo clínico como aquellos hábitos que nos permiten habitar el espacio del CESAMCO (Castoriadis, 1994). Estos hábitos son los que nos hacen difícil salir de su espacio físico. Son hábitos que nos dificultan crear nuevas formas de intervención propias de la Salud Mental y la Psiquiatría, y nos limitan la posibilidad de realizar acciones en el espacio más allá del CESAMCO.

Además, estos hábitos se estructuran y se instituyen como acciones que están protocolizadas en los planes de salud. He ahí la contradicción. Por una parte, estos hábitos recrean un orden y formas de disposición del espacio, propias de la institución psiquiátrica, que es el orden, que se supone, no debemos replicar. Pero por otra, estos hábitos son los que nos permiten hacer realidad los planes de salud que debemos vender para poder existir.

Pero hablar de institución psiquiátrica es también hablar de una institución disciplinar, es decir, un orden propio de un dispositivo que se constituye para que la disciplina opere sobre los cuerpos, a fin de producir subjetividades (Foucault, 1976). Es también hablar de un tipo de orden, propio de una sociedad disciplinar, una sociedad en que el Estado asume la responsabilidad de disciplinar a la población, y el control de los medios para hacerlo. En esta sociedad disciplinar, hay una lógica en común que hace posible el diálogo entre diferentes instituciones. Ese lenguaje común en una sociedad disciplinar, según Foucault (ibíd.) es la normalización. Un común denominador, a partir del cual todos los sujetos pueden ser analizados y comparados, o en otras palabras, a partir del cual se puede hacer de todos los sujetos, objetos de conocimiento y de poder.

Entonces, la traducción de los casos a categorías biomédicas y/o clínicas también se puede entender como la conversión de sujetos en objetos, a partir de una norma. No es de extrañar que a partir del diagnóstico, se defina qué pasos se han de seguir con cada uno de los usuarios. Esas categorías son el lenguaje común que permite el diálogo entre las diferentes instituciones, o dispositivos y por lo tanto, el que permite que los casos transiten por una RSMP. En este sentido, los diagnósticos son categorías que tienen inteligibilidad a partir de una lógica disciplinar. Una norma permite comparar, clasificar y analizar a todos los sujetos.

Luego, al llegar al CESAMCO, los diagnósticos son traducidos a casos psicosociales, es decir, a problemáticas que no sólo tienen inteligibilidad desde una lógica propia de la institución psiquiátrica. En este sentido, podemos decir que los profesionales que realizan tal acción están, en alguna forma, también en medio de dos tipos de lógicas: por un lado, un orden institucional y disciplinar, que busca la normalización, y por otro, un orden que tiende a capturar las singularidades contextuales de cada problemática.

En la medida en que las categorías diagnósticas son su forma de comunicación con otras entidades, los profesionales participamos de una forma de normalización aún cuando han desaparecido los muros, el encierro y las disposiciones espaciales propias de la institución disciplinar de la que habló Foucault. Al mismo tiempo, en la medida en que necesitamos acceder a los espacios microsociales para explicarnos los problemas (Carballeda, 2002), los profesionales participamos de una forma de control que se basa en la singularidad.

Lo social como una estructura permite pensar en nuevas entidades que se agregan a las clasificaciones diagnósticas. Con esto decimos que se agregan a la lógica que permite un lenguaje común entre diferentes instituciones, a partir de una norma. Por ejemplo, la llamada VIF (violencia intrafamiliar) se constituye como una categoría que hace referencia a una relación, o a un conjunto de relaciones, como un hecho social, pero además como un hecho que se hace

visible a partir de una norma. Por eso se puede medir y se puede determinar su magnitud.

Los protocolos de ingreso acá están dados por las patologías. Por ejemplo, acá no puede ingresar alguien que venga sólo por violencia, o alguien que venga sólo por abuso sexual. O sea, ningún diagnóstico psicosocial ingresa, a pesar de que sea violencia grave, a pesar de que sea una situación psicosocial extrema. Sólo entran por la patología, entonces si tiene depresión severa y violencia, sí entras, o si hay abuso sexual, pero con un trastorno de personalidad. (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa)

Los profesionales hacen alusión a la VIF como un “diagnóstico psicosocial”. Si bien éstos son secundarios para la definición de lo que se hará con los usuarios, son categorías diagnósticas a partir de las cuales se comunica el CESAMCO con otros dispositivos de la RSMP. La VIF es un buen ejemplo de los hechos que sólo pueden llegar a ver los profesionales de la Salud Mental Comunitaria. Para llegar a ver este nuevo hecho, deben utilizar las lógicas propias del pensamiento social actual, que les permite hacer de una relación, o de un conjunto de relaciones un hecho. Así, dan inteligibilidad a los nuevos referentes del discurso, que ya no se extraen sólo de la vigilancia sobre los cuerpos de los sujetos. De hecho, a los profesionales más próximos a la visión biomédica y/o clínica se les dificulta llegar a ver este hecho, porque sólo vigilan los cuerpos.

Pese a que los profesionales del CESAMCO no vigilamos sólo los cuerpos, contribuimos al establecimiento de diagnósticos psicosociales que son categorías que tienen inteligibilidad a partir de una lógica disciplinar, es decir, a partir de una norma que permite comparar, clasificar y analizar a todos los sujetos. En este paso desde diagnósticos clínicos a diagnósticos psicosociales, hay un tránsito desde una normalización de los cuerpos, a una normalización de otras cosas ¿Cuáles? aquellas que ahora tienen inteligibilidad para los profesionales de la Salud Mental a partir de la incorporación de las lógicas propias de lo social: las relaciones y/o los conjuntos de relaciones.

¿Cuáles son las implicancias de estos nuevos hechos? Siguiendo los criterios de los protocolos de intervención, se configura una realidad en la que un gran número de usuarios aparece con diagnóstico de VIF. Es decir, muchos sujetos que antes, desde una lógica biomédica y/o clínica, no habrían sido objeto de intervención, ahora lo son. Sin embargo, las posibilidades de los profesionales de dar solución a estos problemas, desde la misma lógica que los generan, el pensamiento social, son mínimas.

Finalmente los usuarios que yo veo, mayoritariamente son mujeres con depresión y que también están en alguna u otra medida asociadas al tema de violencia intrafamiliar, ya sea desde la pareja o por ejemplo, que cuando niñas han tenido problemas de abuso. Son mujeres muy solas, aún cuando estén viviendo con sus familias. Llegan mujeres que están siendo muy maltratadas pero no pueden separarse de sus parejas porque ellas sienten que tienen que vivir con su pareja, y si tienen hijos a veces la familia de origen les dicen que tienen que aguantar, entonces por lo mismo, ellas se van sintiendo cada vez más solas y van guardándose las cosas que les pasan y van normalizando también esas cosas que les pasan y eso las hace apartarse. (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa)

Estas mujeres ahora tienen un nuevo problema: VIF. Esto quiere decir que las formas de relación en sus entornos familiares no son como debieran y, por lo tanto, se deben intervenir para que cambien. La intervención se restringe al entorno social más próximo y en ningún caso podrá poner en duda procedimientos que se dictan desde el gobierno. Nada nos asegura que estos nuevos sujetos/objetos de intervención no serán a futuro también clasificados según planes de salud comprados por entidades de gobierno, para sus propios fines. Es más, nada nos asegura que en el futuro, la forma de traducción de los problemas psicosociales, a través de los diferentes dispositivos de la red, no sean estos planes de salud.

Para acceder a las formas de relación de los sujetos con sus entornos más próximos, los profesionales debemos trasladar nuestras acciones a los entornos microsociales. En ese sentido, el ámbito de intervención de los profesionales puede ser asumidos como una extitución, es decir, como es un espacio abierto, que no se habita sino más bien se *ronda* (Serres, 1994).



Quizás el mejor ejemplo de esto sean las visitas a los lugares donde habitan los sujetos/objetos de intervención. Las visitas tienen el propósito de extraer un referente del discurso de la realidad psicosocial, como hemos señalado, pero también son una forma de intervención. Ella no se localiza en un espacio definido y, por lo tanto, no produce hábitos como los propios de las formas de intervención “clínicas”. Cada visita es única, porque en cada visita cambia el lugar, las normas, lo establecido. Cada visita es algo nuevo, inesperado e incierto, a partir de lo cual hay que improvisar.

Salimos con Rodrigo y Joel a hacer visitas a los usuarios PI y PAB. Nuestro primer objetivo era ir a buscar a un usuario a su casa, para llevarlo al Hospital de Día. Antes de salir Rodrigo y Joel me explican las razones de esta visita: días antes, el usuario se había presentado en el CESAMCO en estado de ebriedad, pidiendo hablar con su ET, es decir, Rodrigo. Finalmente se había desplomado en el box de atención. Luego, en el camino hacia la casa del usuario Rodrigo y Joel me ponen al tanto de la situación: el usuario había tenido una recaída y había golpeado a su mujer, además de amenazar de muerte al padre de ésta. Su mujer lo había dejado y él acudió al CESAMCO a pedir ayuda. Rodrigo, como su ET le había propuesto comenzar un tratamiento intensivo en el Hospital de Día y hoy era la fecha acordada para llevarlo hasta allá. Luego, Rodrigo suspira y nos dice “quizá con qué nos vamos a encontrar”. [...] Golpeamos a la puerta y alguien nos abre dejándola entre abierta. Sólo entra Rodrigo, mientras Joel y yo nos quedamos esperando afuera. Luego de unos minutos sale Rodrigo y nos dice “no va a ir a ninguna parte. Dice que se siente muy mal”. Nos quedamos un momento en silencio sin saber qué hacer. Joel propone insistir de nuevo, pero Rodrigo nos propone dejarlo y volver mañana. (Diario de campo, nota 13 de mayo de 2009)

El trabajo con los territorios también son acciones que emergen en la relación de los profesionales con ese más allá que es la *comunidad*. Resultan de las diferentes formas de articulación entre los diferentes actores, de los cuales los profesionales del CESAMCO somos sólo una parte. Sin embargo, estas acciones se ven restringidas por la necesidad de generar planes de salud.

Los profesionales nos encontramos en medio de una tensión: por un lado, sentimos que podemos quedarnos atrapados en el espacio físico del CESAMCO, y con esto, en recrear lógicas propias de la institución psiquiátrica, en gran medida, por el imperativo de cumplir con lo establecido en los planes de salud que se basan en criterios diagnósticos y en una lógica de normalización. Mientras que por otro, aspiramos a poder “salir a la comunidad” libres de diagnósticos clínicos. A partir de esto, podemos decir que lo comunitario es algo emergente, no institucionalizado, que demanda a los interventores crear formas nuevas de intervención que no sean las propias de la institución psiquiátrica pero, al mismo tiempo los planes de salud instituyen formas de intervención que las recrean.

Finalmente, para los profesionales, el CESAMCO no es un lugar que los usuarios habiten, sino que un lugar por donde transitan. En este sentido, cabe destacar que muchas de las acciones propuestas durante las reuniones clínicas se pueden entender más como un tránsito. Las derivaciones no sólo eran desde los centros de APS hacia el CESAMCO, sino que también desde el CESAMCO hacia otras instancias. El Servicio Nacional de la Mujer, el Hospital de Día, el Centro de Rehabilitación Psicosocial, entre otros, eran espacios hacia donde poder derivar a ciertos usuarios y estas derivaciones eran formas de solución a los problemas. Además, entre los profesionales se realizaban derivaciones. Como hemos señalado, el ET no era necesariamente quien atendía siempre al usuario, sino quien lo derivaba a los profesionales que consideraba que podían aportar a las soluciones de los problemas del usuario.

A través de prácticas, que intentaban ser una alternativa a las clínicas habituales, los profesionales habíamos llegado a cuestionar el rol del psiquiatra y del psicólogo, y habíamos comenzado a proponer un tipo de intervención, que no se basara en un saber experto, sino en la relación. Que no pretendía una modificación de aspectos propios de un sujeto, sino que aspectos de una relación.

Podemos decir entonces, que los interventores más que ubicarse *en* las relaciones entre los diferentes dispositivos de la RSMP del SS Valdivia están

conduciendo su intervención desde los sujetos y sus experiencias individuales hacia las relaciones. Las experticias individuales van siendo reemplazadas por las relaciones que se dan entre ellos y los sujetos/objetos de intervención. Retomando la noción de parásito, creemos que también aquí cabe pensar que estas nuevas formas de intervención contienen la posibilidad de pequeñas variaciones en cada situación. De ahí la dificultad de los profesionales para identificar con claridad qué hacen en sus intervenciones de este tipo. Conviven con la lógica de la intervención tradicional, al tiempo que, muchas de las acciones que realizan, no caben en la lógica clásica de una intervención: no se pueden identificar como una acción concreta que genera un cambio concreto, en un sujeto concreto.

La intervención también parte de una lógica médica: que tú tienes el poder de intervenir y modificar al otro, cuando en verdad tú no haces nada; tú actúas como un catalizador, es decir, no intervienes nada. No existe una técnica para nada. Quizá algunos validan técnicas y las prueban científicamente y llegan a establecer que unas son más efectivas que otras y quizá sí sea así, y quizá no. Yo diría que ocupo técnicas para que la persona esté contenta con lo que está sintiendo y con lo que le está pasando en el momento, que es lo único real y verdadero para la persona, aun cuando quizá, no para mí, porque para mí, quizá lo real pudiera ser que esa persona tiene un trastorno de personalidad, y que tengo que hacer una intervención paradójica para que cambie su forma de pensamiento. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

La pregunta que nos quedará por responder ahora es cómo estas nuevas formas de intervención se pueden entender como nuevas formas de control, o cómo a través de ellas, los profesionales se transforman en agentes de gubernamentalidad. Es decir, cómo a través de estas nuevas formas de intervención, los profesionales logran alinear las aspiraciones de gobierno, con las acciones de los sujetos/objetos de intervención, en un ámbito que, al menos en apariencia, no es institucional. Esto implica retomar la pregunta que hemos esbozado al inicio de este capítulo, en relación a cuáles son las nuevas formas de control que se están configurando en estas nuevas formas de intervención.

### 4.3. Crítica a la ética material: reflexibilidad y autonomía

En el capítulo I, hemos dicho que en Chile, a partir de la década de 1990, las políticas de intervención social comienzan a demandar cada vez más de profesionales psicólogos, de la mano de una valorización de aspectos subjetivos, tales como características personales, género, raza, etnia. Tales aspectos empiezan a ser relevantes para la planificación de las políticas sociales. También hemos dicho que, lo que se ha denominado “Psicología Comunitaria” se perfila como una disciplina académica al amparo de estas políticas sociales, ligado a la inserción de profesionales psicólogos en estos programas de intervención social (Alfaro y Zambrano, 2009).

Luego, acogiendo lo propuesto por Montenegro (2001), hemos dicho que la intervención social o psicosocial, puede ser entendida como una serie de estrategias que buscan solucionar lo que se ha definido como un problema social. También hemos propuesto que para el caso de Chile, las concepciones de lo social, a la base de la intervención social y de la intervención comunitaria, se conectan con las definiciones de los problemas sociales propios de la noción de desarrollo (Alfaro, 2000) y se orientan a los sectores “marginados” del proceso de desarrollo, que son también los “más vulnerables” a los problemas de Salud Mental (Lewin, 1996; Krause y Jaramillo, 1998; Asún, 2004).

Las acciones en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, se pueden ver como tecnologías de gobierno, aplicadas a ciertos sujetos, ya no en el encierro ni en lugares institucionales específicos de poder, sino como dispositivos ambientales, en un nuevo espacio de gobierno que se puede ubicar en la interface entre el poder central y la ciudadanía. Este es el espacio que habitan los interventores en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Este es también el espacio donde se conecta cierto tipo de *subjetividad deseable* con las lógicas de gobierno, es decir, el espacio donde operan ciertos mecanismos para hacer que las personas adopten las características de “libres”, “autónomas”, “activos” y “responsables por su propio bienestar”, tal como las definen las políticas sociales en general, y las políticas en Salud Mental y Psiquiatría en particular.

Al mismo tiempo, la forma que adoptan las intervenciones en estos espacios, están definidas por las mismas lógicas de gobierno que moldean las subjetividades.

Finalmente, hemos propuesto acoger lo planteado por Rose (2007a) en relación a las tecnologías terapéuticas, como formas de intervenir las subjetividades, en la medida en que proporcionan, no sólo una explicación de los problemas a los encargados de intervenir, sino que también, entregan a los sujetos de intervención, maneras de aproximarse a su propio malestar e intervenirlo. También hemos acogido de este autor la idea que la situación terapéutica sería donde se crean los hechos positivos que validan la intervención, porque es donde se hacen visibles, posibles de describir, para las dos partes: el terapeuta y el paciente (Rose, 1999).

Como hemos visto en el capítulo III, las acciones de los profesionales del ESMPA del CESAMCO de Schneider no se pueden entender sólo como tecnologías terapéuticas, porque no se restringen únicamente a proporcionar a los sujetos maneras de aproximarse a su propio malestar e intervenirlo. Acciones como las que hemos descrito en el apartado anterior dan cuenta de esto. Los profesionales realizan acciones para extraer un referente del discurso de las realidades psicosociales de sus sujetos/objetos de intervención y para hacer que circule por una cadena de hechos reversibles. Muchas de las entidades que se crean por estas acciones no llegan a ser hechos visibles, posibles de describir, para los sujetos/objetos de intervención.

Ejemplos de esto son el diagnóstico, el tratamiento farmacológico, la ficha clínica, el registro de acciones y las derivaciones. Todas entidades, que aún cuando llegan a ser verdad por las acciones de los profesionales, no constituyen la realidad para ellos. Dado que para los profesionales la realidad es aquella entidad denominada “lo psicosocial”, estas otras entidades, que sólo son un medio para la generación de la realidad psicosocial, no constituyen algo a describir a los sujetos/objetos de intervención.

Me enfoco mucho en la depresión severa porque la mayoría de nuestros usuarios tienen depresión severa o trastorno de personalidad. [...] Entonces la

mayoría viene por depresión severa o tiene asociado un trastorno de personalidad, pero *ellos saben eso porque se los dijeron, pero no saben qué es, o cómo llegaron a eso, o qué implica eso.* (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa. Énfasis mío.)

Sin embargo, los profesionales también realizan acciones que se pueden interpretar como orientadas a hacer visibles y posibles de explicar, las razones de sus problemas a los sujetos/objetos de intervención.

Creo que mi rol acá ha sido conocer, evaluar y educar a las personas, a cerca de qué se trata lo que tienen, y también cuáles son las herramientas para salir adelante. (Marcela Muñoz, 2009. Extracto narrativa)

Ese es un ejemplo de cómo la gente se engaña con el medicamento y cree que es lo que le ayuda. Entonces yo le digo “no, es por lo que usted está haciendo, cuénteme lo que ha hecho” y la persona misma se da cuenta de que empezó a hacer cambios. Yo le digo “no, los medicamentos no lo hacen, el cambio lo hace usted, no la pastilla”. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Para poder dar cuenta de estas acciones como mecanismos, a través de los cuales se alinean ciertas lógicas de gobierno con las subjetividades, ha sido necesaria la distancia con mis compañeros de trabajo. Esa distancia que se gestó durante mis años en Barcelona fue por el desplazado desde el lugar que compartía con ellos y permitió generar un extrañamiento y exceso de diferencia. Así como también la que me permite entender mi propia acción como interventora bajo la lupa de la gubernamentalidad.

Dar cuenta de estas acciones sólo se justifica por las consecuencias para los sujetos/objetos de intervención y por las consecuencias que se pueden desprender para la población en su conjunto, en cuanto a formas de direccionar la conducta, incluso de quienes no tienen un problema de salud mental, a fin de prevenir que lo lleguen a tener. A las primeras (las consecuencias para los sujetos/objetos de intervención) hemos accedido desde el lugar del interventor; y a las segundas (las consecuencias que se pueden desprender para la población en su conjunto) accedemos sólo desde nuestro lugar de investigador, por medio de un ejercicio teórico que nos da la

posibilidad de comprender las mentalidades de gobierno que hacen posible la existencia de ciertas subjetividades.

Desde estas posiciones reconocidas, no pretendemos decir qué deben hacer otros para ser mejores (interventores o sujetos/objetos de intervención), sino abrir la posibilidad de desestabilizar el discurso totalizante de las actuales políticas en Psiquiatría y la Salud Mental en Chile y con ello, abrir nuevas posibilidades para aquellas situaciones que desde nuestras posiciones, creemos, son problemáticas. Finalmente, estas nuevas posibilidades intentarán articular el conocimiento adquirido en Barcelona, con el conocimiento adquirido en el CESAMCO, entendiendo que ambos son igualmente legítimos, en la medida en que no se pretenden como únicos y acabados.

Para abrir la posibilidad de desestabilizar ciertas certezas y ciertos hechos que se están creando en los espacios terapéuticos entenderemos que: “La terapia ha sido vista, por lo tanto, en términos de la invención de un conjunto de nuevas vías a partir de las cuales los seres humanos pueden asumirse a sí mismos en tanto que objeto de su propio pensamiento y de su propia práctica, actuar sobre sí mismo, en nombre de su salud mental” (Rose, 2007a: 110).

En este apartado nos ocuparemos de ese *conjunto de nuevas vías*, o mejor dicho, de ciertos aspectos, que desde el trabajo de campo, hemos identificado, como elementos centrales, para los profesionales a la hora de hacer que los sujetos/objetos de intervención se asuman a sí mismos como objetos de su propio pensamiento y de su propia práctica, a favor de la salud mental.

Para una comprensión de cómo operan estos elementos, quisiéramos utilizar lo propuesto por Rose (2007a), en relación a la ética, entendiendo a ésta, como un sistema de significación, que configura formas de cuidado del alma. El autor propone que las técnicas terapéuticas se pueden entender como una analogía de la religión, y más concretamente, de los ejercicios espirituales cristianos para el cuidado del alma, en la medida en que, al igual que cómo hicieron éstos, hoy en día las terapias han hecho posible todo un conjunto de procedimientos, “a través de los cuales, los individuos, por sí mismos, o en

grupo, pueden recurrir a técnicas elaboradas por expertos psicólogos para actuar sobre sus cuerpos, sus emociones, sus creencias y sus formas de conducta en orden a transformarse ellos mismos” (ibíd.: 115).

Desde esta consideración de la ética, Rose propone tres ejes de análisis de las nuevas formas en que operan las terapias: los escenarios éticos, la ética material y las técnicas éticas. A continuación explicaremos brevemente a qué se refieren cada una de estas categorías:

- Escenarios éticos: conjunto de problemas espaciales y contextuales que son transformados mediante la aplicación de conocimiento experto, en soluciones dentro de su propio marco de experticia. A modo de ejemplo, el autor menciona la incorporación del trabajo como nuevo escenario ético, es decir, como nuevo problema espacial y contextual, en el que es posible y necesario el reconocimiento de aspectos subjetivos, que nos puedan ayudar a descubrirnos a nosotros mismos. Así el trabajo se ha convertido en un asunto psicológico.
- Ética material: los aspectos del yo que en la elaboración del conocimiento experto, adquieren una significación ética, que es evaluada, problematizada y sobre los cuales se ha de trabajar. A modo de ejemplo, el autor propone que se pueden pensar como nuevos aspectos del yo con significación ética la autonomía, la competencia y la capacidad de adaptación.
- Técnicas éticas: las técnicas que proporcionan los expertos a los sujetos, para entenderse y actuar sobre ellos mismos a fin de transformarse en la búsqueda de la solución a sus problemas. A modo de ejemplo, el autor propone que se pueden pensar como nuevas técnicas éticas el lenguaje técnico que se difunde para la autocomprensión.

En relación a los escenarios éticos, en las prácticas de los profesionales del CESAMCO, podemos ver la incorporación de nuevos aspectos de la vida cotidiana a los problemas espaciales y contextuales que buscan solucionar. En



las visitas de los profesionales a los lugares de trabajo y a los lugares que habitan los sujetos/objetos de intervención, el referente del discurso que se extrae de la experiencia no sólo es compartido y analizado con los otros profesionales, sino que, en algunos casos, también es compartido con los sujetos/objetos de intervención. Esto con el objeto de que puedan develar aspectos subjetivos que los ayuden a comprender su problema y cómo solucionarlo. Sin embargo, esta explicación y análisis ocurre en otras instancias que no son las reuniones clínicas; y que podríamos denominar terapéuticas. En éstos los sujetos/objetos de intervención no tienen la posibilidad de participar de las explicaciones que se generan de su situación problemática, en el nivel en que lo hacen los otros profesionales durante las reuniones clínicas.

En las instancias terapéuticas, los sujetos/objetos de intervención también pueden llegar a ver su propio caso, es decir, pueden explicarse su propia situación problemática, ya no a partir del diagnóstico clínico, sino de las relaciones con sus entornos sociales más próximos. Sin embargo, pareciera ser que los profesionales, no ven en esto la única posibilidad de solución a los problemas. Para lograr una solución, no es suficiente explicarle a los sujetos/objetos de intervención sus problemáticas como producto de sus relaciones con sus entornos más cercanos. De hecho es posible que no sea necesario explicárselos. Es necesario también ser parte de esos entornos más cercanos.

Por ejemplo en el caso puntual que mencioné, ella tiene un problema con la Universidad y siente que no se puede concentrar y que no está rindiendo y que hubo un quiebre desde que terminó con su ex novio. Con ella fui a conocer la Universidad donde estudia y el lugar donde vive. La idea es que ella me presente esos lugares como ellas los siente. La idea es ir con ella y por ejemplo, trabajar en nuevas estrategias de estudio en la biblioteca de la Universidad, en vez de en el box, y al ir a donde ella vive, ver el lugar donde pasa la mayor parte del tiempo sola. No tengo un fundamento para esto desde lo científico, pero creo que si uno conoce y valida esos lugares, la persona es capaz de aceptar que eso es lo que tiene, pero también que quizás hay algo más allá, porque ya hay alguien que lo conoce y lo valida y que hay que avanzar hacia otros espacios y hacia otros lugares. (Tamara Miranda, 2009. Extracto narrativa)

Tampoco hemos podido identificar algo como una técnica ética, que los profesionales le entreguen a los sujetos/objetos de intervención para entenderse y actuar sobre ellos mismos. Sin duda, esto se relaciona con las limitaciones del acercamiento etnográfico que hemos realizado, que no ha pretendido entrar a estos espacios terapéuticos en profundidad. Pero, creemos que también se relaciona con la postura crítica de los profesionales hacia el conocimiento experto y la aplicación de técnicas. Desde la posición de interventor, lo que hemos encontrado más bien, son estrategias para intervenir en las relaciones de sus sujetos/objetos de intervención con sus entornos psicosociales. Ya hemos introducido una idea que ahora quisiéramos terminar de enunciar: las relaciones, en específico, las que establecen los sujetos/objetos de intervención con sus entornos más próximos, han comenzado a constituirse en nuevos escenario ético. Además, las técnicas que utilizan los profesionales se vinculan más que con entregar a los usuarios sus marcos interpretativos, con las relaciones que establecen con ellos.

Si yo planificara entraría en la lógica de la patologización, pero quizá es más válido hacer algo desde lo que está pasando en esa interacción real, no en lo que yo pueda especular, porque al fin y al cabo cuando planifico, es porque estoy especulando sobre alguien algo que quizá no esté ocurriendo. La planificación cabe en la lógica de “yo creo” o “yo sé”; “yo creo que quizá la mamá...” o “yo creo que quizá la familia...” Un usuario te puede decir que su mamá no lo quiere, pero la mamá te puede decir que sí lo quiere. ¿Qué está pasando ahí? ¿hay una mala comunicación? Entonces ¿cómo haces que las personas se empiecen a comunicar mejor? Yo tengo que empezar a comunicarme bien con ellos porque yo soy parte de lo que está pasando ahí. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

En estas intervenciones juegan un rol central las relaciones que establecen los profesionales con los sujetos/objetos de intervención y con los entornos de éstos. Sin embargo, no cobra un rol central ni él ni la profesional que establece esta relación. De hecho se espera que la relación entre él y la profesional se mantenga, independiente de su continuidad. Esto tiene que ver con la alta rotación de profesionales.

Exponemos el extracto de una reunión clínica que nos puede ayudar a explicar esto. En ella se presentaba el caso de una chica, que había sido vista por una profesional, que ya no trabajaba en el CESAMCO.

- Bernardita: la usuaria ha avanzado. Tiene más amigos, pero igual come poco y duerme poco y tiene baja de ánimo. Yo me he apoyado en el dibujo para trabajar con ella, porque es muy buena para dibujar.

- María Isabel: cuando se fue Joco dejó encargado que le buscáramos colegio. Ahora dice que no quiere seguir viniendo, pero hay problemas de VIF. La única que la veía era Joco.

- Sandra: de esto tenemos que aprender. No puede haber una sola persona que intervenga a un usuario, hay que hacer abordaje en equipo.

- María Isabel: en la ficha no hay plan individual, no hay objetivos ¿para qué la vamos a hacer venir?, ¿qué pasó ahí con el vínculo? Puede ser que ya no quiera venir.

Extracto transcripción reunión clínica, 16 de abril de 2009.

Podemos enunciar la *independencia* como un nuevo elemento del yo, que adquieren una dimensión ética y sobre la cual se debía trabajar, es decir, como una nueva ética material. La forma de trabajar sobre este nuevo elemento era a través de las relaciones que los profesionales establecían con los sujetos/objetos de intervención. Estas relaciones no debían permitir la dependencia, y para eso, la estrategia era que los usuarios no fuesen atendidos por un sólo profesional, sino que por varios. En esta misma lógica, el ET no debía ser quien atendiera siempre a un usuario, sino quien iba derivando al usuario a los otros profesionales, según las necesidades que identificara. La posibilidad de continuidad de los usuarios en sus tratamientos, no estaba dada por la relación que éstos llegaran a establecer con un determinado profesional, sino que por la relación que llegaran a establecer con el ESMPA. Para esto, la ficha clínica entregaba a todos los profesionales la visión de los mismos hechos.

La independencia cobraba valor para los profesionales, como una posibilidad de que los sujetos/objetos de intervención pudiesen *hacerse cargo* de sus problemas. Esto se relacionaba también con la crítica a las formas tradicionales de intervención: al modelo biomédico y a las acciones clínicas. Los profesionales veían en estas formas de intervención la continuidad de lógicas de dependencia.

La aceptación de los diagnósticos médicos como la explicación a los problemas, y de los tratamientos farmacológicos como la solución, eran vistas por los profesionales como aspectos que dificultaban que los sujetos/objetos de intervención se hicieran cargo de sus propias situaciones problemáticas. Luego, las expectativas de los usuarios hacia ellos, como profesionales, también eran similares a las expectativas que se tienen de una intervención biomédica, es decir, los usuarios esperaban encontrar en los profesionales el poder de mejorarlos. Estas expectativas se derivaban de las prácticas clínicas que se basan en la idea de un conocimiento experto, propio del psiquiatra y el psicólogo. Y estas expectativas también dificultaban que los sujetos/objetos de intervención tomaran responsabilidad en las soluciones de sus propias situaciones problemáticas.

Puede ser que en el CESAMCO se den cambios en las personas, pero depende completamente de las personas. El cambio no parte de lo que uno pueda hacer, sino de la disposición del usuario. Uno lo que puede hacer es acompañar y la persona se puede demorar años, pero tú sólo tienes que acompañar hasta que el otro descubra algo. Nosotros no tenemos el poder, porque también eso nos colocaría en una posición de poder para modificarle la vida a los demás y creo que eso no es posible; nadie modifica la vida de nadie, a no ser que lo amenaces con una pistola, pero voluntariamente, aunque des pastillas, no vas a modificar a nadie. Eso se da por un proceso individual y que nosotros deberíamos acompañar y tener otros medios como para que la persona simplemente entienda lo que le ocurre.

Puede ser tai-chi, yoga, danza, deporte, cosas que la gente no hace habitualmente porque está de la casa al trabajo, del trabajo a la casa y nadie aguanta una vida así. Imagínate una persona que trabaja 12 horas diarias, que gana \$120.000, que tiene tres hijos, que tiene una mujer que le demanda.

Nosotros ganamos más, tenemos quizás el mismo nivel de carga, pero tenemos quizá mayores momentos de esparcimiento, porque nos alcanza; a ellos no. Entonces imagínate el nivel de tensión que hay en esa casa, cómo no se va a generar algún problema.

Uno podría decir que, entonces, hay que hacer un cambio en la sociedad, sí, pero también, creo, es necesario que la persona se haga responsable de que muchas cosas dependen de él o ella.

Generalmente se piensa que hay que tener plata para poder hacer algo, entonces si no la tengo, me frustró. La plata es el medio para todo. Un usuario el otro día me dijo “no salgo con mi señora desde que me casé porque no me alcanza, a lo más vamos a la playa, pero no podemos ir a tomarnos un trago o salir a bailar”. Es decir, entretenerse para ellos es ir a bailar o ir a tomarse un trago, entonces si no nos queda plata, no podemos ser felices. Luego, si no tengo plata para un *play estacion* para mi hijo, no puedo ser feliz. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Las situaciones problemáticas, para los profesionales, se explican por la realidad social en que están inmersos los sujetos/objetos de intervención, y las posibilidades de solución están dadas en que éstos se *den cuenta y se hagan cargo* de estas realidades, en la medida de lo posible. En este sentido, creen que la posibilidad de un cambio pasa por la posibilidad de *reflexividad* de las personas. Sin embargo, el que ellas se den cuenta de sus realidades psicosociales no pasa por el conocimiento experto de los profesionales, sino por un proceso que se debe dar de forma natural en los usuarios. Los profesionales sólo pueden introducir pequeños cambios a partir de las relaciones que establecen con los usuarios, independiente de quién sea el o la profesional que se relaciona con ellos.

La reflexividad, entendida como la comprensión de los procesos sociales e históricos que han dado origen a la realidad, y como posibilidad de la reconstrucción de las formas tradicionales, también se ha propuesto como alternativa para la transformación de la institución psiquiátrica:

La Psiquiatría fue fundada en un contexto epistemológico en que la realidad era considerada un hecho natural, capaz de ser aprehendido, revelado, descrito, medido y comparado, nació en un contexto en que la ciencia significaba la producción de un saber positivo, neutro, autónomo: era la expresión de la verdad. (Amarante, 2003: 55)

El mismo autor propone que, por este motivo, los procesos de reforma psiquiátrica se deben comprender como procesos sociales complejos que involucran diferentes dimensiones: 1) Teórico-conceptual; 2) Sociocultural; 3) Técnico-asistencia; y 4) Jurídico-política. Se debe, por tanto, tomar conciencia de estos diferentes niveles, para luego desmitificar cada uno de ellos del cientificismo biologista. Sólo así se podrá dar un proceso de reforma psiquiátrica que no caiga en simplificaciones o reducciones.

También hay quienes proponen que es necesario comprender la complejidad, teórica, sociológica, antropológica y política implicada en la subjetividad de la locura, para poder emprender una práctica cotidiana en relación a ella (Alverga y Dimenstein, 2005). Otros plantean como un problema para los nuevos técnicos en Salud Mental, asumir su práctica negando la historia de segregación del modelo asilar (Lobosque, 2006; Saraceno, 2001). No tomar conciencia de los procesos sociales e históricos en los cuales se encuentran insertos trae como consecuencia que los profesionales se mantengan en una situación de vaciamiento que les impediría llevar a cabo los cambios necesarios y asumir un compromiso político e ideológico con la transformación social.

Un argumento similar se puede encontrar en algunos análisis a la intervención comunitaria en Chile: los profesionales y técnicos que intervienen en ámbitos comunitarios, no logran hacer lo que debieran, porque no comprenden en profundidad las bases teóricas e ideológicas de los diferentes y contrapuestos marcos que utilizan (Sánchez, 2007).

Así como las personas y grupos deben ser conscientes de sus historias y de su realidad social, para poder generar un cambio, los equipos de Salud Mental

que quieran generar un cambio deben tomar conciencia de los factores históricos, sociales y políticos que han llevado a este proceso.

A fin de responder a la pregunta que nos traído hasta acá —¿cómo en estas nuevas formas de intervención los profesionales logran alinear las aspiraciones de gobierno, con las acciones de los sujetos/objetos de intervención?— creemos que es necesario retomar la propuesta de Tirado y Mora (2004), ahora en relación a la noción de sujeto que se desprende del pensamiento social actual.

El pensamiento social explica lo colectivo como provocado por algo mayor, y al mismo tiempo, como algo que produce, y reproduce a ese algo mayor (Serrés, 1991). Así, cada individuo, como ente social, puede ser entendido como una unidad de lo social que expresa la totalidad.

El pensamiento social actual permite, por ejemplo, que los profesionales vean las relaciones que establecen ciertos sujetos con sus entornos más próximos, como el resultado de un orden social mayor, como una estructura, y que al mismo tiempo, vean en estas relaciones, formas que reproducen ese mismo orden, o estructura social. Asimismo, los profesionales y técnicos en Salud Mental y Psiquiatría, realizan acciones que se explican por procesos sociales globales, y que al mismo tiempo, reproducen esos procesos sociales globales.

Pero si los sujetos sólo fuesen unidades menores que replican el orden social, ¿cómo sería posible un cambio? Por el modelo de individuo que yace bajo las formas de lo social en la actualidad, es decir, el modelo de mónada (Tirado y Mora, 2004). En este modelo de individuo, la subjetividad estaría definida por la acción que viene de su interior, el cual es también lo que recoge y representa a la totalidad (Mead, 1972). De ahí que aun cuando el sujeto se considere una unidad que contiene a la totalidad de lo social, puede actuar de forma independiente, en la medida en que su acción proviene desde su propio centro.

Desde esta lógica, es posible pensar que la independencia no radica en no depender de nadie, sino en tener actividad que proviene desde un centro del

sujeto, aun cuando ese centro también está constituido por lo que viene desde fuera. Por eso los profesionales pueden pensar en intervenir las realidades psicosociales de sus sujetos/objetos de intervención y al mismo tiempo, que el cambio no depende de lo que ellos hagan. De igual forma pueden pensar que los cambios en sus prácticas no dependen sólo de ellos, y que es necesario que ocurra también un cambio social. En este último caso, se sienten obligados a mantener una constante vigilancia sobre sus propias acciones, a fin de no reedificar aquello que el sistema les impone.

Cuando tú vas a trabajar y te olvidas de tu vida, y te lo pasas de la casa al trabajo, ahí te esquizofrenizas; te olvidas de ti y no pones atención a tus necesidades, a lo que tú quieres hacer. Es como una lucha contigo mismo, porque tendemos a lo seguro, tendemos a lo que todos hacen, pero si tú no te detienes y ves lo que tú quieres del asunto primero, siempre te va a pasar la máquina por arriba. Es una lucha constante, tú estás en un mundo y siempre estás en interacción con ese mundo, por eso siempre estás en la pelea con ese mundo para que no te aplaste. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

La solución a los problemas radica en que los sujetos, o los profesionales, se den cuenta que forman parte de un orden social. Sólo así puedan establecer relaciones que provengan desde su propio centro, y lograr un cambio hacia un estado mejor. La solución para el sujeto que sufre por no tener dinero, pasa por reconocer que tal sufrimiento es producto de una sociedad consumista. Así también la solución a las prácticas reduccionista y biologistas de los profesionales y técnicos en Salud Mental y Psiquiatría, pasa por asumir que las formas tradicionales de intervención en el área, son productos de una sociedad científica que tiende al reduccionismo y al biologismo. Sin embargo, tener acciones y/o relaciones que provienen desde el propio centro, cuesta mucho y hay que hacer un esfuerzo para lograrlo.

¿Por qué los profesionales pensamos que *darse cuenta* del origen social de los problemas nos llevará inevitablemente a estados mejores? Creemos que la respuesta a esta pregunta se relaciona con la llamada “ilusión retrospectiva” (Merleau-Ponty, 1962), propia del pensamiento social actual (Tirado y Mora, 2004). Es decir, se relaciona con que la posibilidad de dar inteligibilidad a



ciertos fenómenos humanos, para las Ciencias Sociales está dada por la posibilidad de deducir de éstos, una o múltiples causas previas.

Lo que hay en común entre diferentes pensadores de lo social, es que: 1) hablan de un presente que pierde el significado y el sentido vital existente en etapas premodernas, a favor de una preponderancia de principios experto-científicos y burocráticos, 2) la modernidad es identificada con la racionalización-diferenciación que son variables que se despliegan en el tiempo y, por tanto, la historia nos puede dar cuenta de éstas. (Tirado y Mora, 2004: 53)

Como consecuencia de la cientificidad de lo social, hay una reducción sistemática de aspectos complejos y heterogéneos a componentes simples y homogéneos (Elias, 1978), porque desde una realidad compleja, es posible deducir una categoría a partir de la cual se pueden rastrear causas. Dado que las causas de lo social son siempre previas, cobra relevancia el tiempo, pero el tiempo pasado, es decir, la historia. Las causas de lo social emergen en el momento en que surge una situación actual, pero son entendidas como previas. De este modo, la inteligibilidad de lo social pasa por una operación que une el presente con momentos pasados. A partir de esta operación, la historia es lo que atraviesa y atrapa a todas las cosas que conforman lo social, incluidos los sujetos. “Una historicidad profunda penetra en el corazón de las cosas, las aísla y las define en su coherencia propia, les imprime aquellas formas del orden implícitas en la continuidad del tiempo” (Foucault, 1968: 8).

Pero tal posibilidad de inteligibilidad sólo existe en la medida en que el devenir de acontecimientos tiene un sentido. Los acontecimientos, por tanto, no se dan de forma arbitraria, sino que se van sucediendo en el tiempo con un sentido, y ese sentido es ir, inevitablemente, hacia estados cada vez mejores, más completos. “La noción de progreso es el elemento que contribuye a cerrar la identificación entre historia y razón. ¿Cómo contribuye? Permite que la historia pase de pensarse como mera sucesión de acontecimientos a constituirse en proceso. La sucesión de acontecimientos deja de ser arbitraria y cobra un sentido” (Tirado y Mora, 2004: 30).

Un *proceso* es lo que permite dar sentido a la secuencia de acontecimientos, y este sentido coincide con la dirección en que se mueve la historia: el progreso. Esto es también lo que permite que los profesionales del CESAMCO piensen que van avanzando desde formas de intervención biomédicas y clínicas, a formas comunitarias.

Pero creo que ha sido un proceso que nos ha costado pero en el que hemos ido avanzando. Creo que eso es lo importante al final: se han introducido más cosas, se está trabajando más con la comunidad. Los psiquiatras no son tan comunitarios como nos gustaría que fueran. La mayoría lo único que hace es mandar al psicólogo y dar fármacos. Actualmente casi la totalidad de los usuarios está con psicofármacos, lo cual no debería ser, pero de a poco se logran algunos cambios y se va avanzando. (Mariam Delgado, 2009. Extracto narrativa)

A partir del pensamiento social actual, podemos comprender la emergencia de una concepción de sujeto que contiene en sí las formas de lo social. Luego, esto, sumado a las formas de comprender la subjetividad como mónada, nos permite entender el surgimiento de una nueva ética material, que da valor a la reflexividad, y a la autonomía. La reflexividad se entiende como la capacidad de darse cuenta del origen social de los problemas, y cuando decimos “social” nos referimos a las relaciones, las estructuras y a los procesos que hacen inteligibles los problemas y sus causas. Por otro lado, la autonomía se entiende como la capacidad de tener acciones que surgen desde el interior del sujeto. Estas acciones son relaciones que no reproducen los aspectos problemáticos de las estructuras sociales. La independencia pasa por la capacidad de establecer este tipo de relaciones, independiente de con quién se establezcan.

Lo que hay en común entre estas lógicas y las lógicas de gobierno neoliberales es la idea de libertad que se alcanzará a través del progreso. Los profesionales, así como los sujetos/objetos de intervención, deben tener cambios, no por la acción de otros, ni por la imposición de una técnica, de un conocimiento experto, o por la acción de un medicamento, sino dejando que aparezca la verdad de la propia identidad (Rose, 1998). La identidad es algo que todos tenemos, y al mismo tiempo, es algo que se debe construir. Cada

sujeto, en la medida en que es el constructor de su propia historia, construye su propia identidad (Rose, 1999); y para esto, cada sujeto debe poder actuar, y establecer relaciones de forma independiente a las circunstancias y a las personas que lo rodean, lo que requiere de un trabajo, de un esfuerzo (López-Petit, 2009).

Rose (1999) desarrolla ampliamente cómo estas formas de subjetivación se relacionan con la lógica neoliberal: el sujeto que es independiente en la medida en que elige, va construyendo su identidad con cada una de sus elecciones, y estas elecciones, se van realizando a través del consumo.

Sin embargo, como ya hemos planteado, difícilmente podríamos decir que los usuarios que llegan al CESAMCO se pueden ver como consumidores. Estos mismos sujetos/objetos de intervención no tienen libertad para decidir casi nada: son derivados al CESAMCO porque un médico o un psicólogo les dio un diagnóstico. Una vez ahí pueden tener algún grado de participación en la elaboración de sus PIT, pero estos mismos ya están establecidos por protocolos que los profesionales deberán cumplir, aún cuando no los compartan.

La idea de un sujeto que es libre, porque se construye a sí mismo en la medida en que elige, difícilmente se podría aplicar a los usuarios del CESAMCO, y tampoco a los profesionales que componen el ESMPA. Ni los unos ni los otros pueden decidir qué hacer ni cómo hacerlo. Sin embargo, se espera que tanto los usuarios como los profesionales hagan algo que cambie la estructura social en la que se encuentran inmersos.

#### **4.4. Nuevos hechos y nuevas formas de resistencia**

Ya hemos explicado como a partir de la aplicación de una lógica de normalización a los nuevos hechos que se generan en el ESMPA, se configuran nuevos diagnósticos, como por ejemplo la VIF. Ahora debemos agregar que como solución, se espera que estas personas se den cuenta de sus contextos sociales y que empiecen a tener actividades, que se traduzcan en nuevas formas de relaciones con estos entornos. En otras palabras, a partir de una

lógica de normalización se puede establecer un orden que identifica a ciertos tipos de relación como hechos, que son al mismo tiempo problemas a intervenir. Sin embargo, la solución a esos problemas debe ser trabajada por los mismos sujetos que los padecen. “En el mismo retículo discursivo y teórico cohabitan dos formas de gobierno: de contención, normalización y disciplina por un lado; de movilización, control y terapéutica por el otro” (Garreaud y Malventi, 2009).

Así como a los profesionales, se les dificulta *hacerse cargo* de los contextos históricos y sociales en los cuales trabajan, y hacer cosas distintas a las instituidas, podemos pensar que a los usuarios les ocurre lo mismo respecto a sus realidades sociales y la voluntad de generar cambios. Desde la posición de interventores, parece ser que los sujetos/objetos de intervención no están dispuestos a este trabajo, que significa hacerse cargo de las situaciones problemáticas. A cambio de eso, buscan otras estrategias para combatir su malestar.

Las expectativas que traen las personas es que les van a dar respuestas que no les van a dar, porque siendo honestos, la gente está acostumbrada a que le den la pastilla para no sentir, porque de alguna forma, se está acostumbrando todo el mundo a que no tiene que sentir, y a seguir en la máquina sin detenerse. También tiene que ver con una lógica consumista; “denme la pastilla para no sufrir más y así poder seguir con la vida”. Creo que en resumen sus expectativas son no sufrir, pero justamente por eso, este trabajo no se va a acabar nunca. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Cabe la pregunta, ¿qué están diciendo estas dificultades, tanto en los profesionales como en los usuarios, de *hacerse cargo* de sus contextos sociales y transformar sus prácticas cotidianas?

En el primer capítulo hemos planteado cómo la noción de *resistencia* en Foucault nos puede ayudar a comprender las formas que adopta el poder. Esto, porque donde hay poder hay resistencia, y donde hay resistencia hay una relación de poder. Allí hemos explicado cómo, desde la experiencia del ejercicio del poder sobre el cuerpo, fue posible la emergencia del sujeto, que

luego tendría la posibilidad de resistencia y/o la posibilidad de reapropiación de su cuerpo, como una forma de emancipación.

Entonces, volviendo a la pregunta cómo identificar nuevas formas de control, habría que empezar por mirar cuáles son los aspectos que, en la misma lógica del poder, se oponen a éste. Es decir, identificar cuáles pueden ser las nuevas formas de resistencia. En este sentido, vale la pena preguntarse si los problemas con los que se encuentran los profesionales y los usuarios, para *hacerse cargo* de sus realidades sociales tienen algo que decirnos. Ante la imposibilidad de hacer elecciones, y la exigencia de tener actuaciones independientes que transformen sus entornos, tanto profesionales como usuarios generan estrategias para conseguir lo que necesitan, sin *hacerse cargo*. Ya hemos explicado en el capítulo anterior cómo los profesionales se ponen de acuerdo y se coordinan para ir introduciendo pequeñas modificaciones en las formas tradicionales de intervención y las que se les imponen desde los protocolos de atención. También hemos explicado cómo estas pequeñas transformaciones se dan a la par del cumplimiento de las metas, que terminan al servicio de la intervención convencional; y también hemos explicado que estas estrategias tienen por objeto mantener la existencia del CESAMCO de Schneider como una alternativa a esas maneras clásicas de intervención.

Ahora quisiéramos ocuparnos de cómo los usuarios, sin hacerse cargo de generar un cambio radical en sus contextos, buscan soluciones para sus problemas.

En el primer capítulo, a partir de la propuesta de Hardt y Negri (2001) en relación a las transformaciones de la biopolítica en los últimos años, hemos explicado que ella ha sufrido una serie de transformaciones, que se relacionan con pasar desde una preocupación por los procesos biológicos que inciden en la población, a una reformulación de la propia noción de vida. Esto ha llevado a las autoridades a tomar acciones en relación a cómo deben vivir los sujetos. Ahora, podemos decir, que en el ámbito de la Salud Mental, en el CESAMCO, esta preocupación por el cómo deben vivir los sujetos, se traduce en la

aplicación de ciertas lógicas de intervención, que llevan a los profesionales a acciones que están orientadas a normalizar las relaciones en los ámbitos sociales de ciertos grupos, en particular, en los entornos familiares. Además podemos decir que en este proceso de normalización se espera que los sujetos se involucren activamente.

Pero a cambio de hacerse cargo e involucrarse activamente en las soluciones a los problemas, los sujetos/objetos de intervención muchas veces prefieren optar por tomar un fármaco, los cuales son un medio por el que los usuarios logran aliviar su malestar sin necesariamente transformar las relaciones con sus entornos sociales más próximos. En ese sentido, son una forma de resistencia al poder que busca la normalización de las relaciones en ciertos contextos sociales, con la participación activa de los involucrados.

En este punto quisiéramos retomar un episodio relatado en el capítulo anterior, que se dio durante la realización del diagnóstico participativo en salud. Dicha actividad, fue una de las que los profesionales identificaron como parte del trabajo con los territorios, es decir, como parte de las formas de intervención, propias de un equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Era una actividad que buscaba involucrar a los sujetos en la definición de sus propios problemas en salud, sin necesidad de que un médico hiciera un diagnóstico.

Sin embargo, del relato etnográfico se desprende que muchas de las personas que asistieron a esa actividad tenían una expectativa diferente: iban buscando un médico que les dijera cuál era su diagnóstico y les entregara medicamentos: “En la entrada de la sala, alguien tomaba los datos de quienes serían los participantes. Al ver esto, muchos comenzaron a preguntar por qué se debían anotar. Uno de ellos se me acercó; un señor que debe haber tenido más de setenta años” (Cuaderno de campo, nota del 15 de mayo de 2009).

- Señor: perdón ¿le puedo hacer una pregunta?

- Yo: sí claro.

- Señor: ¿esto uno aquí se inscribe para medicamentos?

- Yo: no, esto es para participar de un diagnóstico en salud.
- Señor: sí, por eso vine, porque me interesa que me vea un médico.
- Yo: pero aquí vamos a hablar de los problemas de las personas, de sus problemas de salud.
- Señor: ¡ha!, yo venía por otra cosa. Yo pensaba que aquí iban a haber médicos y que iban a toma exámenes ¿No van a venir los médicos entonces?
- Yo: no sé si irá a venir algún médico.
- Señor: pero entonces ¿cómo es eso del diagnóstico?
- Yo: es que vamos a hablar de los problemas.
- Señor: ha, no, yo venía a otra cosa, así que mejor me voy. Muchas gracias señorita.

Extraído de video Diagnóstico Participativo en Salud, población Yañez Zabala,  
15 de mayo de 2009.

Este tipo de lógicas son un problema para quienes desde entidades de gobierno, intentan que las personas participen en la definición de sus problemas y en la búsqueda de soluciones. La falta de participación se ha descrito como una de las principales dificultades con las que se encuentran los profesionales que deben implementar programas de gobierno (Bivort y Martínez, 2009). Sin embargo, esta misma falta de participación puede ser entendida como formas de resistencia a los discursos sobre participación ciudadana y a los espacios de participación promovidos por las políticas sociales en Chile. Éstos pretenden configurar nuevas relaciones entre el Estado, las subjetividades y la sociedad civil en el marco de un proceso de organización de las políticas sociales universales y las exigencias del discurso neoliberal (Sandoval, 2002). Por lo mismo, el hecho de que choquen con las

lógicas de los sujetos a los cuales van destinadas, puede estar dando luces acerca de sus contradicciones.

Del relato etnográfico y de las narrativas de los profesionales del CESAMCO, se puede entender que al mismo tiempo que las personas no participan, buscan formas alternativas para apalear sus sufrimientos. En esta búsqueda, varios llegan a pedir ayuda al CESAMCO, pero lo que esperan encontrar, en ocasiones, no es un grupo de profesionales que puedan ver sus realidades psicosociales y brindarles una solución a éstas, sino que un médico que les dé un diagnóstico y un remedio. Estas situaciones nos llevan a los profesionales a nuevos cuestionamientos en torno a nuestras acciones y a qué entendemos por hacer partícipes a los usuarios de las soluciones a sus problemas.

Lo que ella quería eran sus medicamentos, ella nunca quiso disminuir sus medicamentos, no le interesa dejar las benzodiazepinas, ella lo único que quiere es que le den los remedios y para eso viene al CESAMCO. Quiere sus medicamentos porque ella no quiere vivir sin las benzodiazepinas y nosotros armamos todo un plan de tratamiento para justificar el seguir dándole las benzodiazepinas, o sea ¿qué estamos haciendo? ¿Hicimos este plan junto con ella? No, ella nunca estuvo presente, de hecho muy pocas veces dijo que quería bajar algo de los medicamentos.

Fue un golpe, pero qué bueno que después de eso podamos mirar y decir que no está bien lo que estamos haciendo si los planes de tratamiento los estamos construyendo desde nosotros y no los estamos construyendo con las personas. ¿Qué es lo que quería esta usuaria? Quería sus remedios ¿estamos dispuestos a darle los remedios? No, entonces ¿por qué no le dijimos eso antes? Al final nos trató pésimo a todos. (Sandra Tapia, 2009. Extracto narrativa)

En principio, para los profesionales, el uso de psicofármacos como la única posibilidad de solución a los problemas, puede estar reedificando el biopoder, propio de la institución psiquiátrica, pero ante este tipo de situaciones, cabe preguntarse si acaso eso no se puede entender también como un cierto tipo de resistencia: la resistencia al tipo de poder que nosotros los profesionales ejercemos y que hace que los sujetos se hagan cargo de sus problemas.



Ante usuarios que no están dispuestos a hacerse cargo de sus problemas y que exigen medicamentos para paliar sus sufrimientos, cabe preguntarse: ¿qué pasa si alguien quiere un medicamento que, según los protocolos, no debiera tomar en las dosis que él desea? Más allá de los cuestionamientos que se pueden hacer al uso de ciertas sustancias químicas y la adicción a ellas, creemos necesario no perder de vista que en el caso de la salud y la enfermedad mental, en los últimos años han cobrado relevancia nuevas tecnologías que ahora logran dar respuestas a nuevos problemas, y con ello incorporan un cambio a la noción misma de biopoder.

En este sentido, nos parece pertinente el concepto de *biopolítica molecular*, desarrollado por Rose (2007b). A través de este concepto, el autor ha propuesto que se estaría dando un cambio en la ontología de la vida y de la enfermedad, así como en la epistemología de las ciencias.

Haciendo una síntesis de este concepto podemos explicar que se genera a partir de una comprensión de las transformaciones ocurridas en la clínica, por efecto de la incorporación de nuevas tecnologías. Las nuevas tecnologías habrían modificado la experiencia del conocer en el ámbito de la vida humana. Uno de los aspectos que recalca el autor en este sentido, es que a través de las nuevas tecnologías ha sido posible ver el cuerpo viviente en un nivel molecular, es decir, ya no como un conjunto de órganos, tejidos y sistemas, sino que como complejos mecanismos de secuencias de bases moleculares. Esto tiene repercusiones en las formas en que se interviene el cuerpo.

A partir de la clínica basada en la autopsia y la disección, fue posible ver miembros, órganos, músculos y tejidos, y por lo tanto, la intervención del cuerpo se basó en dieta, ejercicio e intervenciones quirúrgicas. Asimismo, ahora, a partir de la mirada molecular es posible ver hormonas, genes, neurotransmisores, y por lo tanto, la intervención del cuerpo se dirige a alterar esos complejos mecanismos de secuencias de bases moleculares.

Así como la clínica permitió *ver y dar a ver al decir* las nuevas formas de experiencia de conocer el cuerpo, también estarían dando a ver nuevas realidades al decir de nuevas formas. Esto también incorpora nuevas realidades en relación a la enfermedad y la salud mental. “Por otra parte, desórdenes clasificados previamente juntos como depresión mono-polar, comienzan a ser fragmentados en subgrupos, en parte como resultado de la investigación de las variaciones de las bases moleculares, en respuesta de los pacientes a las nuevas generaciones de antidepresivos” (Rose, 2007b: 6).

Siendo así, podríamos pensar que no es casual que los usuarios vean en los psicofármacos, una posibilidad de solución a sus sufrimientos. Así como la biopolítica hizo emerger a un sujeto que se apropia del saber en relación a su cuerpo, como un conjunto de órganos, tejidos y sistemas, quizá, las nuevas formas de biopolítica molecular están haciendo emerger a un sujeto que se apropia de sus complejos mecanismos de secuencias de bases moleculares. En esta transformación de la biopolítica, la enfermedad y la salud mental encuentran nuevas posibilidades de intervención que antes no fueron pensables.

Los medicamentos denominados psicofármacos, como estrategia de intervención en los cuerpos, no deben de ser entendidos como algo que se impone desde arriba o desde fuera, sino como tecnologías de las cuales los sujetos se adueñan para hacer realidad la maximización de sus vidas. “Tales tecnologías médicas contemporáneas, no sólo buscan la cura de dolencias, sino también el control y gestión de los procesos vitales del cuerpo y la mente. Éstas no son tanto tecnologías de la salud, como tecnologías de la vida” (Rose, 2007b: 8).

Sin duda este tema requiere de mayor profundización. Es necesario preguntarse, por ejemplo, cómo las personas llegan a ver en los psicofármacos posibilidades de soluciones a sus problemas. También sería necesario incorporar la pregunta por el rol que juega en estos procesos la industria farmacéutica, así como una consideración crítica de la afirmación que los procesos de reforma psiquiátrica han sido posibles por una “medicalización

más intensiva, mejor integrada y más legitimada” (Foster, 2000 en Novella, 2008: 27).

Lamentablemente, la respuesta a esta pregunta no cabe dentro de nuestros objetivos de investigación y deberá esperar a nuevas iniciativas en el futuro. Sin embargo, lo que nos interesa proponer es que no podemos pensar que los psicofármacos son en sí, una tecnología de poder a resistir. Más bien creemos que pueden serlo, an cuando pueden ser también y al mismo tiempo, tecnologías a partir de las cuales emergen formas de resistencia a otras nuevas formas de poder.

La búsqueda de las causas y las soluciones de la enfermedad mental en los procesos biológicos, propia de la Psiquiatría, ha sido entendida como un engaño desde el pensamiento antipsiquiátrico (Szasz, 1961; Laing, 1960; Saraceno, 2001). Por su parte, defensores de la Psiquiatría han respondido a esta crítica, reconociendo la necesidad de incluir la realidad social y subjetiva en las explicaciones de la enfermedad y la salud mental, así como en la búsqueda de soluciones (Freitas, 2004). Tanto la crítica como la respuesta parten de un *a priori* acerca de la realidad, y su dicotomía: la realidad social y la realidad natural. En el caso del pensamiento heredero de la antipsiquiatría, el problema es que niega que las personas sí encuentran en las nuevas tecnologías biomédicas respuestas a sus sufrimientos. Al negar esto como una realidad, los profesionales se atribuyen la posibilidad de decirles a los sujetos que están siendo engañados. Desde la herencia antipsiquiátrica la enfermedad y la salud mental son el resultado de procesos sociales, y la acción de la psiquiatría, así como de los psicofármacos, son un engaño que impide ver las reales causas de la enfermedad. Así se valida un nuevo saber experto, que tiene la posibilidad de ver lo que otros no son capaces de ver.

Sin embargo, como hemos visto, la comprensión de los problemas de salud mental a partir de lo social, no garantiza por sí sola la liberación de quienes están involucrados en el tema, y por el contrario, puede significar aún mayores niveles de control sobre las vidas de los sujetos. Asimismo, no se debe

entender la acción del saber biomédico, sólo como una forma de dominación, o como un poder que se ejerce desde arriba o desde fuera.

Tampoco se trata de suponer que el pensamiento social nos engaña: como hemos explicado, permite extraer y dar inteligibilidad a una realidad, que de lo contrario, no podría ser incorporada. Se trata, de no caer en la dicotomía entre lo social y lo natural, que justifique la superioridad de unos sobre otros.

Si la biopolítica ha llegado a reformular la noción de la vida misma, no es de extrañar que también esté permitiendo nuevas formas de resistencia, las que se pueden estar apropiando de tecnologías de la vitalidad, que ya no resisten la dicotomía entre lo humano y lo no humano. Tal como propone Rose (2007b) la noción de *cyborg* (Haraway, 1995a y 1995b) puede ser una alternativa para comprender las nuevas formas de biopoder y de resistencia.

La figura del *cyborg* rescata la naturaleza híbrida del ser, y abandona la dicotomía entre lo social y lo natural, como una nuevas posibilidades. Implica la ruptura de las fronteras impuestas por la cultura científica más tradicional entre lo humano y lo animal, y entre éstos y las máquinas (Haraway, 1995a y 1995b). Esta ruptura también se produce en el nivel micro, o en un nivel molecular. Por ejemplo, con chips biológicos que conectan el cilicio y el ADN de manera que también pueden ser aspectos que están reconfigurando la noción misma de la vida, en la dirección en que propone Rose, cuando plantea una biopolítica molecular. Por lo tanto el *cyborg* no es una crítica al avance de la tecnología, sino que una posibilidad de otra forma de pensar, que abandona todo esencialismo naturalista, o idea de una unidad esencial desde donde se produce la identidad. Este abandono nos parece una posibilidad para entender que ciertas tecnología, en este caso los psicofármacos, no son, o no tienen que ser, necesariamente algo apuesto a los sujetos.

La idea de que el uso desmedido de tecnologías sobre los cuerpos generará seres que funcionarán como máquinas se expresa entre los profesionales que ven en el uso de los psicofármacos una amenaza de anulación de la verdadera naturaleza de las personas, es decir, de una deshumanización. “Hay tal nivel

de represión, que la gente empieza a entender que si le pasa algo está mal y como cree que tiene que funcionar, entonces de alguna forma estamos creando máquinas y cuando tú vas y le das la pastilla estás reforzando esta idea de ser máquina, que no pueden sentir” (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa).

Tal idea no es nueva. Tirado y Mora (2004) proponen el *ciberantropo*, como algo contrapuesto a la figura del cyborg, y heredero de la tradición de Weber: un ser que en la medida en que va incorporando la tecnología, va perdiendo su condición de ser humano y se va pareciendo a una máquina. En este sentido, el ciberantropo contiene en sí la idea de una oposición entre lo humano y lo no humano. Contrario a esto, los autores proponen considerar a un sujeto protésico como un cyborg y como un acontecimiento, que atrapa en un mismo movimiento a un sujeto y a un objeto.

Cabe entonces proponer una comprensión contingente de los sujetos/objetos de intervención, como momentos que atrapan en un movimiento esa tecnología que son los psicofármacos, en una misma coherencia. Esta coherencia se opone a hacerse cargo de problemas que parecen estar más allá de las posibilidades de solución de los sujetos. Esta comprensión nos puede dar una posibilidad de comprender a los sujetos y sus problemas sin caer en la dicotomía entre lo social y lo natural, y así librarnos de llegar a creer que los otros están siendo engañados y que nosotros u otros, tenemos o tienen, el conocimiento verdadero.

#### **4.5. Por una posibilidad de ser y de conocer**

Otro aspecto problemático, que hace necesaria una mirada crítica a la ética detrás de las nuevas prácticas de intervención, es la idea de progreso que encontramos a la base de una sociología del proceso. La posibilidad de dar sentido a la secuencia de acontecimientos, se puede relacionar con la idea de desarrollo que, como vimos, en el capítulo I, permitió articular las políticas sociales neoliberales, con la intervención denominada comunitaria. Pero además, se relaciona con la filosofía de la historia clásica, que ha sido objeto

de la crítica postcolonial, en cuanto se origina en la contraposición del mundo moderno y civilizado (Europa), al mundo premoderno y bárbaro (las colonias europeas).

Así la idea “fases de desarrollo” se relaciona con la comprensión generalizada de todas las realidades sociales bajo la lógica del tiempo lineal, que ha permitido que las sociedades diferentes a la europea sean encasilladas en una temporalidad anterior (Chakrabarty, 2000) y que las formas de ser que no se alinean con el desarrollo sean vistas como algo problemático a intervenir para corregir (Dussel, 1992).

La pregunta ineludible es ¿qué nos asegura que la posibilidad de que ciertos sujetos digan a otros cómo deben ser, no se basa también en la misma lógica colonial? ¿No vendrá a ser la reflexividad y la independencia hoy, lo que fue la objetividad ayer?

La idea de que la reflexividad y la independencia llevarán a los sujetos a estados más avanzados o más completos, se puede entender como la valoración de ciertas formas de sujeto por sobre otras. Esto mantiene la idea de tiempo lineal, ahora no sólo aplicada a realidades sociales, sino que también aplicada al ámbito de la subjetividad. El sujeto que es capaz de ser reflexivo e independiente es más completo y/o avanzado que quien no lo es. Quienes no han llegado a ser reflexivos e independientes están en un estado menos avanzado e incompleto.

Hemos intentado explicar que las ideas de reflexividad e independencia son el resultado de ciertas formas de comprender lo social y la subjetividad, posibilitadas por condiciones específicas, así como lo fue la idea de objetividad que dio pie a la Modernidad. Pero además, si la Modernidad se puede entender como posibilitada por relaciones de dominación que se originaron en los procesos de colonización de Europa (Quijano y Wallerstein, 1992), la idea de un sujeto más avanzado en relación a otro, también puede ser entendida como una forma de colonialidad.

La exigencia hacia individuos y comunidades de construir su propia identidad, puede ser entendida bajo la misma lógica que posibilitó la intervención de individuos y comunidades para hacer de ellos sujetos modernos acordes con las exigencias del desarrollo. Ahora, se da un nuevo valor a lo singular, a lo local y a lo microsocioal. Esto hace que los profesionales sientan la necesidad de entrar en la vida cotidiana y aspectos subjetivos de los sujetos/objetos de intervención, sin embargo, lo hacen desde formas previas y hegemónicas de comprender lo social y la subjetividad, que no son compatibles con la experiencia de otro y que luego se les impondrán a ellos mismos. Los profesionales, de alguna forma, ven que estas lógicas no son las propias, y también ven los efectos de poder que conllevan.

Cuando uno habla de innovar, para mí es cuando uno quiere dejar de ser causalista: decir que esta persona tiene esto por esto, y esto, y esto otro, y no por lo que trae a la persona en ese momento en que está ahí. La mente funciona así, por recuerdo, entonces, por ejemplo, yo tengo una imagen de ti en base a los recuerdos que tengo de las experiencias contigo, pero eso se hace mucho más perverso cuando tú eres un médico o un psicólogo, donde el diagnóstico se lo pones todas las veces. Ahí eres incapaz de ver lo que esta persona está haciendo, que sea distinto de lo que tú crees que es. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

Pero los profesionales también saben que estas formas de referirse a sus experiencias con sus usuarios, es la única que tiene legitimidad en el ámbito profesional.

Está también lo que tienes que decir y el cómo tienes que validarte y yo creo que sería muy mal valorado que en las reuniones yo hablara de las conversaciones que tengo cuando juego ajedrez con ese usuario. Si por ejemplo le dijera al psiquiatra: “ayer me ganó tres cero jugando ajedrez”, eso no va a ser válido, pero para mí puede ser válido. (Rodrigo Vega, 2009. Extracto narrativa)

En este sentido, desde la posición de interventor, hemos accedido a ese espacio intermedio en el cual, por un lado, no compartimos una lógica, y al mismo tiempo, utilizamos esa lógica porque nos valida para decir algo. Quizá esto nos esté diciendo que es necesaria una revisión crítica que dé cuenta de

cómo las nociones de independencia y reflexibilidad, como las hemos expuesto aquí, vinculadas a la idea de progreso y desarrollo, también pueden llevar a homogeneizar realidades muy diversas por la contraposición de un tipo de subjetividad, con otra que es hegemónica y que se impone como el ideal a alcanzar. Esta crítica se puede conectar con la experiencia de los interventores, cuyo conocimiento no es válido sino hasta que logra adoptar una forma, que en ocasiones es vivida como ajena e impuesta, y que luego, sin embargo, terminan imponiendo a las realidades que buscan conocer.

En esta dirección, nos parece pertinente aportar nuevos elementos desde los estudios postcoloniales, en especial lo referente a la crítica a los “Estudios de la subalternidad”. Este proyecto pretendió repensar la historiografía de la India colonial a partir de las insurgencias de campesinos. El propósito de este proyecto se relaciona con brindar una comprensión de la historia del nacionalismo en India, diferente a la hegemónica, establecida por los grupos de poder, y dominada por el elitismo de los colonizadores (Guha, 2002). Para esto, los Estudios de la subalternidad pretenden rescatar la historia desde el “sujeto colonial”.

La crítica a este proyecto se basa en que la construcción de este “sujeto colonial” es a partir de una categoría que ha delimitado a lo Otro, y que a homogenizado a una amplitud de sujetos, en torno a una norma establecida de qué es “el sujeto”. Esta norma está dada por el sujeto histórico europeo, es decir, por aquel que se ha construido por la ley, la economía política y la ideología de Europa, y no necesariamente en el espacio geográfico europeo. En específico, la crítica apunta a que esta norma se presenta como “neutra”, no determinada geopolíticamente e impone una verdad acerca de cómo debe ser el sujeto.

Estos intelectuales serían así cómplices de la persistencia en pensar al otro como un yo minimizado e imperfecto, al reinscribirlo en el sistema de significación occidental, y al darle, a partir de éste, una determinación final y trascendental. Así, por ejemplo, se propone que el oprimido sólo podrá hablar por sí mismo, en la medida en que logre “darse cuenta de su condición”. Esta



condición de oprimido, sin embargo, se la ha dado el sujeto occidental al “sujeto colonial”, y con ello, lo ha puesto en una condición determinante, que no es capaz de ver por sí sólo.

Estas cuestiones nos parecen que pueden ayudar a formular una comprensión crítica que dé cuenta de aspectos problemáticos, con los que se encuentran a diario los profesionales, tales como las dificultades para hacer lo que se les dice que deben hacer, como condición de su existencia por un lado, y por otro, hacer lo que creen que deben hacer. El cumplimiento de las acciones y registros, como ya hemos dicho, no sólo es una cuenta de acciones, sino que reedifica y mantiene una lógica que los profesionales no comparten. Esta es, sin embargo, la condición para poder existir como interventores y hacer lo que desean hacer. Así también, las formas de dar cuenta de sus experiencias con los entornos de sus sujetos/objetos de intervención.

Hemos propuesto algunas explicaciones de cómo se mantienen y se generan realidades en los contextos de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Ahora podemos decir que estas realidades conllevan efectos problemáticos, que se mantienen por la posibilidad de un saber que se presenta como universal, que se ha desarrollado en una progresión lineal, desde un lugar que se presenta como neutral de observación, que por lo general se ubica en un centro, en relación a una periferia (Mignolo, 2000). Podemos entonces también preguntarnos si la expectativa hacia los profesionales, los sujetos/objetos de intervención y comunidades, de que lleguen a ser reflexivos e independientes, no se basa también en esta posibilidad, y si no será otra forma de forzar a ciertos sujetos a adoptar determinadas características. Finalmente, podríamos preguntarnos si lo que es presentado como una falta, una carencia, no es simplemente otra forma de ser, igualmente legítima.

Esto cobra mayor relevancia aún, cuando desde el gobierno, por ejemplo, se están proponiendo un modelo de “Salud intercultural”, que para aceptar la existencia del Otro, en el caso de Chile, el pueblo Mapuche, le exige a ese Otro adoptar formas que le son ajenas, las que buscan alinear la subjetividad de ese

otro con las lógicas de gobierno (Cetti, 2008). De esta forma lo que es presentado como una preocupación por la singularidad y un intento de resistencia a las formas de normalización, termina imponiendo al otro formas propias de la Modernidad/Colonialidad global (Quijano, 2000), que lo construyó como la diferencia, y por lo tanto, como aquellos a ser corregido.

Desde la posición de interventores, fue posible visualizar estas contradicciones. Por ejemplo, en la reunión de coevaluación del diagnóstico participativo en salud. En el extracto de la transcripción de la reunión de evaluación del diagnóstico participativo en salud expuesto en el apartado 3.4.3. se presenta cómo los profesionales del programa Quiero Mi Barrio interpretan que los individuos no pueden ver cómo se construye la identidad colectiva porque no saben sentirse unidos. Sin embargo, al mismo tiempo estos profesionales dicen que la construcción de la identidad del barrio implica dividir.

Las intervenciones que apuntan a “construir identidad” a partir de la recuperación de la historia de las comunidades, genera la idea de sujetos incompletos en la medida en que no poseen esta identidad. Pero al mismo tiempo genera mayor diferenciación entre los sectores o los “territorios” que deben intervenir los profesionales.

La preocupación por la subjetividad y las particularidades de los espacios microsociales pareciera no garantizar la liberación de ciertas formas de dominación. Por el contrario, pueden ser entendidas como una transformación de las formas de colonialidad, que cambian las formas de dominación propias de la Modernidad, pero no necesariamente las formas de relaciones de poder a escala mundial, que mantiene centros y periferias, y la subordinación de las últimas a las primeras (Quijano, 2000) Así, mantiene la geopolítica instaurada por la jerarquía epistémica desplegada en la modernidad.

Más aún, podemos preguntarnos ¿en qué radica la preocupación actual por lo singular, local o micro-social? ¿Es por una forma de resistencia al poder disciplinar que busca la normalización? ¿O es parte de las formas de poder propias de una sociedad de control en la que el sujeto debe diferenciarse a partir de sus elecciones y ser activo en la solución de sus problemas?

Podemos pensar que la idea misma de individualidad es producto de una forma de poder, que se relaciona a una determinada manera de ser y de conocer.

Esta forma de poder se aplica ella misma a la inmediata vida diaria, que categoriza lo individual, lo marca por su propia individualidad, agregándolo a su propia identidad, imponiendo una ley de verdad en la cual debe reconocerse y en la cual otros han de reconocerlo. Esta es una forma de poder que crea sujetos individuales. (Foucault, 1982: 212)

La idea de un sujeto individual o de fragmentación de lo social, se expresa en las prácticas de intervención social. Algunos autores han descrito cómo a partir de la llamada “cuestión social”, que inicialmente emergió como un único problema producto de las transformaciones propias de la industrialización, a través de la intervención social se fue fragmentando (Yamamoto, 2007). Esto derivó en “políticas sociales” —en plural— como formas de solución. Es decir, a partir de un problema heterogéneo, que se hace visible como una sola cuestión, se llega a diversas estrategias del Estado para solucionarlo, que se traducen en las diferentes políticas sociales: salud, vivienda, educación, previsión, etc.

Esta primera fragmentación se habría dado como consecuencia de la intervención sistemática del Estado en el problema generado por la industrialización en el paso hacia el capitalismo, pero sin la posibilidad de remisión a la totalidad del proceso que produce el problema. El Estado debió asumir el problema generado por la transformación capitalista, sin poder cuestionar dicho proceso (Pastorini, 2004). En consecuencia, llevó a cabo una acción compensatoria a través de un tratamiento parcializado de los diferentes frentes.

Luego, con las transformaciones propias de la agenda neoliberal, habría ocurrido una nueva fragmentación o “refracción” de la “cuestión social”. En especial en los países latinoamericanos, donde nunca se alcanzó una cobertura total de las políticas sociales, y donde se ha dado una gran diferencia entre los sectores sociales más ricos y más pobres (Pastorini, 2004). Esta nueva refracción, se da en dos ejes. Por una parte, como resultado de la

descentralización y focalización de las políticas sociales, y por otra, debido a la división de las responsabilidades en esferas: Estado, mercado y sociedad civil, o en términos más cercanos al caso de salud en Chile: público, privado y mixto.

En el caso de Chile, las políticas sociales han adoptado esta forma: el mercado es el principal encargado de generar crecimiento económico, y a través de éste, se espera se solucionen los problemas sociales. Luego, el Estado sólo intervendrá de forma focalizada en aquellos sectores sociales en los que el mercado no logre resolver los problemas sociales. Esta intervención no es de responsabilidad única del Estado, sino que también de los privados, y debe apuntar a aquellos que carecen de las características necesarias para sumarse al desarrollo económico (Oneto, 2001). Así, los problemas sociales pasan a ser un problema de personas y de sus familias, y las soluciones, una focalización de las diferentes estrategias del Estado en éstas. Al mismo tiempo, la responsabilidad por las acciones se difumina en la red social.

Estas múltiples fragmentaciones, como ya hemos mencionado, inciden en las prácticas de los interventores en Salud Mental y Psiquiatría definiendo de forma muy precisa los ámbitos de su acción, que quedan restringidos a individuos, familias, y en algunos casos, a grupos. Pero además, hoy en día, el llamado a “ser comunitarios” se relaciona con “articular” la red, con establecer relaciones entre los diferentes fragmentos que han quedado luego de la aplicación sistemática de estrategias fragmentadas del Estado.

Cabe recordar, lo que hemos propuesto en el capítulo II en relación a cómo podemos comprender el aparato de Estado, desde las propuestas de segmentaridad y micro política (Deleuze y Guattari, 2006). El agenciamiento de la máquina de sobrecodificación que se identifica con el aparato de Estado, *sustituye formaciones morfológicas flexibles por esencias ideales o fijas* (ibíd.: 217). Esta sobrecodificación predetermina segmentos diferentes, pero unívocos, porque se generan precisamente en un espacio geométrico para que resuenen al unísono. Los barrios, los sectores sociales, el sector público, el privado y el mixto, son segmentos que se han dibujado en un espacio geométrico sobrecodificado, quizá en el escritorio de un centro de poder, y al

mismo tiempo en las segmentaciones de cada uno de nosotros, para que resuenen al unísono según los fines de gobierno. Esta misma segmentaridad dura puede sobrecodificar individuos y sustituirlos por esencias ideales o fijas.

La realidad que se basa en la construcción de sujetos individuales, es la realidad que se fundamenta en el capitalismo neoliberal (Espai en Blanc 2009a). Es la realidad que surge de las formas de ser y de conocer propias del sujeto que se forja en una política y en una economía, propia del capitalismo neoliberal. “Cuando la realidad es única porque se confunde con el capitalismo, en el mismo momento, la realidad se dice de muchas maneras” (López-Petit, 2003: 211).

En esta época global, la verdad es la verdad liberal. Por eso, al mismo tiempo que la realidad se puede decir de muchas maneras, se hace imposible pensar en otro destino, que no sea la globalización del capitalismo neoliberal. Podemos ser sujetos individuales y podemos tener nuestra propia identidad, pero no podemos cuestionar que el mercado sea el que regule a la sociedad. El análisis de los fenómenos sociales más diversos es posible en la medida en que se contempla la acción humana como una conducta maximizadora con el objetivo de lograr más utilidad o mayor bienestar.

En este escenario de época global, la propuesta de López-Petit es politizar ese malestar social que surge desde la impotencia. Esto, según el autor, requiere de un cambio en las concepciones de lo político, que pase por hacer de la vida misma, una forma de resistencia. Denomina como “una política del querer vivir” a aquella que no cae en el dilema de una pasividad total, o un activismo que se autoengaña. Esta política del querer vivir, se relaciona con el malestar de un sujeto individual, que en su aislamiento es precarizado, de forma que queda solo frente a la realidad y sólo puede vivir mediante formas de sobrevivir. “Entender cómo funciona el ser precario es tener en cuenta que, si bien la precariedad es social, la precariedad como tal se vive individualmente. Se impone una primera conclusión: desde el ser precario —que es ese querer vivir reducido y fragilizado— la vida se ve como un campo de batalla” (Espai en Blanc, 2009b).

Concordamos con esta idea. Creemos que este es el campo de batalla en el cual los profesionales luchan a diario por hacer de sus contextos de intervención algo diferente. Este puede ser también el campo de batalla en el cual deben luchar cada día los sujetos/objetos de intervención para sanarse de sus sufrimientos, que aun cuando son productos de un orden social, son convertidos en sufrimientos individuales. Sin embargo, quisiéramos agregar algo: a ese malestar se debe sumar el que se desprenden de que un cierto tipo de sujetos, se atribuya la posibilidad de hablar como si fuera dios, a partir de su existencia como colonizador/conquistador de otro tipo de sujetos (Dussel, 1992). Es decir, en ese malestar, se debe considerar la *herida colonial* (Anzaldúa, 1987), que es la inflingida *por la diferencia colonial* (Mignolo, 2007).

Si de algo saben los profesionales del CESAMCO de Schneider, es del sufrimiento. El sufrimiento y el malestar es lo que los hace querer existir como interventores, y es lo que los obliga a sobrevivir despojados de esas ganas de vivir, que tiene que ver con paliar el sufrimiento de otros. Es también lo que los hace sobrevivir sometidos a formas de ser y conocer que les son impuestas. Quizás ese conocimiento del sufrimiento y del malestar de otros y el propio, sea la clave de una forma de política.

Acogiendo, la propuesta de Castro-Gómez y Grosfoguel (2007), esta forma de hacer política no implica negar los efectos que han tenido en la realidad, las formas de colonialidad para en su lugar, reivindicar otras realidades. Se trata de comprender cómo en las prácticas en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, se van concatenando, hechos producidos por las formas de conocer propias de la Modernidad/Colonialidad, con otras. Esto, con el propósito de luego pensar en otras posibilidades de ser y conocer, que, desde esa política del querer vivir permitan una apertura hacia la diferencia, que sea alternativa a esa forma de ser y de conocer que se impone como condición de existencia y termina haciendo del querer vivir, una forma de sobrevivir.

En este sentido, acogemos la noción de *proyecto decolonial* propuesta por Mignolo (2007). Asumiendo que la realidad en la que actúan los interventores,

está atravesada por la colonialidad, aceptamos también que esta produce “*una energía de descontento, de desconfianza, de desprendimiento entre quienes reaccionan ante la violencia imperial*” (ibíd.: 26). Esta energía se traduce en proyectos que también son constitutivos de la Modernidad (y/o la postmodernidad), aún cuando intentan liberarse de una específica cosmovisión de una etnia particular, que se ha impuesto como la racionalidad universal (Quijano y Wallerstein, 1992).

Creemos necesario rescatar esos otros saberes de los profesionales, que no tienen validez en el ámbito del saber profesional. En su recate, es necesario incluir lo que sabemos los profesionales acerca de nuestros propios sufrimientos, por la precarización de nuestras vidas, y por ser también ese otro que debe modificar su forma de ser y de conocer para poder existir.

## Conclusiones

El título de este trabajo habla de una mirada desde las *interfaces* de la gubernamentalidad. La razón de la adopción de este título tiene que ver con la utilidad del concepto de gubernamentalidad para dar cuenta de los escenarios de intervención social en los estados democráticos neoliberales, y con el lugar desde donde los conocemos.

A diferencia de la noción de Gobernanza (Natera, 2004), que contiene ideas de neutralidad y racionalidad, propias de un positivismo científico, y que no demuestran las relaciones de poder en las que se fragua la interacción social, la noción de gubernamentalidad ofrece la posibilidad de una comprensión crítica, ya que incorpora las relaciones de poder implicadas en la construcción de la realidad. Por otra parte, la noción de *interfase social* (Long y Villareal, 1993) nos otorga la idea de un “entre medio” en las formas de gobierno, desde donde se puede mirar el espacio micro.

Partimos de la hipótesis de que las nuevas prácticas en Salud Mental y Psiquiatría en Chile son estrategias de gobierno que están transformando las tecnologías terapéuticas y con ello, la manera en que los individuos se aproximan a sus problemas, y buscan solucionarlos.

Nuestros objetivos de investigación se relacionaron con comprender cómo están operando estas transformaciones y cuáles son sus efectos.

A partir de estos objetivos hemos propuesto una comprensión genealógica para entender cómo se generan las normas, las instituciones y los discursos científicos que configuran un objeto de gobierno: la Salud Mental y la Psiquiatría en Chile.

Esta mirada genealógica no ha pretendido dar antecedentes históricos ni las causas de las actuales formas de intervención social en Salud Mental y Psiquiatría en Chile, sino que más bien ha intentado romper esa realidad que se nos presenta dada, como algo que existen realmente, independiente de nosotros. Nuestro propósito no ha sido contar la historia de los elementos que



configuran este nuevo objeto de gobierno, sino establecer conexiones entre elementos que se pueden encontrar en diferentes espacios y tiempos en Chile, a los cuales une el ser resultado de continuas luchas de poder, que han llevado a transformar las lógicas de gobierno y las verdades en nombre de las cuales se interviene a ciertos sujetos.

De esta mirada genealógica, las principales conexiones que quisiéramos rescatar son:

1) Un sistema de gobierno centrado en la población, que se presenta como requisito de modernidad y que se traduce en la imposición de un nuevo orden, que mantiene el predominio de una elite tradicional. En el nombre del bien común, se presenta la necesidad de un cambio, que hace de lo nuevo algo que valida lo tradicional, ya que debe ser realizado por ciertos sujetos que son los que cuentan con un conocimiento legítimo para hacerlo, los mismos que constituyen la elite en el orden que se presenta como previo.

Por ejemplo, la institución del Hospital en Chile, como contenedor de la herencia de un orden colonial, de las ideas que inspiraron la independencia y la creación de un Estado republicano, replica el orden de la casa señorial, es decir, aquel en que una elite brinda protección a enfermos y empleados a cambio de sumisión. Luego el Hospital será organizado y ordenado por esta misma elite, legitimada por un orden republicano, con lo que se refuerza el orden social tradicional. Así también las señoras visitadoras, que en nombre de las modernas formulaciones de la ciencia en torno al conocimiento del cuerpo de los pobres, se validan en su rol moralizador, que se basa en el orden tradicional católico y aristocrático.

Esto nos parece un elemento a relacionar con procesos de reforma en las políticas sociales y en los sistemas de salud en Chile a partir del retorno a la democracia. En específico, en el caso del Hospital y los sistemas de salud, la generación de una norma establece por reglamento una moral, o una forma de ser a los sujetos. En ambos casos, esta norma no se

legítima por una lógica republicana o democrática, sino por la necesidad de un cambio hacia estados más avanzados de la sociedad y en ambos casos, se mantiene el orden social, por medio de una elite que dice a los demás cómo deben ser y qué deben hacer para ser más avanzados.

2) Un sistema generador de manifestaciones de verdad que se basa en la legitimidad de un cierto tipo de conocimiento, en relación a Otros, y que en el caso de Chile, siempre pone a Otros en un lugar privilegiado. Este lugar privilegiado, se coloca en un centro, en relación a la realidad chilena, que se entiende como una periferia.

Las verdades en torno al encierro moralizador, la clínica y la Psiquiatría, se asentaron en Chile con basen en Otros que traía una visión verdadera, racional y objetiva. Ese Otro, se identifica con el sujeto de la modernidad europea. Estas verdades se validaron por la posibilidad de un conocimiento neutral, que se da bajo las condiciones sociales, económicas, políticas e históricas del hombre europeo. Así, se crea la idea de que unos puedan acceder a la verdad, mientras que otros deben imitar la forma verdadera de conocer.

Quisiéramos relacionar estos procesos con los de reforma de la institución psiquiátrica en Chile que se validan, en parte, por los procesos de reforma en Inglaterra, Francia, Italia, Alemania y Estados Unidos, y que responden a procesos de movimientos contraculturales propios de esos países (Rissimiller y Rissimiller, 2006). Así se ha perpetuado la existencia de un patrón de dominación que surgió en la colonia y que mantiene la idea de que el hombre blanco europeo se encuentra en una situación privilegiada, que lo hace dueño de un saber verdadero.

3) La configuración de dispositivos de intervención de sujetos, que operan como laboratorios. En ellos se realiza una serie de ensamblajes de nuevas formas de subjetividad y de control, que buscan adecuar a los sujetos a los procesos de transformación social. Éstos no sólo operan en los sujetos de intervención, sino en toda la población.

Por ejemplo, La Casa de Orates de Santiago de Chile no sólo puede ser entendida como una institución terapéutica con fines asistenciales y científicos. Desde nuestra propuesta, también se puede comprender como un *laboratorio psiquiátrico, social y económico* (Leyton, 2008: 260), que se entiende en el contexto de un proyecto de transformación social, dirigido no sólo a los pacientes, sino también a los médicos y trabajadores. En este espacio, se buscaba el disciplinamiento de una población enferma, pero también la imposición de un nuevo sistema social, a toda la población, que fuese compatible con la modernización industrial.

Quisiéramos conectar la comprensión del manicomio con las que hemos propuesto para las nuevas formas de intervención. Así como el La Casa de Orates de Santiago se puede comprender como la manera que adopta un dispositivo de poder que busca cambios necesarios para la socialización de ciertos sujetos en un contexto de industrialización, o de paso de una sociedad feudal a una sociedad capitalista (Frietas, 2004), las nuevas formas de intervención pueden ser entendidas como nuevas máquinas de socialización o laboratorios donde se generan las nuevas subjetividades, propias de una sociedad de control y de consumo.

4) El conocimiento generado para implementar estrategias de control es apropiado por los sujetos a los cuales se quiere controlar, someter, normalizar, educar, hacer dóciles. Así se da la resistencia, entendida como una forma que en la misma lógica del poder se opone a éste.

Por ejemplo, el ejercicio del poder sobre el cuerpo de ciertos sujetos es lo que permite la emergencia de formas de resistencia, que se apropian de dicho conocimiento. Así como los sujetos se reapropiaron del conocimiento generado en torno a sus cuerpos como conjunto de órganos y exigieron el derecho a formas de intervención de éstos, podemos pensar en la emergencia de nuevas formas de resistencia que se apropian de los nuevos conocimientos de los cuerpos, ya no como conjunto de órganos. Esto puede dar luces para comprender las exigencias de algunos sujetos de formas de intervención de sus cuerpos en nuevos niveles.

5) El asenso del saber de expertos científicos o técnicos en la administración de los objetos de gobierno, lleva a la despolitización de ellos. Aun cuando, estos objetos de conocimiento pueden ser entendidos como objetos de gobierno, al ser inscritos en el ámbito del saber científico y experto pueden ser presentados como realidades que sólo algunos pueden conocer de forma objetiva. Sólo esos pocos podrán luego decir cómo se han de gestionar los objetivos de gobierno.

El asenso de los médicos en los aparatos de gobierno relacionados con la gestión de la salud y la vida de la población, terminó acallando la serie de debates políticos e ideológicos que se dieron a lo largo de la configuración de los sistemas de salud en Chile. Como expertos en la vida, los médicos se apropiaron del conocimiento que se configuró en torno a la delimitación de la vida y los procesos biológicos de la población como objetos de gobierno. Este conocimiento terminó siendo presentado como un asunto de la ciencia y no de la política. Así la gestión de la salud y la vida de la población terminaron siendo algo que no requería de discusión política. Esto se puede relacionar con la despolitización de las discusiones en torno a las formas de organización de los sistemas de salud y que ahora se traspasa a nuevos expertos: los expertos en el modelo económico neoliberal. Aun cuando el conocimiento de estos expertos se termina inscribiendo en normas y leyes que tendrán repercusiones en las vidas de todos los sujetos, sólo unos pocos puedan decir algo en torno a los objetos de gobierno.

En el caso chileno, además las intervenciones de los expertos se han asociado a intervenciones militares. Primero los militares que obligaron al congreso a aprobar las reformas a los sistemas de salud y protección social en 1924, y que luego se alinearon con el proyecto biopolítico de la intelectualidad médica. Segundo, los militares que dieron el golpe de estado en 1973 y que en parte, encontraron en el proyecto neoliberal la validación de sus políticas.

Desde este “entre medio” que se da en los espacios de intervención social, y a partir de una mirada a los procesos recientes de reformulación de los sistemas

de salud y de protección social en Chile, proponemos la ocurrencia de una transformación en las lógicas que se utilizan para gobernar y las tecnologías de gobierno. Esta transformación se relaciona con procesos continuos de cambios en las políticas e instituciones, y en los valores y principios que los han inspirado. Tales cambios se pueden comprender como resultado de diferentes momentos de pugnas entre diversos actores sociales en expansión (Molina, 2007): el movimiento obrero, el gremio médico, el gremio de los trabajadores de la salud, los sectores de clase media, los sectores acomodados, entre otros.

La consolidación de diferentes modelos de salud y asistencia se comprenden como manifestaciones de los diferentes modelos de desarrollo a seguir, siempre en pugna, provenientes desde otros espacios, en especial Europa y Estados Unidos. Finalmente estos procesos de negociación y transformación de las racionalidades y técnicas de gobierno en torno a la salud y las políticas sociales tendrán un punto de quiebre, a partir del golpe militar de 1973 y la consiguiente implementación de políticas neoliberales.

Estos procesos, entendidos como expresión de racionalidades de gobierno, se asumen como formas de hacer pensable y practicable una cierta actividad de gobierno. De estas formas, la violencia del golpe militar de 1973 es un elemento más a considerar y no la explicación última de las actuales tecnologías en salud y políticas sociales. Así la racionalidad de gobierno neoliberal en Chile se entiende por la coherencia lógica que otorga el liberalismo, más que por una imposición de una ideología. En estas formas de gobierno se mantienen elementos que emergieron previos al golpe militar, pero que luego se organizan bajo la lógica neoliberal.

Así, por ejemplo se mantiene un sistema de salud con una clara diferenciación en tres clases sociales, pero se organiza bajo un sistema que separa las funciones normativas, financieras y de prestación de servicios, que se establece como "mixto". Es decir, que incluye al sector público, y al privado en las funciones financieras y de prestación de servicios. Con esto se reconfigura el espacio de gobierno y emerge una *interfase* entre la sociedad y el Estado, característica del arte de gobierno liberal.

Luego, la reforma a la salud impulsada por Ricardo Lagos, supuso la explicitación de un cambio definitivo en el ámbito de gobierno y en el tipo de mentalidad que se debe utilizar para gobernar.

1) Los objetos de gobierno en salud cambian desde los procesos biológicos que afectan a la población, para constituirse en las condiciones de vida de ésta. Toda la población pasa a ser blanco de las acciones en salud, que ahora deben apuntar a promover ciertos estilos de vida, que son los que previenen la pérdida de años de vida productivos de los sujetos. Con esta focalización de las acciones en salud según criterios de productividad, el criterio económico transforma también el objeto de gobierno.

2) Las lógicas que se utilizan para gobernar, en tanto la moral que dicta el deber ser, se relaciona con la participación de los sujetos en las soluciones a sus problemas, la cooperación entre gobierno, privados y sociedad, el desarrollo de personas y comunidades, la optimización de recursos y capacidades. Se define a las personas como libres, autónomas, activas y responsables por su propio bienestar.

3) Las tecnologías de gobierno se transforman de acuerdo a la reconfiguración del espacio de gobierno. La autoridad sanitaria debe gestionar la red asistencias, que incorpora a lo público y a lo privado. Las acciones en salud, ya no son propias de órganos del Estado. En Salud Mental y Psiquiatría, la institución psiquiátrica es reemplazada por una red de servicios públicos y privados.

Bajo estas transformaciones, cobran relevancia las estrategias que buscan alinear las subjetividades con los propósitos de gobierno en un ámbito de libertad. En éstas son centrales los aspectos relativos a la subjetividad y la intervención social (Montenegro, 2001).

Las transformaciones en las intervenciones en Chile, que apuntarán a moldear las subjetividades, a fin de controlar las voluntades y las capacidades de los sujetos y comunidades, en pos de la maximización de los años de vida

productivos saludables, dan paso a los que hoy en día se denomina “Salud Mental y Psiquiatría”. Esta permitirá la emergencia y consolidación de la Intervención Comunitaria en Salud Mental, que se entenderá como una alternativa para los procesos de reforma psiquiátrica y en algunos casos, se alineará con la crítica al autoritarismo, propia de los sectores de izquierda.

La Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile hace confluír aspectos propios de un movimiento crítico y político, como las lógicas de territorialidad, solidaridad, y transformación social, con aspectos metodológicos y teóricos propios de los desarrollos latinoamericanos como la educación popular y la investigación acción participativa. Esto bajo la lógica de la política social y de salud, que tienen a la base la noción de desarrollo (Alfaro y Zambrano, 2009). En los contextos de intervención tal confluencia de lógicas, metodologías y teorías se traduce en que no existe claridad en relación a qué es lo comunitario, lo cual genera contradicciones entre los interventores en relación al cambio social posible y deseable (Montenegro, 2001).

A partir de la noción de desarrollo a la base de las políticas sociales, ciertas subjetividades son encasilladas en un tiempo anterior, o en un estado más atrasado en relación a un ideal (Guha, 2002) y se justifica la necesidad de intervenirlas (Chakrabarty, 2000; Escobar, 1996; Dussel, 1992). El tipo de subjetividad deseable es el propuesto por un modelo de desarrollo capitalista y neoliberal, que enfatiza la eficiencia y la autonomía (Reyes, 2007). Éste también se aplica a los interventores.

Proponemos que los espacios de intervención en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, entendidos como *interfases* de los procesos de gubernamentalidad, son un espacio privilegiado para generar una comprensión de cómo se alinean las lógicas de gobierno y las subjetividades. Más específicamente proponemos comprender a los profesionales como agentes encargados de llevar a cabo las intervenciones, que son portadoras de las racionalidades de gobierno, que generan de procesos de subjetivación y propician la intersubjetividad necesaria para los procesos de gubernamentalidad (Holmes y Gastaldo, 2002). Al mismo tiempo, proponemos

comprenderlos como depositarios de tecnologías, y de saberes que no radican en sus propias experiencias o criterios de verdad.

Por tanto, los conocimientos, experticias y prácticas de estos profesionales que permiten legitimar ciertas formas de relaciones de poder y de gobierno, y que tienen efectos sobre las vidas de otros y de ellos mismos deben ser examinados en el marco de los asuntos de gobierno, con lo cual se llega a la cuestión de la política, sus transformaciones y sus límites.

La ética de la investigación debe, entonces, alejarse de la correspondencia entre enunciados y realidad. Así, nuestra investigación se entiende como una proposición explicativa (Maturana, 1993), que busca traer a la mano del lector una realidad lejana (Latour, 2001), con la intención política de brindar una comprensión crítica, a partir de la cual poder pensar posibilidades de transformación. En esto juega un rol central el reconocimiento de la corporeidad en el conocer, como algo con efectos políticos en la praxis de la ciencia (Haraway, 1995a).

Para esto se hace necesario un acercamiento de tipo etnográfico a estos espacios de intervención, como lugares de generación de las verdades que legitimarán ciertas formas de gobierno, y que incorpore sus transformaciones. La noción de laboratorio como extitución (Tirado y Mora, 2004) otorga esta posibilidad, pero además implica un cambio en las concepciones tradicionales de la realidad. Este acercamiento etnográfico debe introducir la dimensión política a la propia acción investigativa, a través de la asunción de la parcialidad del conocer, que es propia de los estudios feministas (Marcus, 1994).

Nuestra mirada se caracteriza por haber sido desde y hacia las *interfases* de los procesos de gubernamentalidad es Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, que se entienden como un espacio entre medio de un diagnóstico médico o clínico y la articulación de todo un entramado de relaciones que configurarán una intervención psicosocial y que incorpora medicamentos,



encuentros en espacios terapéuticos, visitas al domicilio o al trabajo, entrevistas con familiares, reuniones de profesionales, por nombrar algunos.

Esta mirada desde y hacia las *interfases* tiene la ventaja de permitirnos acceder a las transformaciones en el momento en que están ocurriendo. Además, la incorporación de la relación entre materialidad y lo social, a la comprensión de la generación de verdades científicas en estos espacios nos ha permitido esclarecer la acción concreta del ejercicio de poder y entender cómo se ejerce una acción con efectos duraderos en la distancia y a través del tiempo (Tirado y Doménech, 2006). Así hemos podido ir más allá de los procesos de generación de intersubjetividad en los espacios terapéuticos (Rose, 2007a).

Acceder a estos espacios, nos ha llevado a concluir que en ellos están ocurriendo cambios en 1) las formas de generación de realidad, 2) la configuración de las entidades encargadas de la intervención, 3) las identidades de los profesionales, 4) los objetos de intervención y las técnicas que se utilizan para intervenir. Estos cambios interceptan lógicas propias de la clínica, de la sociedad disciplinar, de la intervención social, del mercado y de un orden colonial.

1.) En relación a los procesos de generación de realidades, concluimos que para una comprensión de éstos es necesario mirar los procesos de traducción (Law, 1994; Serres, 1991) que están ocurriendo y que articulan diferentes códigos. Categorías diagnósticas, que tienen legibilidad a partir de una lógica disciplinar, son traducidas a categorías psicosociales, que tienen legibilidad a partir del pensamiento social, y a planes de salud que tienen inteligibilidad desde lógicas de mercado.

Los interventores participamos en estos procesos de traducción y dialogamos con todas estas lógicas, sin embargo, como herencia antipsiquiátrica, estamos atentos a establecer formas de resistencia a las categorías diagnósticas y a las lógicas disciplinares. En esas formas de resistencia, descuidamos los problemas de las otras lógicas implicadas.

Los interventores como generadores de verdades podemos ser entendidos como una comunidad de pensamiento que configura lo que ha de ser explicado (Rose, 2007b) como casos psicosociales. A partir de la experiencia de cercanía con los sujetos/objetos de intervención y sus entornos, extraemos un referente del discurso que luego es analizado, comparado y esquematizado a fin de generar una explicación y una solución a los problemas. Estas se basan en la comprensión de la compleja interacción entre diferentes aspectos sociales, culturales e históricos.

Para validar estas realidades psicosociales que generamos, los interventores debemos hacerla transitar por la RSMP y para eso, utilizamos tecnologías que replican lógicas propias de la Modernidad/Colonialidad (Quijano y Wallerstein, 1992) que hacen desaparecer el lugar de enunciación y las contradicciones entre las diferentes posiciones éticas y políticas en juego y configuran al Otro como algo a ser mejorado e intervenido. Por lo tanto proponemos entender los espacios de intervención, no sólo como una *interfase* en los procesos de gubernamentalidad, sino también como una *interfase* en un orden colonial (Mignolo, 2000), es decir, como un espacio que opera como centro y como periferia al mismo tiempo (Quijano y Wallerstein, 1992).

Proponemos que el encasillamiento de las ficha clínica, según planes de salud que se venden, puede ser entendido como una tecnología escritural de transmisión de la realidad científica que se genera en el ESMPA (Shapin y Schaffer, 1985), y al mismo tiempo como una tecnología, a través de la cual se logra que los interventores ajustemos nuestras acciones a lo que los fines de gobierno han establecido de forma previa en el marco de una lógica neoliberal. En esta, se intenta presentar a los usuarios como consumidores de paquetes de prestaciones, lo cual es contradictorio con que los planes de salud están predefinidos por órganos de gobierno en base a criterios de expertos, que se presentan como verdades incuestionables, y no con base en los deseos de los usuarios.

Para dar inteligibilidad a los referentes del discurso, así como a las explicaciones y las posibilidades de solución, los profesionales utilizamos lógicas propias del pensamiento social actual, que permiten entender acciones

y relaciones o conjunto de relaciones como hechos (Tirado y Mora, 2004). Estos hechos psicosociales se restringen a espacios micro, generalmente la familia o el barrio, y no incorporan la totalidad de lo social, lo que se puede relacionar con la lógica de la focalización, propia de las políticas sociales en Chile (Sajo, 2003). Luego estos hechos son inscritos en una lógica disciplinar, a partir de la cual se pueden comparar, medir y esquematizar. Así se traspasa a los espacios microsociales, la responsabilidad por los estilos de vida que la autoridad ha propuesto como los deseables, es decir, los que maximizan los años de vida productivos saludables de los sujetos. Al mismo tiempo, aquellos entornos microsociales que no se adecuan a esto se ven como algo problemático, que debe ser corregido, adecuado, mejorado o normalizado. Por lo tanto, proponemos que la incorporación de categorías diagnósticas psicosociales a las lógicas de intervención, permite procesos de normalización de las relaciones de ciertos entornos microsociales, en especial de las relaciones que se dan al interior de las familias.

2) En las entidades encargadas de las intervenciones, la llamada RSMP, emerge como efecto de las trayectorias de los sujetos/objetos de intervención entre los diferentes dispositivos que la componen y no por acción de un ESMPA que actúe como articulador, como lo propone en Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría chileno. Por otro lado, las relaciones que establecen los diferentes dispositivos de esta red se basan en el cumplimiento de metas establecidas por las autoridades y no en la colaboración y horizontalidad propuestas por el mismo Plan.

Para que los sujetos /objetos de intervención puedan transitar por esta red, es necesario que ocurran procesos de traducción de sus problemáticas, a categorías diagnósticas, que tienen inteligibilidad a partir de una lógica disciplinar. Éstas permiten comparar, analizar y clasificar a los sujetos. En este sentido, la desaparición de los muros, el encierro y las disposiciones espaciales propias de la institución psiquiátrica parece no garantizar la desaparición de una lógica disciplinar. Los planes de salud la mantienen porque se configuran a partir de categorías diagnósticas.

Desde estas traducciones emergen las derivaciones como hechos/relaciones, que pueden ser entendidos como parásitos (Tirado y Mora, 2004). Esto permite entenderlas como entidades que pueden introducir pequeñas variaciones a las trayectorias establecidas de antemano por las autoridades y al código de traducción, que son las categorías diagnósticas. Esto último se relaciona con la pérdida de presencia de los médicos en las relaciones que se establecen entre los diferentes dispositivos de la red y permite a los otros profesionales ir introduciendo pequeñas modificaciones, las que incorporan nuevos elementos de las realidades microsociales de los sujetos.

3) En relación a las identidades de los profesionales, éstas se configuran en la tensión entre los discursos de la Psiquiatría clásica y la antipsiquiatría (Nardi, Tittoni, Giannellini et al., 2005). En esta tensión, aparece la idea de que se está en tránsito hacia nuevas formas de intervención que sean alternativas a las tradiciones, es decir, las propias de la institución psiquiátrica. La categoría “lo comunitario” juega un rol central en esto. Como un ideal a alcanzar, que incorpora prácticas propias de los procesos de reforma de la institución psiquiátrica, lo comunitario se entiende como lo que se opone a “lo biomédico” y a lo “clínico”.

Lo biomédico se entiende como las prácticas que se centralizan en la patología y que actúan sólo sobre los cuerpos de los sujetos. Lo clínico se entiende como hábitos o aspectos institucionalizados (Castoriadis, 1994) en los profesionales. Prácticas que se centran en un saber experto que tiene el poder de curar, sanar o modificar la subjetividad.

Lo comunitario establece una ética, que conjuga diferentes aspectos. De éstos, los más tradicionales contienen aspectos que son problemáticos de aplicar a las realidades actuales, en especial los ligados a las ideas de solidaridad vinculada a un territorio (Garcés, 2002). Finalmente, lo comunitario se presenta a los profesionales como algo no institucionalizado, que les demanda crear formas nuevas de acción que no sean las propias de la institución psiquiátrica.

En el caso concreto del grupo de profesionales de CESAMCO, la identidad profesional remite a un lugar, aun cuando sus ámbitos de acción se entiende

más allá de los límites de ese lugar. Por lo tanto, las identidades de los profesionales se pueden entender como resultado de la combinación de aspectos propios de un orden institucional y extitucional.

4) En el objeto de intervención se están produciendo cambios que se relacionan con la pérdida del rol tradicional del psiquiatra y el psicólogo, como los expertos que tienen en sí el poder de curar, sanar, modificar o intervenir la subjetividad. Estos cambios se relacionan con un desplazamiento de lo que se interviene. Desde el sujeto como una entidad a sanar, curar, mejorar, lo que se interviene se está desplazando hacia las relaciones que éste establece con su entorno.

En relación a las técnicas de intervención se está dando un desplazamiento desde el conocimiento experto hacia la relación que establece un profesional con un sujeto/objeto de intervención. Esto lleva a una dificultad para los profesionales a la hora de dar cuenta de lo que hacen, desde una postura científica. No pueden identificar lo que hacen como una acción concreta que genera un cambio concreto, en un sujeto concreto.

Las relaciones, en específico las que establecen los sujetos/objetos de intervención con sus entornos más próximos, han comenzado a constituirse en nuevos escenario ético (Rose, 2007a). Además las técnicas que utilizan los profesionales se vinculan más con las relaciones que establecen con los usuarios que con entregar sus marcos interpretativos. Sin embargo, no cobra relevancia el o la profesional que establece esta relación.

En este nuevo tipo de intervenciones se mantiene una ética que apunta al logro de la autonomía y de la participación de los sujetos en la solución de sus problemas. En ellas se expresa un tipo de subjetividad deseable que se caracteriza por la capacidad de darse cuenta de sus entornos microsociales y la posibilidad de tener acción autónoma que los transformen. Sin embargo, el logro de esto no pasa por el conocimiento experto de los profesionales, sino por un proceso que se debe dar de forma natural en los usuarios. De esto último se desprende la presencia de la noción de desarrollo en estas nuevas lógicas de intervención: la idea de que el orden natural hace que las personas

avancen en sus estados, que son compatibles con el sujeto neoliberal, es decir, con aquel que es el constructor o gestor de la propia historia, en la medida en que elige, actúa, y establece relaciones de forma independiente a las circunstancias y a las personas que lo rodean (Rose, 1999). Además, estas ideas contienen una valoración de ciertas formas de ser en relación a otras, que llevan lógicas coloniales al ámbito de las subjetividades y fuerzan a ciertos sujetos a adoptar ciertas características.

Por último, proponemos que los interventores podemos ser entendidos como agentes políticos. Somos interpelados por una demanda de acción y por aspectos éticos y políticos que emergen en el contacto con las realidades que buscamos intervenir (Carballeda, 2002). En esto juegan un rol central las realidades que generamos, como aspectos que sólo nosotros podemos ver, y por tanto, a los que sólo nosotros podemos dar una solución real. Esto nos impone una obligación moral: debemos involucrarnos para solucionar problemas que otros no podrán solucionar. Sin embargo, estos aspectos pueden entrar en contradicción con las lógicas de gobierno que nos validan como interventores.

Por ello, creemos que el rol político de los interventores se puede conectar con la experiencia de conocimientos que no son válidos sino hasta que logra adoptar una forma, que en ocasiones es vivida como ajena e impuesta, y que luego, sin embargo, terminamos imponiendo a las realidades que buscamos conocer.

En el contexto de intervención estudiado, además, hay una implicación política de los profesionales como agentes de resistencia ante las formas tradicionales, propias de un poder disciplinar. Sin embargo, creemos que desde este rol político es necesario prestar atención también a las nuevas formas de control, que están generando nuevos cuestionamientos, contradicciones y malestares, relacionados a nuestras actuaciones en los ámbitos de intervención. En esto juegan un rol central las nuevas formas de resistencia a las formas de poder que direccionan las conductas de los sujetos para que se den cuenta y se hagan cargo de sus contextos microsociales. Éstas no deben ser entendidas como efectos del engaño o de un poder que se encuentra en una situación de

exterioridad. En este sentido, la demanda de psicofármacos por parte de los usuarios, creemos que requiere de mayor problematización y de la incorporación de los cambios que se están dando en las formas de biopolítica (Rose, 2007b). Para esto, la figura del cyborg puede darnos alternativas que nos ayuden a romper con las fronteras impuestas por la cultura científica más tradicional entre lo humano y lo animal, y entre éstos y las máquinas (Haraway, 1995b) y así librarnos de llegar a creer que los otros están siendo engañados y que nosotros u otros tenemos o tienen, el conocimiento verdadero.

Creemos necesario incorporar nuevas comprensiones, que terminen con dicotomías de la realidad social y natural. La asunción del origen social de la realidad, herencia del pensamiento antipsiquiátrico, nos dificulta a los profesionales incorporar otros elementos en nuestras problematizaciones. Por ejemplo, los efectos de tecnologías como la ficha clínica o los planes de salud no son tan cuestionados como la asignación de diagnósticos y el uso de psicofármacos. Estos, se aceptan como *los medios* para el logro de lo importante, que se asume como la revelación del origen social de los problemas que se intervienen.

La relevancia de la singularidad, que puede aparecer como resistencia a las lógicas de normalización, surge de las formas de ser y de conocer propias del sujeto que se forja en una política y en una economía, propia del capitalismo neoliberal, y por lo tanto es coherente con éste. Esta misma relevancia de la singularidad, dificulta pensar otras formas de ser y de conocer que sean alternativas al capitalismo neoliberal. En este escenario, una politización del rol de interventor requiere politizar el malestar que surge de la impotencia (Lopez-Petit, 2003), es decir, pasa por incorporar en las formas de ser y de conocer el propio malestar a fin de posibilitar una apertura hacia la diferencia, que sea alternativa a esa forma de ser y de conocer que se nos imponen como condición de existencia. Estas condiciones terminan haciendo de nuestro deseo de existir como agentes de cambio, una forma de sobrevivir (ibíd.).

Además creemos necesario incorporar otros saberes, en especial, aquellos acerca de nuestros propios sufrimientos y malestar por ser también ese Otro que debe modificar su forma de ser y de conocer para poder existir. Es decir,

incorporar el conocimiento encarnado desde el lugar de interventores que desean existir como tales por la interpelación ética y política de las realidades que conocen. En esto debemos incorporar la experiencia vivida de ser siempre quienes necesitamos modificar lo que sabemos, creemos y pensamos, para adecuarnos a la forma verdadera de conocer tales realidades, y poder así tener la posibilidad de existir como agentes válidos para intervenir.



## Referencias bibliográficas

- AEDO, C. (2001), "Las reformas en la salud en Chile", en Larraín, Felipe y Vergara, Rodrigo (ed.), *La transformación económica de Chile*. Santiago de Chile, Andros, pp. 605-640.
- ALBALA, C.; VIO, F.; KAIN, J. y UAUY, R. (2001), "Nutrition Transition in Latin America: The Case of Chile", *Nutrition Reviews*, pp. 170-176.
- ALFARO, J. (2000), *Discusiones en psicología comunitaria*. Santiago de Chile, Publicaciones Universidad Diego Portales.
- \_\_\_\_\_ (2007), "Tensiones y diversidad en nociones básicas de la psicología comunitaria", en A. Zambrano; G. Rosas; I. Magaña; D. Asún y R. Pérez-Luco (eds.), *Psicología comunitaria en Chile: evolución, perspectivas y proyecciones*. Santiago de Chile, RIL editores, pp. 227-260.
- ALFARO, J. y ZAMBRANO, A. (2009), "Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile", en *Psicología & Sociedade*, n.º21(2), pp. 275-282.
- ALLENDE, S. (1939), *La realidad médico-social Chilena*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- ALVERGA, A. R. y DIMENSTEIN, M. (2005), "A loucura rompida nas malhas da subjetividade", en P. Amarante (ed.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*, Río de Janeiro, Nau Editora, pp. 45-66.
- AMARANTE, P. (2003), "A (clínica) e a reforma psiquiátrica", en P. Amarante (ed.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Río de Janeiro, Nau Editora, pp. 45-66.
- ANDERSON, N. (1923), *The Hobo: The Sociology of the Homeless Man*. Chicago, University of Chicago Press.
- \_\_\_\_\_ (1928), *Urban sociology*. Nueva York, Knopf.

- ANZALDÚA, G. (1987) *Borderland/La frontera: The new mestiza*. San Francisco, Spinsters/AuntLute.
- ARAYA, A.(2005), Sirvientes contra amos: las heridas en lo íntimo propio, en Gazmuri y Sagredo (dirección), *Historia Privada en Chile*, vol. I, Santiago, taurus, pp. 161-197
- ARRAU, F. (2002), *Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE), eje de la actual reforma a la salud de Chile*, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Comité de Estudios de Anticipación.
- ASÚN, D. (1996), “Tendencias en la formación profesional universitaria sobre el trabajo comunitario”, *Última Década*, n.º 4, pp. 1-3
- ASÚN, M. I. (2004), “Para leer la psicología comunitaria: contextualización histórica en Santiago de Chile. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales, Facultad de Ciencias Humanas y Educación, Escuela de Psicología.
- AYALA, A. (2005), “Sirvientes contra amos: las heridas en lo íntimo propio”, en R. Sagrado y C. Gazmuri (eds.), *Historia de la vida privada en Chile. Vol. I, El Chile tradicional de la conquista a 1840*. Santiago de Chile, Taurus.
- BAISTOW, K. (1994-1995), “Liberation and Regulation? Some Paradoxes of Empowerment” en *Critical Social Policy*, 14(Issue 42), pp. 34-46.
- BALARDINI, S. (2000), “De los jóvenes, la juventud y las políticas de juventud, en *Última Década*, n.º13, pp. 11-24
- BALASCH, M.; GUTIÉRREZ, P. y EMA, J. (2005), “Globalización en la investigación”, en *Psicología social y problemas sociales., Vol. I* (Epistemología, Procesos Grupales y Processo Psicosociales Básicos.
- BALASCH, M. y MONTENEGRO, M. (2003), “Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: las producciones narrativas”, en Gómez, L. (ed.), *Encuentros en psicología social. Publicación del VIII*

*Congreso Nacional de Psicología Social. Torremolinos-España, Vol. 1(3), pp. 44-48.*

BALL, S. (1990), *Foucault and Education: Disciplines and Knowledge*. Londres, Routledge.

BARBOSA, L.; BAÑÓN, A. M. y PRADO, L. (2010), “Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a ‘parceria’ da família: O discurso do distanciamento”, en *Interface-comunicação saúde educação.*, vol. 14, n.º 32, enero-marzo, pp. 103-113.

BARRANCO, F. y DÍAZ, R. (1999), *Psicología comunitaria: Memorias de un discurso*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Facultad de Ciencias Humanas y Educación. Escuela de Psicología.

BARRY, A.; OSBORNE, T. y ROSE, N. (1996) Introducción, en Barry A., Osborne T. y Rose N. (eds.), *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government*. Londres, University College London.

BAUMAN, Z. (1986-87), The Left As the Counterculture of Modernity, en *Telos.*, State University of York at Buffalo. Graduate Philosophy Association., 1992, n.º 70, pp. 81-93

BERGER, J. y LUCKMANN, T. (1988), *La construcción social de la realidad*. Barcelona, Herder.

BERTRAM, M. y POWEL, J. L. (2005), “Reforms, Rights or Wrongs? A Foucauldian Exploration of the New Mental Health Bill in the United Kingdom”, en *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 25, n.º 12, pp. 1-21.

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL (2003), *Reforma de salud. Fondo de compensación solidario*, Valparaíso, Chile, Unidad de Apoyo al Proceso Legislativo.

- BIVORT, B. (2005), "Estrategias de superación de la pobreza: agencia, ciudadanía y redes en el Programa Puente", *Theoria*, 14(2), pp. 9-16.
- BIVORT, B. y MARTÍNEZ, S. (2009), "Policies to Eradicate Extreme Poverty in Chile: A Critical Analysis of the Puente Programme", en *Journal of Health Management*, 11(143), pp. 143-155.
- BOBES, J.; BASCARÁN, M.; BOBES, M.; CARBALLO, J.; DÍAZ, E.; FLÓREZ, G. et al. (2007), *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- BROWN, B. y CRAWFORD, P. (2003), "The clinical governance of the soul: 'deep management' and the self-regulating subject in integrated community mental health teams". *Social Science & Medicine*. Vol 56, Issue 1, January pp. 67-81.
- BUENO, M. L. S. y CAPONI, S. (2009), "A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: Um estudo sobre o município de Joinville/SC", *Interface - comunicação saúde educação.*, Vol. 13, n.º 28, enero-marzo, pp. 137-150.
- BURCHELL, G. (1996), "Liberal government and techniques of the self", en A. Barry, T. Osborne y N. Rose (eds.), *Foucault and Political Reason*, Londres, UCL Press, pp. 19-36.
- BURGESS, E. W. y PARK, R. E. (1921), *Introduction to science of the sociology*. Chicago, University of Chicago Press.
- CAHMI, R. y BEJIDE, M. (2004), *Una propuesta de política para el adulto mayor*, Santiago, publicaciones Libertad y Desarrollo.
- CAMARA DE DIPUTADOS (2002), *Sobre Los Derechos y Deberes De Las Personas En Materia De Salud*. Consultado el 22 de Agosto de 2010 en: [http://www.camara.cl/pley/pley\\_detalle.aspx?prmID=2140&prmBL=2727-11](http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=2140&prmBL=2727-11)

- CAMPOS, R. H. F. (1983), A função social do psicólogo. *Educação & Sociedade*, n.º 5(16), pp. 74-84.
- CARBALLEDA, A. J. (2002), *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires, Paidós Ibérica.
- CARVALHO, R., MAINIERI, S., ARRAES, A. K. y DIMENSTEIN, M. (2009), “Por uma clínica da resistência: Experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica”. *Interface - COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, Vol. 13, julio-septiembre, pp. 199-207.
- CASTEL, R., CASTEL, F. y LOVELL, A. (1982), *The psychiatric society*. Nueva York, Columbia University Press.
- CASTILLO, F., CORTÉS, L. y FUENTES, J. (1996), *Diccionario histórico y biográfico de Chile*. Santiago de Chile, Zig-Zag.
- CASTORIADIS, C. (1994), *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*. Barcelona, Gedisa.
- CASTRO-GÓMEZ, S. (2005), *La Hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá, editorial Pontificia Universidad JAVERIANA.
- CASTRO-GÓMEZ, S. y GROSGOQUEL, R. (2007), “Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico”, en S. Castro-Gómez y R. Grosfoguel (eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, pp. 9-24.
- CELEDÓN, C. y ORELLANA, R. (2003), “Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de la salud en Chile”, CIEPLAN; *Serie De Estudios Socio/Económicos*, nº 17 Marzo, pp 1-27.
- CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ANGACHILLAS (2008), *Diagnóstico Comunitario en Salud Mental*, Servicio de Salud Valdivia.

- CETTI, A. A. (2008), "La salud intercultural mapuche a través del tamiz de la gubernamentalidad. Un estudio de caso", *Mesa E.3: Políticas indígenas en Patagonia: una historia de dos siglos*. Tercera jornada de historia de la Patagonia, Bariloche, 6-8 de nov. Disponible en <http://www.hechohistorico.com.ar/Trabajos/Jornadas%20de%20Bariloche%20-%202008/Cetti.pdf>
- CHAKRABARTY, D. (2000), *Provincializing Europe: Postcolonial Thought and Historical Difference*, Princeton y Oxford, Princeton University Press.
- CHATTERJEE, P. (2004), *The Politics of the Governed: Reflections on Popular Politics in Most of the World*. Nueva York, Columbia University Press.
- CITRO, S. (2009), *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- CLARKE, J.; NEWMAN, J.; SMITH, N.; VIDLER, E, y WESTMARLAND, L. (2007), *Creating Citizen-Consumers: Changing Public and Changing Public Services*. Londres, SAGE Publication Inc.
- CONGRESO NACIONAL (2004) *Ley 19.937. Modificada en el D. L. n.º 2.763, De 1979, Con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana*.
- CRUZ-COKE, E. (1938), *Medicina preventiva y medicina dirigida*. Santiago de Chile, Editorial Nacimiento.
- CRUZ-COKE, R. (1993), *Historia de la medicina chilena*. Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello.
- DEL RÍO, R. y ALDUNATE, E. (1912), "Enseñanza y perfeccionamiento de los médicos en la higiene y patología de la infancia en la primera edad", *Primer Congreso de protección a la infancia*. Santiago de Chile.
- DÉLANO, M. y TRASLAVIÑA, H. (1989), *La herencia de los Chicago Boys*. Santiago de Chile, Las Ediciones del Ornitorrinco.

- DELEUZE, G. (1992), "Post-scriptum sobre as sociedades de controle" *Deleuze conversações*, Río de Janeiro, Editora 34, pp. 219-126.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Negotiations*. Nueva York: Columbia University Press.
- DELEUZE, G. y GUATTARI, F. (2006), *Mil mesetas. capitalismo y esquizofrenia*, J. Vázquez (trad.), (7ª Edición ed.). Valencia, PRE-TEXTOS.
- DENZIN, N. K. (2000), "Emancipatory Discourses and the Ethics Politics of Interpretation", en N. K. Denzin e Y. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Estados Unidos, SAGE Publication Inc, pp. 933-958.
- DENZIN, Norman K. y LINCOLN, Yvonna S. (2005), *The sage hanhbook of qualitative research*, Thousand Oaks, California, SAGE Publications.
- DOUGLAS, M. (1996), *Cómo piensan las instituciones*. Madrid, Alianza Editorial.
- DURÁN, F. (1995), *Paradigmas sociológicos del desarrollo*. Santiago de Chile, Bravo y Allende Editores.
- DUSSEL, E. D. (1992), *1492, el encubrimiento del otro: (hacia el origen del "mito de la modernidad")*. Madrid, Nueva Utopía.
- ELIAS, N. (1978), *The Civilising Process: The History of Manners*. Oxford, Blackwell.
- EMA, J., GARCÍA, S. y SANDOVAL, J. (2003), "Fijaciones políticas y trasfondo de la acción: movimientos dentro/fuera del socioconstruccionismo", *Política y Sociedad*, n.º 40(1), pp. 71-86.
- ERAZO, Á. (2004), "La reforma de la salud: una obligación social". *FORO*, septiembre, pp. 8-10.
- ESCOBAR, A. (1996), *Encountering Development. the Making and Unmaking of the Third World*. Princeton y Oxford, Princeton University Press.

ESPAI EN BLANC (2009a), "Prólogo: El malestar social en una sociedad terapéutica", *Espai en Blanc*, n.º 3-4, Consultado el 13 de octubre de 2010 en <http://www.espaienblanc.net/El-malestar-social-en-una-sociedad.html>

\_\_\_\_\_ (2009b), "Politizaciones apolíticas", *Espai en Blanc*, n.º 3-4, Consultado el 13 de octubre de 2010 en <http://www.espaienblanc.net/Politizaciones-apoliticas.html>

FERRE, P. L. (1904), *Historia general de la medicina en Chile*. Talca, Chile, imprenta de Talca.

FERRI, E. (1896), "Criminal Sociology". en Morrison D. (ed.) *The Criminal Series, American Journal of Insanity*, nº 52 pp 575-576.

FOLADORI, H. (2003), *¿Existe la psicología comunitaria?*, Santiago de Chile, Universidad ARCIS.

FOUCAULT, M. (1968), *Las palabras y las cosas*, E. C. Frost (trad.). México, Siglo XXI Editores, S.A.

\_\_\_\_\_ (1976), *Historia de la locura en la época clásica*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.

\_\_\_\_\_ (1977), *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México, Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (1978), *La gubernamentalidad*. Madrid, La Piqueta.

\_\_\_\_\_ (1979), *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México D. F., Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (1982), "The subject and power"., en H. Greyfus y P. Rabinow (Eds.), *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press., pp 208-226.



\_\_\_\_\_ (1990), *Tecnologías del yo y otros textos afines*. M. Allendesalazar (Trad.). Barcelona-Buenos Aires-México, Paidós; I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona.

\_\_\_\_\_ (1991), *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México D. F., Siglo XXI.

FRACTALIDADES EN INVESTIGACIÓN CRÍTICA (2005), "Investigación crítica: desafíos y posibilidades", *Athenea Digital*, pp. 129-144.

FRANULIC, F. J. (2007), *Deber entrar a medicinarse*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Historia, con mención en Historia de Chile. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de post Grado, Escuela de Ciencias Históricas.

FREITAS, F. F. P. (2004), "A história da psiquiatria não contada por Foucault". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 11 (1), enero-abril, pp. 75-91.

GARCÉS, M. (2002), *Tomando su sitio; el movimiento de pobladores de santiago, 1957-1970*. Santiago de Chile, LOM Ediciones.

GARREAUD, A. y MALVENTI, D. (2009), "Curar y reinsertar", *Espai en Blanc*, Consultado el 13 de octubre de 2010 en [http://www.espaienblanc.net/Curar-y-reinsertar.html?var\\_recherche=curar%20y%20reinsertar](http://www.espaienblanc.net/Curar-y-reinsertar.html?var_recherche=curar%20y%20reinsertar).

GIJSWIJT-HOFSTRA, M. y PORTER, R. (eds.) (1998), *Culture of Psychiatry and Mental Health Care in Postwar Britain and the Netherlands*. Ámsterdam, Ropori.

GOFFMAN, E. (1972), *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

\_\_\_\_\_ (1987), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Madrid, H. F. Martínez de Murguía, DL.

- GUHA, R. (2002), *History at the Limit of World-History*. Nueva York, Columbia University Press.
- GUPTA, A. y SHARMA, A. (2006), "Globalization and Postcolonial States", *Current Anthropology*, n.º 47(2), pp. 277-307.
- HACKING, I. (1999), *The Social Construction of What?*, Estados Unidos, Harvard College.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1983), *Ethnography, Principles in Practice*. Londres, Tavistock Publication Ltd.
- HARAWAY, D. (1995a), *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Manuel Talens (trad.). Valencia, Cátedra: Instituto de la mujer València, Universitat de València.
- \_\_\_\_\_ (1995b). *Manifiesto para cyborgs*. València, Universitat de València.
- \_\_\_\_\_ (2004 [1997]), *Testigo\_modesto@ Segundo\_Milenio. HombreHembra@\_Conoce\_Oncorratón@: Feminismo y tecnociencia*. Barcelona, UOC.
- HARDING, S. G.(1986), *The Science Question in feminism.*, Ithaca y Londres. Cornell University Press.
- HARDT, M. y NEGRI, A. (2001), *Império*. Sao Paulo, Record.
- HOLMES, D. y GASTALDO, D. (2002), "Nursing as Means of Governmentality", *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), pp. 557-565.
- HOLMES, D.; MURRAY, S. J.; PERRON, A. y RAIL, G. (2006), "Deconstructing the Evidence-Based Discourse in Health Sciences: Truth, Power and Fascism", *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), pp. 180-186.
- IBÁÑEZ, T. (1994), *Psicología social construccionista: selección de textos de Tomás Ibáñez*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.

ILLANES, M. A. (1993), *En Nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia... Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880-1973*, Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria.

\_\_\_\_\_ (2004), *El cuerpo de la política. La visitación popular como mediación social. Génesis y ensayo de políticas sociales en Chile, 1900-1940*. Tesis para optar al grado de Doctor en Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Historia, Geografía y Ciencias Políticas, Instituto de Historia.

JOCELYN-HOLT, A. (1997), *Estado, cultura y nación en el Chile decimonónico. El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*. Santiago de Chile, Planeta-Ariel.

JOHNSON, D. A. (2008), "Managing Mr. Monk: Control and the Politics of Madness", *Critical Studies in Media Communication*, Vol. 25, n.º 1, marzo, pp. 28-47.

JOLLY, D. (2003), "The Government of Disability: Economics and Power in Welfare and Work", *Disability & Society*, 18(4), pp. 509-522.

KRAUSE, M. y JARAMILLO, A. (1998), *Intervenciones psicológicas comunitarias en Santiago de Chile*. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.

KUHN, T. (2005 [1969]), *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid, Fondo de Cultura Económica de España.

LABRA, M. (1998), *Política, saúde e intereses médicos no chile (1900-1990)*. Tesis doctoral. Río de Janeiro, Mimeo. Instituto Universitario de Investigación IUPERJ.

\_\_\_\_\_ (2000), "Padroes de formulação de políticas de saúde no chile no século XX", *Revista De Ciências Sociais.*, Vol. 43, n.º 1, pp. 153-182.

LACLAU, E. y MOUFFE, C. (1985), *Hegemony and Socialist Strategy*. Londres, Verso.

- LAING, R. D. (1960), *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth, England: Penguin.
- LATOUR, B. (1987). *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge, Massachussets, Harvard University.
- \_\_\_\_\_ (2001). *La esperanza de pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona, Gedisa.
- LATOUR, B. y WOOLGAR, S. (1986), *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton, Princeton University Press.
- LAVAL, E. (1949), *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*. Santiago de Chile, Asociación Chilena de Asistencia Social.
- LAW, J. (1994), *Organizing Modernity*. Londres, Blackwell.
- LEWIN, E. (1996), *El discurso sobre salud mental comunitaria desde el Estado: Análisis del discurso de los directivos del programa red de centros comunitarios de salud mental familiar*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Chile.
- LEWIS, G. (2000), *“Race”, Gender, Social Welfare: Encounters in Postcolonial Society*. Cambridge, Polity Press.
- LEYTON, C. (2005), *La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso, el Psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Historia. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de post Grado, Escuela de ciencias Históricas.
- \_\_\_\_\_ (2008), “La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940”, *Frenia*, Vol. VIII, pp. 259-276.
- LINCOLN, Y. S. (2005), “Institutional review Boards and Metodological Conservatism: The Challenge to and from Phenomenological Paradigms”.,

- en N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research.*, Londres, SAGE.,pp. 165-182.
- LINCOLN, I. S. y DENZIN, N. K. (2005) “Epilogue: The Eighth and Ninth Moments- Qualitative research in/and the Fractured Future”., en N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research.*, Londres, SAGE., pp. 1115-1126
- LOBOSQUE, A. M. (ed.) (2006), *Um desafio a formação: Nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção*, Horizonte, ESPMG.
- LOMBROSO, C. (1902), *Delitti Vecchi E Delitti Nuovi*. Torino, Fratelli Bocca.
- LONG, N., y VILLARREAL, M. (1993), “Las interfases del desarrollo: de la transferencia de conocimiento a la transformación de significados”, en F. J. Schurmal (ed.), *Beyond the Impase: New Directions in Development Theory*. Londres, Zed Press.
- LÓPEZ-PETIT, S. (2003), *El infinito y la nada. El querer vivir como desafío*. Barcelona, Bellaterra.
- LOYOLA, V., y VERGARA, M. (1994), “Evolución del sistema de salud”, en E. Miranda (ed.), *La salud en Chile, evolución y perspectivas*. Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos.
- MAIRA, L. (1998), *Los tres Chile de la segunda mitad del siglo XX*. Santiago de Chile, LOM Ediciones.
- MARCUS, G. E. (1994), “On Ideologies of Reflexivity in Contemporary Efforts to Remake the Human Sciences”, *Poetics Today*, Vol. 15, n.º 3, pp. 383-404.
- MARCUS, G. E., y CUSHMAN, D. (1996 [1982]), “Las etnografías como textos”, en C. Greertz, y J. Clifford (eds.), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona, Gedisa.

- MARTÍN, M. P. (2004), "Nuevos desafíos de la estrategia de crecimiento más gasto social", en C. Stefoni (ed.), *Los nuevos escenarios (inter)nacionales*, Santiago de Chile, Flacso-Chile, pp. 33-44.
- MATURANA, H. (1993), *La objetividad. Un argumento para obligar*. Santiago de Chile, Comunicaciones Noreste Ltda.
- MATURANA, H., y VARELA, F. (1984), *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento*. Santiago de Chile, Organización de estados Americanos, OEA.
- MCKEE, K. (2009), "Post-Foucauldian governmentality: What does it offer critical Social Policy Analysis?", *Critical Social Policy*, 29(3), pp. 465-486.
- MEAD, G. H. (1972), *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- MERLEAU-PONTY, M. (1962), *Phenomenology of Perception*. Nueva York, Umanities Press.
- MERTON, R. K. (1949), *Social theory and social structure*. Nueva York, Columbia University Press.
- MIGNOLO, W. (2000), *Historias locales/ diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. J. M. Madariaga, C. Vega (trads.). Madrid, Akal.
- \_\_\_\_\_ (2007), "El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto" en S. Castro-Gómez y R. Grosfoguel (eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá, Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, pp. 25.
- MILLAR, R., y DUHART, C. (2005), "La vida en los claustros. Monjas y frailes, disciplinas y devociones", en R. Sagredo, y C. Gazmuri (eds.), *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la conquista a 1840*. Santiago de Chile, Taurus.

MINSAL (Ministerio de Salud) (2000), *Norma técnica sobre hogares protegidos.*,  
Gobierno de Chile

\_\_\_\_\_ (2002), *Objetivos sanitarios para la década 2000 – 2010.* Gobierno de Chile.

\_\_\_\_\_ (2006). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría.* Gobierno de Chile.

\_\_\_\_\_ (2008). *Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria.* Gobierno de Chile.

MOLINA BUSTOS, C. A. (2007), *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989.* Tesis para optar al grado de Magíster en Historia con mención en Historia de Chile. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de post Grado, Escuela de Ciencias Históricas.

MONTENEGRO, M. (2001), *Conocimientos, agentes y articulaciones: una mirada situada a la intervención social.* Programa de Doctorat en Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.

MORALES, E. (1981), *Sistema político, planificación y políticas públicas. la política de salud, Chile 1964-1978.* Santiago de Chile, FLACSO.

MORGAN, A. (2005), *Governmentality Versus Choice in Contemporary Special Education.* *Critical Social Policy*, 25(3), pp. 325-348.

NARDI, H. C.; TITTONI, J.; GIANNECHINI, L. y RAMMINGER, T. (2005), "Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: A genealogia como ferramenta de pesquisa", *Cad. Saúde Pública*, 21(4 jul-ago), Río de Janeiro. pp. 1.045-1.054.

NATERA, A. (2004), *La noción de gobernanza como gestión pública participativa y reticular.* Madrid, Universidad Carlos III de Madrid, Departamento de Ciencias Políticas y Sociología, Área de Ciencia Política y de la Administración.

- NEIRA, M. (1998), “...palo y bizcochuelo...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Historia. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Facultad de Filosofía y Educación.
- NEWMAN, J. (2001), *Modernising Governance: New Labor, Policy and Society*. Londres, SAGE Publication Inc.
- NOVELLA, E. J. (2008), “Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos”, *Frenia*, Vol. VIII, pp. 9-32.
- OLAVE, R., y ZAMBRANO, L. (1993), *Psicología comunitaria y salud mental en Chile*. Santiago de Chile, Universidad Diego Portales.
- ONETO, L. (2001), “Los discursos sobre la pobreza en Chile. Análisis de sus paradigmas”, *Proposiciones*, 34(1), pp. 1-12.
- PARADA, M. (2004), *Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico*. Tesis doctoral para optar al grado de doctor en Sociología, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Autónoma de Madrid.
- PASTORINI, A. (2004), *A categoria “questão social” em debate*. São Paulo, Cortez.
- PETERSON, E. E., y LANGELLIER, K. M. (2006), “The performance turn in narrative studies”, *Narrative Inquiry*, 16(1), pp. 173-180.
- PIÑERA, J. (1990), *La revolución laboral en Chile*. Santiago de Chile, Zig-Zag.
- \_\_\_\_\_ (1991), *El cascabel del gato. La batalla por la reforma provisional*. Santiago de Chile, Zig-Zag.
- QUEZADA, M., y MATUS, T. (comps.) (2001), *Perspectivas metodológicas en trabajo social*. Buenos Aires, Editorial Espacio.



- QUIERO, K. (2005), “Los imaginarios sociales de la reforma de la salud en Chile (1990–2003)”, *Revista MAD*, n.º 12, consultado el 22 de Agosto de 2010 en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/12/paper05.pdf>
- QUIJANO, A. (2000), “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”, en E. Lande (ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires, CLACSO, pp. 201-246.
- QUIJANO, A., y WALLERSTEIN, I. (1992), “Americanity as a Concept or the Americas in the Modern World-System”, *International Social Science Journal*, n.º 134, noviembre, pp. 23-40.
- RABINOW, P. (1998), “Artificiality and enlightenment: From sociology to biosociality”. en M. Biagioli (Ed.), *The science studies reader*. Nueva York, pp. 407-419.
- RACO, M., y FLINT, J. (2001), “Communities, Places and Institutional Relations: Assesseing the Role of Area-Based Community Representation in Local Governance”, *Political Geography*, 20(5), pp. 585-612.
- REYES, I. (1837) *Reglamento para el Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile*, Santiago, Imprenta de la Independencia.
- REYES, M. (2007), “Principios y valores subyacentes a la psicología comunitaria en Chile: un análisis de las publicaciones nacionales entre 1993-2003”. en J. Alfaro, y H. Berroeta (eds.), *Trayectorias de la psicología comunitaria en Chile: prácticas y conceptos*. Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, pp. 109-148.
- RHODES, R. A. W. (1997), *Understanding Governance: Policy Networks, Governance Reflexivity and Accountability*. Buckingham, Open University Press.

- RISSMILLER, D. J., y RISSMILLER, J. H. (2006), "Evolution of the Antipsychiatry Movement into Mental Health Consumerism", *Psychiatric services*, Vol. 57, n.º 6, junio, pp. 863-866.
- RIVERO, I. (2005), *Ciencia "PSI", subjetividad y gobierno. una aproximación genealógica a la producción de subjetividades "psi" en la modernidad*. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social. Unitat de Psicologia Social. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- ROSE, N. (1997), "El gobierno de las democracias liberales "avanzadas": del liberalismo al neoliberalismo", *Archipiélago. Cuadernos crítica de la cultura*, verano(29), pp. 25-40.
- \_\_\_\_\_ (1998), *Inventing our selves. Psychology, Power, and Personhood.*, Londres, Cambridge University
- \_\_\_\_\_ (1999), *Power of freedom. reframing political thought*. Londres, Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_ (2007a), "Terapia y poder: Techné y ethos", *Archipiélago. Cuadernos crítica de la cultura*, Septiembre, pp. 101-124.
- \_\_\_\_\_ (2007b), "Inaugural Social Theory and Health Annual Lecture, 2006 Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital", *Social Theory y Health*, n.º 5, pp. 3-29.
- ROSE, N., y MILLER, P. (1992), "Political Power Beyond the State: Problematics of Goberment", *British Journal of Sociology*, n.º 43, pp. 173-205.
- ROSEN, G. (1985), *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI.
- SAAVEDRA, C. (2005), *Aproximación al desarrollo actual de la psicología comunitaria desde el análisis de las prácticas que ésta construye en el campo de la intervención social*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Comunitaria. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

- SAID, E. (1979), *Orientalism*. Nueva York, Vintage Books.
- SAJO, A. (2003), "Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe", *Revista de la CEPAL*, n.º 80, pp. 121-140.
- SALAS O., E. (1894), *Historia de la medicina en Chile*. Santiago de Chile, Vicuña Mackenna.
- SALAZAR, G., y PINTO, J. (1999), *Historia contemporánea de Chile I. Estado, legitimidad, ciudadanía*. Santiago de Chile, LOM Ediciones.
- SÁNCHEZ, A. (2007), "La psicología comunitaria chilena en la hora de la institucionalización: Eclecticismo teórico, compromiso práctico y cuestiones éticas", en A. Zambrano, G. Rosas, I. Magaña, D. Asún y R. Pérez-Luco (eds.), *Psicología comunitaria en Chile: Evolución perspectivas y proyecciones*. Santiago de Chile, RIL editores, pp. 23-54.
- SANDOVAL, H. (2004), "El proceso de reforma de la salud en Chile", en C. Hardy (ed.), *Sociedades latinoamericanas y políticas sociales. equidad y protección social*. Santiago, LOM, pp. 179-198.
- SANDOVAL, J. (2002), "Ciudadanía, 'gobierno' de la subjetividad y políticas sociales", *Última Década*, n.º 17, pp. 161-177.
- SARACENO, B. (2001), *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Río de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/Te Cora.
- SERRES, M. (1991), *El contrato natural*. Valencia, PRE-TEXTOS.
- \_\_\_\_\_ (1994), *El nacimiento de la física en el texto de lucrecio*. Valencia, PRE-TEXTOS.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Atlas*. Madrid, Cátedra.

- SHAPIN, S., y SCHAFFER, S. (1985), *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Princeton, Princeton University Press.
- SMALL, A. (1905), *General Sociology: An Exposition of the Main Development in Sociological Theory from Spencer to Ratzel*. Chicago, University of California Press.
- SPIVAK, G. C. (1985), "Can the subaltern speak? speculations on widow-sacrifice", *Wedge*, n.º 7(8), pp. 120-130.
- STARR, P., y IMMERGUT, E. (1987), "Health Care End the Boundaries of Politics", en C. Maier (ed.), *Coging Boundaries of the Political. Essay on the Evolving Balance Between the State and Society, Public and Private in Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- STENSON, K. (2008), "Beyon Kantianism-Response to Critiques", *Social Work and Society (Online)*, n.º 6(1), pp. 42-46.
- STILL, A., y VELODY, I. (1992), *Rewriting the History of Madness. Studies in Foucault's "histoire de la folie"*. Londres, Routledge.
- STOLER, A. L., y COOPER, F. (1997), "Between Metropole and Colony: Rethinking a Research Agemma", en F. Cooper, y A. L. Stoler (eds.), *Tensions of empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Londres, University of california Press.
- SZASZ, T. S. (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Nueva York, Hoeber-Harper.
- VOLKART, E. H (1952), (Ed.), *Social behavior and personality. contributions of W.I. Thomas to theory and social research*. The ANNAL of the American Academy of Political and Social Science Janery 1952, 279, pp 211-212
- THRASHER, F. (1927), *The Gang: A Study of 1.313 Gangs in Chicago*. Chicago, University of Chicago Press.

- TIRADO, F., y DOMÉNECH, M. (2006), "Extituciones: del poder y sus anatomías", *Política y Sociedad*, vol. 36, pp. 183-196.
- TIRADO, F., y MORA, M. (2004), *Cygorgs y extituciones: nuevas formas para lo social*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- TYLER, S. (1987), *The Unspeakable: Discourse, Dialogue, and Rhetoric in the Postmodern world*. Madison, University of Wisconsin Press.
- VALLEJO, J. (ed.) (1980), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, MASSON, S.A.
- VARGAS-MONROY, L. (2010), "De testigos modestos y puntos cero de observación: las incómodas intersecciones entre ciencia y colonialidad", *Tabula Rasa*. Bogotá-Colombia, n.º 12 (enero-junio), pp. 73-94.
- WARING, J. (2007), "Adaptative Regulation or Governmentality: Patient Safety and the Changing Regulation of Medicine", *Sociology of Health & Illness*, 29, pp. 163-179.
- WEBER, M. (1944), *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México, Fondo de cultura económica.
- YAMAMOTO, O. H. (2007), "Políticas sociais, 'terceiro setor' e 'compromisso social': Perspectivas e limites do trabalho do psicólogo", *Psicologia & Sociedade*, 19 (enero-abril), pp. 30-37.
- YÁÑEZ ANDRADE, J. C. (2008), *La intervención social en Chile y el nacimiento de la sociedad salarial: 1907-1932*. Santiago de Chile, RIL editores.
- ZAMBRANO, A. (2007), *Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: la perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España*. Tesis doctoral, Departamento de Psicología Social, Universidad de Barcelona.

## **Referencias narrativas**

Delgado, Mariam (2009) Narrativa elaborada a partir de tres sesiones de entrevistas, realizadas durante los meses de Junio y Julio en Valdivia. Chile.

Miranda, Tamara (2009) Narrativa elaborada a partir de tres sesiones de entrevistas, realizadas durante los meses de Junio y Julio en Valdivia. Chile.

Muñoz, Marcela (2009) Narrativa elaborada a partir de tres sesiones de entrevistas, realizadas durante los meses de Junio y Julio en Valdivia. Chile.

Pacheco, Cristobal (2009) Narrativa elaborada a partir de dos sesiones de entrevistas, realizadas durante el mes de Julio en Valdivia. Chile.

Tapia, Sandra (2009) Narrativa elaborada a partir de tres sesiones de entrevistas, realizadas durante los meses de Junio y Julio en Valdivia. Chile.

Vega, Rodrigo (2009) Narrativa elaborada a partir de cuatro sesiones de entrevistas, realizadas durante los meses de mayo, Junio y Julio en Valdivia. Chile.

## **Referencias cuaderno de campo**

Nota 09 de abril de 2009, reunión clínica CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

Nota 16 de abril de 2009, reunión clínica CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

Nota 23 de abril de 2009, reunión clínica CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

Nota 30 de abril de 2009, reunión clínica CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

Nota 07 de mayo de 2009, reunión clínica CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

Nota 13 de mayo de 2009, visitas de rescate domiciliario. Valdivia, Chile.

Nota 04 de julio de 2009, reunión de coordinación de equipo CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

Nota 27 de agosto de 2009, reunión de evaluación CONACE. Valdivia, Chile.

## **ANEXO I:**

### **Guión de entrevista para la elaboración de narrativas:**

Hace cuanto tiempo trabajas en el CESAMCO?

Háblame de tu historia acá

Cómo y por qué llegaste?

Cuales eran tus expectativas?

Cómo se han ido modificando esas expectativas en el tiempo?

Cómo ha sido la relación con los demás del equipo?

Cómo ha sido la relación con los usuarios?

Desde que estás acá en el CESAMCO, se han modificado:

- Tu manera de comprender los problemas que te toca abordar?
- Tu forma de abordar los casos?
- Tu forma de explicarte la evolución de los casos?

Si la respuesta es positiva

¿Cómo era antes y cómo es ahora?

¿Qué hizo que se modificaran?

En relación a los usuarios que te toca atender

Quienes son?

Cuales son sus problemas?

Cuales crees que son sus expectativas?

Qué cambios crees que se producen en ellos al ser atendidos acá?

Qué información sobre ellos es relevante para ti

Cómo obtienes esa información?

Cómo organizas esa información?

Cómo es tu trabajo con ellos?

Qué pasa cuando trabajas directamente con ellos?

Y luego, en qué otras circunstancias trabajas en los casos?

Cuales son los problemas con los que te encuentras para llevar a cabo tus planes de intervención?

¿Cómo los has enfrentado?

En relación al equipo:

Quienes lo componen?

Cómo lo describirías?

Cuales son las tensiones y/o conflictos?

En qué circunstancias aparecen estas tensiones y/o conflictos?

Se han modificado en el tiempo? Cómo?

Cuales son los puntos de encuentro y/o cooperación?

En qué circunstancias aparecen estos puntos de encuentro y/o cooperación?

Se han modificado en el tiempo? Cómo?

Ha influido el equipo en los cambios que has experimentado desde que trabajas acá?  
¿cómo?

Cuales crees que han sido los principales problemas que han debido afrontar como equipo? ¿Cómo los han afrontado?

Como equipo, crees que se hayan generado nuevas estrategias para la intervención con los usuarios? ¿Cuáles? ¿Cómo han resultado estas nuevas estrategias?

Con qué entidades de gobierno se relaciona el equipo?

Cómo es esta relación?

Qué tipo de información que se intercambia y cuales son los canales por lo cuales se realiza este intercambio de información?

Con qué otras entidades y/o instituciones se relaciona el equipo?

Cómo es esta relación?

Qué tipo de información que se intercambia y cuales son los canales por lo cuales se realiza este intercambio de información?





## **ANEXO II:**

### **Narrativa de Marian Delgado, (psiquiatra)**

Hice mi beca de psiquiatría a partir del año 1991 y me recibí en 1994 y llegué a Valdivia como parte de mi devolución a la beca, por un periodo de seis años. Comencé a trabajar en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base y en ese entonces había otra persona de director de la USMP del SS Valdivia, el Dr. Patricio Cardemil, quien tenía once horas a la semana asignadas para tales efectos.

Yo como psiquiatra infantil me hice cargo del área infante – juvenil de la USMP con algunas pocas horas asignadas para eso. En esa época no había mucha coordinación entre los diferentes profesionales que trabajaban en el área y yo realicé un trabajo con todas las escuelas de Valdivia. Recuerdo que realicé varias entrevistas con profesores. Entonces Patricio Cardemil renunció y me ofrecieron el cargo, supuestamente por un año o dos y aún estoy aquí, desde el año 1997. La razón para mi designación fue más cuantitativa que técnica, en el sentido de que en general en el SS Valdivia había más horas de psiquiatras infantiles que de psiquiatras adultos. Éramos tres psiquiatras infantiles con jornada completa. Luego, al poco andar aumenté de las once horas semanales inicialmente destinadas a la dirección de la USMP a 22 horas, y finalmente a 24. Esto último creo que fue en el año 2000.

En el año 2005 y 2006 partimos acá en Valdivia con el tema de la reforma en Salud Mental y Psiquiatría y el tema comunitario. Yo diría que Andrea Zurita, tuvo un papel importante. Ella organizó una jornada de Salud Mental Comunitaria el año 2006, aún cuando ya teníamos previamente la idea de crear un CESAMCO y andábamos buscando la manera de financiarlo. Tratamos de destinar dineros provenientes de los programas contra el alcoholismo y de otros pero no nos resultó.

Empezamos entonces a trabajar con Alejandro Guajardo, quien era entonces asesor del encargado Ministerial en el tema de Salud Mental y Psiquiatría. Anteriormente por territorio, teníamos asignada a otra asesora ministerial que era Patricia Narvaes, y vino en alguna oportunidad acá, pero venía más en una lógica de supervisión y de control. En cambio Alejandro Guajardo y sus colaboradores vinieron en otra lógica y los sentimos más amigables, en el sentido de que querían guiarnos y ayudarnos en la construcción de los centros.

Inicialmente habíamos pensado en un CESAMCO, pero finalmente fueron dos, en gran medida por el apoyo del director de SS Valdivia. Nosotros aprovechamos que Alejandro le vendió bien el modelo, propusimos que fueran dos, y el director estuvo de acuerdo y partimos con dos.

El financiamiento lo obtuvimos finalmente por un aumento en las PPV, que es la forma de financiar Salud mental, y nos aumentaron el monto por programas de tratamiento de alcohol y drogas. Sólo al año siguiente el MINSAL comprometió fondos espaciales, pero sólo para un CESAMCO. Nosotros

actualmente recibimos financiamiento directo para un solo CESAMCO, el otro se financia por dineros que llegan a la USMP del SS Valdivia pero no específicamente para un CESAMCO, es decir, estamos usando platas de otros ítemes de Salud Mental para financiar tres dispositivos: los dos CESAMCO y el Hospital de día.

Desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base, desde el principio hubo y sigue habiendo resistencia al cambio de modelo y no hay una comprensión total de lo que significa. De hecho, al comienzo se hicieron algunos comentarios algo descalificadores, hacia los psiquiatras y los profesionales de los centros: ellos pensaban que no tenían la preparación ni la experiencia suficiente en relación a sus psiquiatras y profesionales. Según ellos los centros podían ver pacientes como una sub especialidad, es decir los aspectos psicosociales de los pacientes. O sea el enfoque integral no lo tenían muy claro

Ellos consideraban que lo biológico se debía seguir viendo en el hospital e incluso querían crear un policlínico terciario, o sea de supra especialidad. Es verdad que algunas patologías podrían necesitar de un especialista, como los trastornos alimentarios pero son pocos.

Nosotros, la USMP del SS Valdivia seguimos defendiendo, es que los CESAMCO asuman todas las demandas de la complejidad que corresponde, que es de nivel secundario. Nosotros estamos por apoyar a nuestros centros y que logren ocupar el lugar que les corresponde, pero eso es una idea difícil de platear, porque genera muchas resistencias, en especial desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base. Ahora, como contamos con el apoyo del Servicio de Salud, y los fondos están manejados desde acá y la gente se contrata desde acá, no ha habido tanta interferencia en eso, pero todavía ha sido difícil que logremos trabajar coordinadamente en red con ellos.

A partir de este año, estamos teniendo una reunión mensual en la que nos reunimos los dos CESAMCO, Hospital de día y Unidad de Psiquiatría del Hospital, con la idea de que vallamos coordinando todo lo que es nivel secundario de atención. Todavía tenemos dificultades, tropiezos en el camino: de pronto no hay claridad para distinguir a un paciente, que si corresponde acá, o allá, que si es GES primer brote, etc. En nuestros centros, todavía son algo tímidos para asumir las funciones propias de los pacientes que nosotros tratamos, por ejemplo en esquizofrenia, primer brote, en que se usa Clozapina, los profesionales de los CESAMCO no se sienten seguros de que los pacientes se puedan mantener controlados por las reacciones asociadas al tratamiento, y creen que ese es un tema que sólo puede ver la Unidad de Psiquiatría del Hospital. Hay algunos pacientes que se atienden en los CESAMCO y que están con Clozapina, pero son pacientes crónicos que llevan años con el medicamento y no requieren de un control semanal. No hay ningún paciente que haya empezado con el tratamiento en un CESAMCO, porque los profesionales tienen temor, o las enfermeras no se sienten preparadas porque también son recién egresadas y este es su primer trabajo, o segundo trabajo, y tienen muy poca experiencia.

Esto ha hecho que los centros se hayan asustado un poco frente a ciertos temas. Nosotros hemos tenido que luchar, no sólo contra la Unidad de Psiquiatría del hospital, sino que también contra nuestros centros para quitar algunos estigmas y lograr que ellos asuman las responsabilidades que les corresponden. Un ejemplo es lo mucho que costó que los centros lograran integrar el tema del abuso sexual; los centros habían definido en algún momento que ellos no iban a atender a pacientes por abuso sexual, pero entonces tuvimos que preguntarles ¿quién los atiende entonces? Primero nos respondieron que debía hacerlo un centro especializado, así que tuvimos que hacerles ver que esa no es la idea y que debían ver temas de abuso sexual asociados a patologías o como un problema de salud mental que es parte de la patología y de las consultas habituales. Tuvimos que explicarles que no podían ver a un paciente y derivarlo sólo por ese tema, porque eso sería volver a parcelar a las personas por tipos de problemas en especialidades, en vez de darles una atención integral en salud mental, que es lo que se pretende con estos centros.

Ha habido temas que nos ha costado poner con nuestros equipos en circunstancias que se supone que son equipos bio-psico-sociales.

La gente de la Unidad de Psiquiatría del Hospital tiene un mega proyecto que incluía un policlínico y ese proyecto sigue en pie pero no la parte del policlínico. Ese proyecto se ha ido modificando bastante a través del tiempo y se ha ido desdibujando toda la parte del policlínico porque ellos proponían una unidad súper especializada y nosotros proponemos una reconversión del policlínico de la Unidad de Psiquiatría en un CESAMCO que se haga cargo de la población que corresponde al CESFAM Hill de Castro y de la población rural, que no tiene cobertura con nuestros centros. Entonces ahí está la negociación: si ellos quieren mantener su policlínico, entonces tiene que haber una reconversión.

Creo que finalmente la solución más salomónica va a ser crear un CESAMCO con una parte de la reconversión del policlínico de la Unidad de Psiquiatría del Hospital y quizá mantener algunos temas muy puntuales de especialidad añadidos, como podría ser la terapia familiar o cosas muy específicas y puntuales, pero la idea no es que tengamos un poli de súper especialidad como quieren ellos. Además accedimos a que parte de las camas se ampliara, porque además ahora ellos comparten corta estadía con los adolescentes, con lo que ellos se quedaron con pocas camas.

A un año desde que comenzó la atención de los CESAMCO, puedo decir, que esto ha sido todo un proceso bastante arduo y bastante difícil. Creo que partimos con ideas muy utópicas: partimos con la idea de la horizontalidad y muy desde el corazón. Todos muy dispuestos a esforzarnos, y a poner todo nuestro empuje, a ser luchadores por la comunidad y no ha sido tan sencillo, porque no todos los profesionales están tan comprometidos con el modelo como uno espera. El tema de la horizontalidad se confundió o fue poco claro; había decisiones que debían pasar por un tema técnico y muchas veces la gente de los equipos se sintió pasada a llevar porque nosotros imponíamos nuestras normas técnicas.

Por ejemplo el tema de VIF y el tema de alcohol y drogas; la gente de los equipos tampoco los querían atender, y querían que otros se hicieran cargo, pero eso no correspondía por norma técnica. Otro ejemplo, el tema de las coordinadoras. Cuando partimos estábamos tan en la línea de lo comunitario que ellos -los integrantes de los equipos- eligieron a sus coordinadoras, pero a poco andar nos dimos cuenta que esas coordinadoras no funcionaban y decidimos cambiarlas y elegir a otras, y ellos se molestaron porque los pasamos a llevar.

Cosas como cumplimiento de horarios, abuso en el uso del teléfono, con cuentas altísimas, hacían que se notara que las cosas no podían ser tan horizontales

Los integrantes de los equipos tuvieron bastante tiempo que supuestamente era para prepararse en el modelo comunitario, que no es algo fácil de asimilar. Una cosa es la teoría y otra cosa es la práctica, en el contacto directo con el usuario. Pero se supone que ellos tuvieron mucho tiempo para hacer un diagnóstico comunitario, recorrer sus comunidades y resulta que un día pregunté en el CESAMCO de Schneider por el colegio de un niños que se atendía ahí y nadie sabía qué colegio era, ni dónde estaba, cuando además estaba al lado del CESAMCO y ahí se veía que no conocían su territorio. Luego tu les preguntabas qué otras posibilidades de colegios hay, y tampoco sabían. No sabían cuales eran las redes. Entonces creo que sólo con el paso del tiempo han empezado a interactuar realmente con la comunidad, pero ha sido un proceso lento, duro y con muchos cambios.

Nosotros mismos, como USMP tampoco teníamos claro cómo manejar por ejemplo personal, porque antes nosotros manejábamos dispositivos en general, pero ahora debemos manejar desde los contratos de los profesionales, las calificaciones y hasta los días administrativos. A todos se nos ha aumentado la cantidad de trabajo en todo sentido: controlar las estadísticas, ver qué es lo que hacen y qué no hacen. Hay veces en que dan ganas de saltar al otro lado y no tener que estar en este rol controlador, aún que al otro lado tampoco debe ser fácil sentirse tan controlado, aún cuando yo trato de no controlar tanto, pese a que a veces me dan ganas.

Pero creo que ha sido un proceso que nos ha costado pero en el que hemos ido avanzando. Creo que eso es lo importante al final: se han introducido más cosas, se está trabajando más con la comunidad. Los psiquiatras no son tan comunitarios como nos gustaría que fueran. La mayoría lo único que hace es mandar al psicólogo y dar fármacos. Actualmente casi la totalidad de los usuarios está con psicofármacos, lo cual no debería ser, pero de a poco se logran algunos cambios y se va avanzando.

Yo llegué a tener horas en el CESAMCO de Schneider por algo casual. Antes había otra psiquiatra infantojuvenil que renunció y nos quedamos sin psiquiatra infantojuvenil, así que empecé a hacer horas para cubrir. Comencé yendo una mañana a la semana y ahora ya voy un día y medio, La experiencia ha sido buena, pero creo que quizá debo diversificar un poco más la oferta. Yo he trabajado más en la parte biológica pero no tanto en el tema familia, y con la

médico de familia he podido soltarme más en ese tema. Creo que sería bueno ir integrando más gente en las entrevistas porque he visto cómo va cambiando el enfoque cuando alguien más te acompaña, lo cual creo que es mejor. Yo que he trabajado más que nada con la parte biológica considero que es bueno ampliar la cobertura con el aporte de otra gente.

A veces hay problemas como que no citan a la gente cuando corresponde, o el sistema de llamado para dar hora, cosas que no me acomodan porque los considero poco efectivos, pero creo que en general, las cosas de a poco se han ido solucionando y la experiencia ha sido buena.

Yo he luchado mucho por el tema de registros, sobre todo por lo importante que es hoy en día registrar, cuando todo se paga por los registros. Ese tema ha sido muy duro, porque en general la gente que tenía más experiencia en este tipo de trabajo comunitario es a la que más le cuesta registrar, es más desordenada en el tema administrativo. Ellos debieron entender que de eso dependían sus sueldos para tomarse en serio el tema del registro.

No me puedo quejar. Creo que hemos tenido completo apoyo del director del SS Valdivia. Por ejemplo en épocas en que se ha restringido mucho el recurso humano y nosotros hemos requerido de la contratación de profesionales, siempre se ha abierto alguna posibilidad. Siempre ha habido alguna forma de privilegiar la atención clínica y hemos podido evitar que se tenga que ir alguien. El MINSAL paga un CESAMCO como tal. No tenemos los cargos, pero de ahí obtenemos los recursos para pagar los sueldos. Del otro CESAMCO estamos luchando por obtener los recursos. Nos queda un paso muy importante aún que es buscar algún fondo al cual postular para la construcción de los centros y así no seguir pagando arriendo, porque los lugares donde funcionan hoy en día los CESAMCO son arrendados y el arriendo de las casas es muy caro.

En el caso de Schneider, era un galpón y hubo que habilitarlo. Al principio estaba pensado ponerle más ventanas, pero era muy caro. Al principio pensábamos que era bueno que el lugar no fuera muy grande, porque creíamos que eso favorecería que el equipo interactuara más con la comunidad, y que así las actividades se realizaran más bien fuera del CESAMCO.

También desde el MINSAL hemos tenido mucho apoyo, a pesar de que el encargado, Alejandro Guajardo, renunció nos dejaron bastante instalados y bastantes convencidos del tema.

Ahora tenemos que intentar tener un ojo más fino para elegir a la gente que trabaje en los centros, porque nos hemos caído en algunos momentos, como todo el mundo. Creo que hemos hecho un buen trabajo al intentar seleccionar gente de distintas universidades que tengan formaciones variadas más allá de lo clínico. Hemos tratado de conseguir psiquiatras fuera de Valdivia, porque sabemos que acá los psiquiatras son netamente clínicos. Hemos intentado traer gente que venga con otras ideas. También hemos tratado de no contratar gente recién salida de la universidad, porque por lo general la gente con muy poca experiencia no sabe muy bien qué hacer, no saben manejarse tampoco

en el servicio clínico. Creo que nuestras caídas han sido en ese sentido: hemos contratado a gente muy joven, con ganas pero sin experiencia. En algunos casos nos ha ido bien con gente joven, pero en otros casos falta mucha formación para llegar a trabajar a un CESAMCO.

En relación a los médicos, ha sido muy difícil encontrar psiquiatras. Hemos tenido suerte en contar con una médico familiar que le gusta el tema de Salud Mental en general. A largo plazo, creo que es probable que sigamos contratando médicos de familia que estén interesados en el tema. Ahora se va una psiquiatra de Schneider y ya estamos pidiendo contrato de psiquiatra.

La línea de formación de los psiquiatras en Valdivia es mucho más clínica y no alcanzan a visualizar mucho del tema comunitario, y de hecho, aún en nuestro CESAMCO, los psiquiatras igual trabajan más en la línea de lo clínico. La única psiquiatra que es distinta viene con una formación de Santiago y de hecho, por eso está a cargo de las consultorías y defiende este lugar como una fuente de capacitación útil para los equipos. Otra psiquiatra, que también se formó en Santiago, ha trabajado toda su vida con jóvenes infractores de la ley y viene con una experiencia de varios años en Valparaíso y está comprometida ya con ese tema. Afortunadamente es así, sino nos habría costado mucho encontrar un psiquiatra para ese trabajo.

Yo no estoy completamente en el modelo comunitario. No hago salidas, no hago visitas domiciliarias, no voy al terreno porque las horas son muy escasas. Pero yo diría que mi formación ha sido en Santiago desde otros servicios basados en lo comunitario, y es algo más bien de postura ante la vida. Creo que siempre he visto a la persona de forma más integral, aún cuando sólo la atiende en el box. Siempre me fijo no sólo en la patología, sino que también en su entorno familiar, en el sistema escolar. En psiquiatría infantil es mucho más complejo que en psiquiatría adulto. Tu no puedes dejar a todo el grupo familiar cuando se trata de un niño; a los tíos, al colegio o al jardín, porque todos están de alguna manera involucrados en la patología o en la sintomatología del niño, ya sea causándola o haciéndose cargo. Creo que siempre es una mirada más integral, es una mirada que va más allá del niño, porque siempre hay que integrar a la familia, el sistema, la comunidad.

A veces, mi formas de integración es diferente a las del equipo. A veces por ejemplo veo un paciente y pienso que me gustaría que lo viera una terapeuta ocupacional, y lo mando, pero luego pienso que la terapeuta ocupacional hace más de lo mismo, es decir, conversa con el niño, cuando yo esperarí que haga otras cosas, como un trabajo más con el juego, y que no repita lo mismo de la historia clínica, y de la sintomatología, porque yo no busco eso, sino que busco otros aspectos, como por ejemplo que integre a ese niño en un grupo donde trabajen habilidades sociales. Siento que el equipo a veces no me entrega lo que creo que debería entregar.

Creo que uno va ampliando la mirada, pero también influye el ambiente. Yo sin duda he ampliado mi mirada en el trabajo con niños, desde que estoy en el CESAMCO en relación a mi trabajo en la Unidad de Psiquiatría del Hospital, cuando era una mirada mucho más biomédica, donde mi intervención se

reducía a dar medicamentos. Con la participación de los otros compañeros creo que se ha ampliado la forma de mirar, aún cuando hay cosas que aún cuesta integrar, por ejemplo, cuando yo pido una visita domiciliaria, mi intención es distinta a la de la persona que hace la visita domiciliaria, y entonces cuesta hacer coincidir las necesidades que uno tiene con las del otro.

Creo que los CESAMCO partieron con un hándicap, porque el hecho de que el equipo estuviera contratado mucho antes de que tuviera un espacio habilitado para trabajar, hizo que se generara la idea de que estaban “flojeando”, cuando en verdad se estaban capacitando. Ellos fueron contratados en Noviembre de 2007 y comenzaron a trabajar efectivamente con pacientes entre mayo, junio de 2008, entonces estuvieron por lo menos seis meses en capacitación, porque no había un lugar donde trabajar. Esto generó comentarios en el SS Valdivia y desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital en relación a que los equipos no estaban haciendo nada.

Los CESAMCO partieron lento, de hecho todavía el número de atenciones que se esperaba que tuvieran, no se ha logrado, o les ha costado llevar el número de atenciones a las estadísticas. Les ha costado alcanzar el nivel esperado, y en el SS, está atenta la mirada a cumplir con compromisos, que aún nos cuesta asumir. Por eso no sé que tan buena sea la imagen dentro del SS de los CESAMCO. Creo que se esperaba que todo funcionara bien y sin embargo ha habido algunos reclamos de los pacientes por que se les “tramita” mucho. Ha habido dificultades de coordinación, que hacían que se produjeran desencuentros. Por todo esto creo que puede ser que en el SS no están muy validados los CESAMCO.

A nivel de la comunidad tengo la impresión de que hay poco conocimiento. La gente en general tiene poco conocimiento sobre los CESAMCO. Quizás en sus espacio de pertenencia los CASAMCO se han dado más a conocer últimamente, pero ha sido lento. Por ejemplo si le preguntas a un chofer de locomoción colectiva dónde está el CESAMCO, no tendrá idea. De a poco se ha logrado avanzar, pero ha sido un proceso lento.

Partimos trabajando como equipo con dos psiquiatras. Una de ellas sigue trabajando con nosotros hasta hoy, ya no como coordinadora pero muy en la línea de lo comunitario. Al poco andar nos dimos cuenta de que teníamos que bajar las horas de estas profesionales. Sus horas estaban dedicadas a la gestión, pero como eran horas muy caras y muy difíciles de encontrar, sentimos que había que hacer un cambio y bajarlas de los cargos de coordinadoras para pasarlas más bien a cargos más clínicos. Finalmente las dos renunciaron, pero nosotros ya estábamos pensando en bajarlas de los cargos de coordinación porque sus horas eran muy escasas y como profesionales clínicos no podían dedicarse sólo a la gestión. No recuerdo cual fue el motivo específico para que renunciaran, pero creo que fue por una diferencia técnica. Una de ellas siguió trabajando con nosotros por un tiempo en consultorías y finalmente renunció a todo, pero la otra psiquiatra, sigue trabajando con nosotros y está muy empapada del modelo y es quien nos hace consultorías.



Actualmente creo que mis expectativas en relación a los CESAMCO son más aterrizadas. La verdad es que como persona no estoy muy optimista, pero el equipo sigue siendo fuerza común y pensando que esto tiene que resultar. De a poco han ido bajando las expectativas y se han conectado más con la realidad. Creo que de a poco va ir creciendo el tema de lo comunitario y se va a ir trabajando más en la comunidad, siempre con una mirada en la parte biológica y quizá el psiquiatra va a ser el último en salir a la comunidad. Quizás las miradas son distintas desde las distintas áreas, pero tengo un buen pronóstico sobre el futuro de los CESAMCO.

Ahora como proyecto tenemos aumentar los CESAMCO: nos urge tener uno en Panguipulli, que es una comuna que está haciendo agua por todos lados, tanto con pacientes crónicos como en las distintas áreas de Salud Mental. También nos hace falta otro CESAMCO al sur, en la provincia de Ranco y otro probablemente en Valdivia que cubra todas las áreas que aún no están cubiertas. Quizá sea con la reconversión del Hospital Base. Es decir, tenemos un plan de aquí a un par de años más para aumentar los dispositivos. Nos faltan los recursos, pero la idea está.

Yo diría que con la aparición de los CESAMCO se ha podido mejorar la cobertura. Al menos no tenemos tantas listas de espera. A veces podemos tener diez, quince, hasta veinte pacientes en espera, pero no hay más que eso, por lo que creo que se ha ampliado la cobertura con los psiquiatras que hemos contratado en los CESAMCO, pero que no alcanzan a cubrir más del 30% de la población de la región de Valdivia. Es decir, como región, el 70 % de la población está en manos del Hospital Base y el 30 % está en manos de los CESAMCO. Cada CESAMCO atiende al 15 % de la población regional.

## **ANEXO III:**

### **Narrativa Tamara Miranda (terapeuta ocupacional)**

Llegue a trabajar en el CESAMCO porque cuando postulé a Valdivia, el cargo tenía estipulado 22 horas para gestión y 22 horas para CESAMCO. Luego, eso no fue así y quedé con 44 horas en gestión y las otras horas nunca fueron traspasadas hasta principios de este año.

Llegué al CESAMCO de Schneider con ciertos prejuicios, porque desde mi rol en la USMP del SS Valdivia, había sabido de muchos cuestionamientos a ese CESAMCO. Era el blanco de la crisis en Salud Mental en ese minuto. Era como el hijo rebelde de los tres dispositivos que nacieron el 2008. Entonces llegué con una carga negativa hacia el CESAMCO y hacia todos sus integrantes en términos de desempeño, que iba desde lo técnico hasta lo administrativo. Por esto, fue difícil poder negociar conmigo misma esos aspectos

Una vez que entré hablé con quien era en ese entonces la coordinadora y le quise dejar en claro que si bien, yo venía de la USMP del SS, mi intención era integrarme al equipo como un miembro más y que iba a hacer todo lo posible para eso y que ellos tenían la libertad de decirme cuando yo no lo estuviera cumpliendo. Esa postura fue criticada por mis compañeras de la USMP del SS en términos de que yo igual era un referente de la Unidad ahí, pero fue mi postura y la que he mantenido hasta hoy en día.

Si bien hay cosas que desde la gestión puedo manejar para poder orientar mejor al equipo en las conversaciones y en las discusiones, intento no pararme desde ese lugar, sino que intento estar como una más. Es difícil porque hay y hubo mucha crítica hacia el equipo.

Estos equipos surgen los tres juntos, pero la mayor parte del trabajo se desarrolló en el sector de las ánimas: el diagnóstico se hizo en las Ánimas, la conformación de los equipos se hizo ahí también. No fue una conformación de equipos territorializada, entonces este equipo viene siendo un apéndice o lo que sobró de la otra conformación del otro, en donde cada coordinación, en ese minuto en manos de médicos psiquiatra, eligió a su equipo. Justamente la médica psiquiatra que dirigió a este equipo es alguien que ha tenido muchos conflictos con la jefa de la USMP de ese entonces. Eso creo que favoreció algo que es real, que es que el equipo no cumple lo que se espera. En términos económicos y estadísticos este equipo no se sustenta y en ese minuto era muy potente ese argumento. No había un diagnóstico, las acciones eran trabajadas desde las consultas en salud mental, nadie sabía si había colegios en el territorio, si había agrupaciones con las cuales trabajar. Las posturas que yo escuchaba en ese minuto eran que había un desconocimiento general de cuál era su rol y de cómo si iban a posicionar si no tenían idea de dónde estaban.

Eso acompañado de que no cumplían con los GES, mientras que el otro equipo le empezó a sacar partido a eso y desde la red fueron también mucho más valorados y validados. No así en Schneider: la impresión general era que en

ese CESAMCO la gente que va queda peor: se descompensa, no tiene fármacos, nunca tiene hora con psiquiatra. Las horas de psiquiatra también es un punto crítico y que ha sido crítico hasta ahora principalmente para cumplir con los GES. Por otro lado los PAB y PI nunca se pudieron armar bien hasta ahora, hace un par de meses atrás, entonces también ha habido un descontento desde las diferentes instancias que se relacionaban con el CESAMCO: el CONACE, el Consultorio externo, el CESFAM Anganchillas, el CECOF Barrios Bajos, han tenido diferentes conflictos con el rendimiento o con la capacidad de resolución que se le daba a las personas en este equipo.

Además hay algo que yo creo que aún tiene mucho peso, que es que hay una dificultad para separar lo subjetivo de lo técnico: hay una mala costumbre de hablar de las personas desde lo informal y luego hablar de lo formal y en el equipo del CESAMCO no habían personas muy amigas ni muy conocidas, entonces era más fácil criticar. Eso además del nulo acompañamiento desde la USMP. Después, en el periodo que yo entré, entraron también dos personas más de la USMP se produjo una sobre estimulación, un sobre acompañamiento, que de alguna u otra forma ha hecho que exista una relación muy paternalista hacia el equipo.

Yo llegué al equipo con algo de susto porque nunca asumo que puedo y soy bastante auto exigente. Llegué con miedo a no poder cumplir, que tiene que ver con mis conflictos personales. Mi expectativa era primero entender, porque no entendía nada: qué era el REM, qué era el SIGES, no sabía cómo funcionaban ahí, qué tenía que hacer un terapeuta ocupacional, si tenía que usar pautas o no, en qué parte del equipo estaba el terapeuta ocupacional. Tenía una mirada muy fragmentaria que ha ido desapareciendo en la medida en que me he ido sintiendo más parte del equipo y he comprendido mejor el modelo. En definitiva mi expectativa era conocer lo que había ahí y ver qué podía hacer yo. Yo hablaba desde la teoría y decía que había que trabajar en la comunidad y no dentro del CESAMCO, pero luego me di cuenta de que el proceso de este equipo era muy anterior a eso, así que mi principal expectativa fue conocer y tratar de desempeñarme bien, porque además estaban las expectativas desde la USMP.

Creo que de a poco me ido tranquilizando, aún cuando hace poco tuve una crisis, porque esto de estar en la gestión y tener un doble rol, me absorbía y no me permitía darle continuidad a mis horas. Me costó mucho y creo que recién tengo continuidad en las intervenciones o en el trabajo con las personas, por lo tanto mis expectativas también han cambiado: desde la expectativa de sólo conocer he pasado a la expectativa de cumplir con un rendimiento. Ahora que me siento parte de un equipo, que tiene una gran capacidad reflexiva, donde me siento cómoda, mis expectativas están más aterrizadas al mismo proceso del equipo, más que en tratar de cumplir y dar tratamiento a los GES; Mi expectativa hoy también es tratar de iniciar un trabajo en rehabilitación en conjunto con la otra terapeuta ocupacional y en conjunto con los hogares y empezar un trabajo ya más afuera del CESAMCO y en ésta área que está algo abandonada.

Esto fue cambiando en la medida en que me fui sintiendo parte del equipo y fui conociendo lo que pasaba ahí y entendiendo más lo que pasaba entre el CESAMCO y la USMP.

Al principio la relación con los demás del equipo fue difícil, creo que porque me veían como parte de la USMP y hasta el día de hoy eso es complicado. Por ejemplo, a veces estábamos en alguna reunión o en algún espacio fuera del trabajo y había una crítica constante a la USMP que se dirigía a mi, creo que en el entendido de que yo era parte de la USMP y que puedo hacer de interlocutora. Al principio lo sentía muy injusto porque yo intentaba hacer la separación de roles, pero el equipo igual me veía como parte de la USMP.

Mi forma de ser no es muy compatible con las relaciones jerárquicas, aún que a veces puedo caer en eso, pero intento ser muy espontánea y trato de ser muy evidente en lo que me falta, en lo que tengo, en lo que me cuesta, porque intento relajar eso antes que mis capacidades.

Creo que eso es lo que a mi me queda de este proceso en el que fui negociando ambas partes: Hoy en día la relación es mucho más de equipo que antes, donde yo me siento parte y siento que apporto al equipo, a pesar de que hubo un minuto en que casi iba sólo a las reuniones. Siento que he sido un apoyo para la coordinadora y para la reflexión.

Con los usuarios pasé de sentir que no estaba aportando nada a ahora en que efectivamente estoy llevando un proceso con ellos y que estoy con otro compañero atendiendo en conjunto. A sido un proceso complicado, lo cual creo que tiene ver con mi propio funcionamiento: parto de lo general y disgregado a estructurar y para mi los procesos siempre han sido lentos. Me cuesta ordenar el caos para poder llegar al orden.

Como ya he mencionado yo tenía un discurso desde lo teórico muy armado que se ha modificado. Cuando llegué al CESAMCO empecé a hacer cosas sin sentido y fragmentadas, individualizadas y no contextualizadas. Ahora he empezado a hacer cosas más desde lo práctico de lo que es, o de lo que intenta ser el modelo comunitario, sin dejar de ver cómo se integra este modelo en el proceso de este equipo. No es el modelo en sí lo que se está haciendo ahora, pero quizá es un tránsito hacia este modelo. En este tránsito siento que estoy a la par: si bien mis acciones no se concentran completamente afuera si está el modelo instaurado en mi mirada y en lo que hablo con las personas. Eso es algo que antes no podía hacer, porque estaba muy fragmentada. No sabía desde dónde abordar a la persona y hoy en día cuando me enfrento con alguien sé como abordar, como conocer, como establecer una relación sin que se constituya en una relación de poder, le doy a la persona el poder de decisión para establecer sus propios objetivos de intervención, ya el diagnóstico no es importante para mi y se lo digo abiertamente.

A pesa de que en un momento fue difícil poner esto en práctica, creo que es algo que venía de antes. Quizá tiene que ver con mi historia, pero más específicamente con algunos lugares de mi formación, en donde me hicieron sentido las relaciones humanas desde lo horizontal. No sé por qué me hace

tanto sentido, tendría que ir hacia atrás quizá para reconocer desde donde parte, pero creo que viene de antes, desde la formación en mi propia familia, de la formación en el colegio en el que estuve y desde mis propias características personales. Yo siempre establezco o intento establecer relaciones con las personas y eso se ha potenciado acá con un equipo que piensa de forma similar o que valida eso desde un modelo, desde un conocimiento, desde un saber y desde una historia.

Al principio me derivaban a todos para que yo les hiciera la estructura de sus rutinas, a lo cual en algún minuto me opuse porque yo no estoy para armarle el horario a nadie. Creo que eso lo puede hacer cualquiera. Hoy en día si bien el fundamento para derivármelos es que la persona no hace nada, ahora llegan usuarios con un perfil amplio: un niño de 11 años, un adolescente de 19 años, una mujer de 23 años, otra de 19, que tiene como diagnóstico un trastorno de conducta alimentaria, un chico que necesita apoyo para estudiar y para tener menos conflictos con su familia y con el entorno y que estaba metido en temas de drogas. Creo que es un perfil de personas muy diverso, pero la razón por la que llegan tiene que ver con el tiempo libre, gente que no sabe qué hacer durante el día, o por problemas de desempeño en lo académico, o casos que no tienen forma desde la Salud Mental, por ejemplo una chica que llega con un diagnóstico de obesidad e insulino dependencia y posible depresión. No sé por qué pero son más o menos los típicos casos que me piden que vea yo.

Luego, más allá de lo que dice el papel, recorremos la historia y me doy cuenta de que hay muchos más. Por ejemplo el otro día llegó una chica que tenía todos estos diagnósticos pero además tenía un problema conductual en el colegio, pero ella estuvo diez años de su vida estudiando en un colegio hospitalario y de ahí pasó al colegio "normal". Obviamente hay un tema adaptativo: a nadie le importó todos esos años de experiencia previa y de pronto de un minuto al otro pasa a este otro colegio, por supuesto va a haber una crisis en lo social, en lo familiar, en ella como persona. Entonces yo comencé todo un trabajo de re significación de lo anterior, de reconocimiento, donde ella por ejemplo me trae los peluches que la acompañaron durante toda su estadía en el hospital y trabajamos con ellos.

Así yo le voy dando otra mirada a lo que se espera desde el equipo e intento conversar con la persona de lo que a ella le hace sentido y de hacer ver cuáles son mis competencias. Por ejemplo yo les digo a las personas que no sé de fármacos y que no le voy a dar fármacos, que no me interesan sus diagnósticos. A veces no es tan así, pero me lo digo a mi misma y conversamos acerca de qué pasa con ese diagnóstico y de que para mí no es relevante en la relación.

En mis 11 horas, veo aproximadamente a 10 personas. Cuando las veo, busco conocer la historia de la persona y cuáles pueden ser aquellos puntos críticos que en este minuto hacen que la persona sienta que necesita ayuda. Da lo mismo si ese es un aspecto desde la rutina, si es un aspecto desde lo emocional, desde el funcionamiento, desde lo familiar, desde lo escolar. Busco conocer qué es lo que trae a la persona, cuál es el tope. Luego, con la persona

y desde mis competencias busco cómo podemos trabajar para que eso sea más sostenible en el tiempo, más llevable y más funcional.

Yo no hago ningún tipo de evaluación formal y quizá eso puede ser una debilidad a la hora de querer validar lo que se está haciendo, pero hasta ahora simplemente hablo de lo que a las personas les pasa. Por ejemplo con una chica que tenía una bulimia hace muchos años, empezamos a hablar de lo que a ella le pasa. Es una chica que está muy sola acá en Valdivia porque ella es de Temuco y empezó a dejar de vomitar en algún minuto, no sé por qué. No sé si fue por lo que hablamos o no.

El flujo que he establecido con los usuarios se podría describir en conocer sus historias y cual es su problemática, diseñar algo en conjunto, luego acompañar a esta persona a sus lugares significativos. Por ejemplo en el caso puntual que mencioné, ella tiene un problema con la Universidad y siente que no se puede concentrar y que nos está rindiendo y que hubo un quiebre desde que terminó con su ex novio. Con ella fui a conocer la Universidad donde estudia y el lugar donde vive. La idea es que ella me presente esos lugares como ellos los siente. La idea es ir con ella y por ejemplo trabajar en nuevas estrategias de estudio en la biblioteca de la Universidad y no en el box, y al ir a donde ella vive, ver el lugar donde pasa la mayor parte del tiempo sola. No tengo un fundamento para esto desde lo científico, pero creo que si uno conoce y valida esos lugares, la persona es capaz de aceptar que eso es lo que tiene, pero también que quizá hay algo más allá, porque ya hay alguien que lo conoce y lo valida y que hay que avanzar hacia otros espacios y hacia otros lugares.

Cuando ya tengo una idea de lo que quiero lograr, siempre lo converso antes con la persona y hago una negociación. Le digo “esto es lo que yo he pensado que es lo más adecuado desde la información que tu me has dado. ¿te parece que primero veamos esto, y luego esto y después esto otro?”. Siempre trato de estructurar por pasos y dejar bien definido qué será primero y qué será después y nos ponemos de acuerdo. Por ejemplo le pregunto a la persona ¿te parece que te acompañe a tal lugar? ¿Puedo llamar a tu esposa para que hablemos?. Voy desde la propuesta a la acción con la persona.

Como ya he mencionado, viví recientemente un periodo de crisis, por lo que recién ahora estoy en este proceso con la mayoría de las personas que atiendo y no he podido desarrollar mucho trabajo afuera del CESAMCO. Estoy en esta primera parte de negociar, de ver, de estructurar, aún que estructurando más afuera que adentro del CESAMCO. Ahora estoy por ejemplo acompañando a algunas personas a un taller de yoga que se hace en un colegio y que es gratuito. Yo las llamo y nos ponemos de acuerdo y a algunas las voy a buscar, con otras nos juntamos allá, a veces las voy a dejar, a veces no. Pero hace poco empecé a estructurar mejor mi tiempo y hace poco se me empezó a llenar la agenda, quizá sea hace menos de un mes en el que yo siento que estoy llevando un proceso continuo con las personas.

Con un usuario, he tenido un proceso más fuera del CESAMCO. A él lo iba a ver a la casa, porque tiene un síndrome neuromuscular, por lo que no sale de la casa. Con él he estado yendo constantemente a la casa, hasta que un día

nos dijo que quería ir a yoga, pero que necesitaba una silla porque no se podía parar. Lamentablemente justo ese día nos atrasamos y él se desmotivó así que al final fuimos con su hermana, pero el próximo jueves queremos ir con él. Este caso es lo más cercano en lo concreto, que he podido lograr a lo que me he planteado con las personas.

La chica que mencioné antes se fue de vacaciones y ahora recién vuelve. Con la chica que tenía problemas conductuales quiero ir a conocer su escuela hospitalaria, pero se me hacen cortas las 11 horas, sumadas a mi propia disgregación. Me cuesta organizarlo. Ha sido un proceso muy lento entre el caos, que fueron aproximadamente tres meses, la re estructuración que fue aproximadamente un mes más y el proceso de continuidad que empezó recién ahora

En este último tiempo, llego al CESAMCO y empiezo a ver mi agenda y ver a quién no llamé, qué no hice, por que con el trabajo en gestión es típico que tengo que ir a reuniones en horarios que en principio son para la atención y tengo que mover horas. Luego, tengo que reorganizar una y otra vez la lista de las personas y revisar las fichas.

Creo que con el psicólogo es con quien más hablo en relación a los casos que tengo. Con él reflexiono, no sé si será también por afinidad personal, pero creo que es porque él está mucho más tiempo en el CESAMCO y además tenemos casos en conjunto. La asistente social el otro día se me acercó por un caso puntual de una persona que había hecho abandono y que después volvió. Ella se encontró con la esposa de este usuario, por casualidad y esta le mencionó mi nombre, así que por eso ella me contactó, pero este tipo de coordinaciones no se dan en espacios estructurados.

Normalmente en las reuniones de equipo son pocos los casos que yo puedo presentar. Si los presento son por evaluaciones de proceso o por ingresos. Los espacios de reflexión, en ausencia de los usuarios se dan en tiempos libres y no estructurados. Cada realidad es diferente, entonces cómo se da la reflexión y la conversación y cómo se aborda, también. A veces se puede abordar desde la contra transferencia que produce una persona, o desde la ternura o pena que me provoca tal persona. Con el psicólogo por ejemplo, tenemos un caso en común de una mujer que tiene bulimia desde hace muchos años y hacemos intervenciones juntos y después empezamos a hablar: “oye, tu fuiste como el papá y yo como la mamá” o “te diste cuenta lo que yo quise decir” o “entonces podríamos hacer esto con esta persona”, “podríamos invitarla a yoga” “si él quiere ir a yoga” o “¿te diste cuenta que tal persona tiene tales características?”, “entonces nuestra estrategia será la confrontación”. Nos ponemos de acuerdo cómo llevar a cabo esa intervención.

En el caso de otro chico que va por un tema escolar, yo me programé sesiones puntuales para ver el tema de la motivación al estudio desde una perspectiva muy cognitivo conductual: ¿Qué es para ti el estudio? ¿Cómo estudias? ¿Qué es lo que más te gusta?, pero desde ahí surgieron otras cosas: habló de su familia, de conflictos familiares y de sus temores, así que le dije al psicólogo. Yo sabía que él estaba trabajando desde otra perspectiva con el chico, y creí

necesario contarle lo que surgió de mis conversaciones con él para que pudiera abordarlo, quizás con más en profundidad.

Creo que yo misma soy el mayor obstáculo para llevar a cabo mis planes de intervención, porque soy un poco disgregada en mi funcionamiento, sumado a la disgregación de horas y la multiplicidad de responsabilidades y de roles que tengo. El otro rol que tengo en gestión me lleva a un constante desafío en relación a la estructura y en velar porque sea continuo lo que estoy haciendo. Esto además de la propia desorganización y desestructuración que tiene el CESAMCO y que se ha dado por los integrantes que lo conformamos. En resumen, creo que es una dificultad que parte por mí y por otro lado que se da en el CESAMCO.

Para mí no es importante el tema de las estadísticas, porque como tengo poca relevancia en ella, la verdad es que no me preocupa mucho por eso ahora. Entonces no constituye para mí un obstáculo, es más, me ayuda a poder ordenarme mejor y a tener conciencia de que tengo que registrar, que tengo que anotar, cosas que me cuesta hacer.

Otro obstáculo con el que me encuentro es el poco conocimiento de la red de Valdivia. Ahora conozco más pero todavía me cuesta mirar Valdivia como una ciudad que funciona, que tiene redes. Aún me cuesta porque yo aún estoy pegada con mi ciudad de origen: como que para mí la ciudad está en Santiago y aquí es mi lugar de trabajo, en donde a veces me siento parte y a veces no.

En conclusión, diría que hay tres obstáculos: yo y mi funcionamiento como persona, que puede ir acompañado de mi poca experiencia, el funcionamiento propio del equipo y el no sentirme parte de este lugar. Creo que son obstáculos que se traducen en la práctica, porque como no conozco Valdivia, mi forma de poder llegar a la comunidad son los propios usuarios, entonces yo no me posiciono ante ellos como quien los va llevar sino que le les pido a ellos que me lleven. Quizá no se vea como un obstáculo pero a veces sí lo es porque me desorienta y no sé cuáles son los recursos que tengo afuera.

En relación al equipo del CESAMCO de Schneider, creo que está constituido por personas, no sé si muy impulsivas o sensibles, pero con una capacidad emocional mucho más reconocida. Si alguien tiene rabia la expresa y se le nota. En este equipo yo tengo la confianza como para algún día poder decirle a la coordinadora “estoy harta” o “me siento mal” y quizá se me sale algún lloriqueo. El recurso humano es muy consciente de que es humano, así que la pugna creo que está en que nos obligan a institucionalizarnos y nos cuesta porque somos quizá muy humanos para funcionar, quizá inmaduros, con poca experiencia, excepto la coordinadora que tiene experiencia en esto y el auxiliar que tiene experiencia de vida. Somos un equipo abiertos a aprender y a conocer y no resistente a cuestionarse. No todos, pero creo que en general hay una mayor apertura a cuestionarnos, a plantearnos nuevas formas de intervención, de hacer, de mirarnos.

Por otro lado creo que hay tensiones en el equipo que están marcadas por la historia. Creo que hemos sentido un continuo cuestionamiento a lo que somos



como equipo, a nuestras capacidades y nuestras herramientas y esa tensión también se ve particularmente en quien fue la anterior coordinadora y a quien se le destituyó con una fuerte crítica a su rol. Además eso no se abordó dentro del mismo equipo y ella ocupó otros canales para desahogarse, por ejemplo en reuniones fuera del trabajo donde yo he tenido que recibir su rabia, que es una rabia muy válida. Lo hablábamos con la actual coordinadora: la anterior coordinadora, tiene una posición muy resistente, pero que yo creo que es muy válida. No creo que lo haga por empeorar las cosas, sino que hay algo que nunca se conversó, que no se ha resuelto. No ha habido un espacio para reconciliarse con algo que quedó muy herido y que tiene que ver con el manejo desde la USMP del SS y además potenciado por la salida de una de sus amigas que fue despedida y en instancias en que no hubo ningún respaldo formal, ninguna evaluación. Me llama la atención que eso tampoco se habló, no sé si fue porque se evitó, porque podía ser conflictivo.

Por mi trabajo en la USMP yo había sabido que el equipo estaba en desacuerdo con esta persona, por como ella era y por como ella actuaba, pero principalmente desde lo técnico, porque no se lograba integrar al quehacer del equipo y finalmente hacía sola las cosas. Por eso yo creo que el equipo estuvo de acuerdo finalmente con el despido sin cuestionar las razones específicas y la forma en que se hizo, que vulneró todo derecho que ella pudiese tener como persona y como trabajadora. Esto es algo que generó y que hasta el día genera inseguridad laboral, porque esto te descubre que a ti también te pueden despedir en esas mismas condiciones y eso establece un ambiente de tensión en el que finalmente nuestras condiciones laborales no son seguras porque nos pueden despedir cuando quieran y da igual si hay un respaldo o no. No podemos alegarle a nadie. Creo que ese es el mensaje implícito más allá de la situación de esta persona.

Creo que por eso no quisimos ver lo que estaba pasando y sólo asumimos que una compañera de trabajo se fue. Este despido se esperaba porque había rumores, pero también creo que los demás pensamos que era mejor no reclamar y no decir nada porque lo mismo nos podía pasar a los otros también.

En las reuniones, dependiendo del día, de los temas que se aborden y de las personas que estén, a veces se dan puntos de encuentro: cuando se juntan las fuerzas para llevar a cabo proyectos. En esas situaciones se ve que fluyen las cosas en lo laboral, sin embargo, yo creo que los puntos de encuentro se dan más fuertemente en instancias fuera del trabajo, como cuando vamos a un asado en casa de alguien. Creo que ahí los puntos de encuentro están dados por las características personales y humanas de todos nosotros y también por las formas de pensar desde lo profesional o desde lo laboral.

En el CESAMCO, en el patio, donde está la leña, habitualmente nos reunimos a fumar y ahí hablamos. En ese espacio, yo encuentro que puedo hablar de manera informal; ahí al lado de la leña, debajo de la escalera con el cigarrillo para calmar la ansiedad.

Ahora que llegó una nueva enfermera y una nueva técnico paramédico y un nuevo secretario, creo que se descomprimió un poco el ambiente de tensión,

porque la anterior técnico paramédico era muy crítica y ponía puntos en tensión constantemente, y por otro lado, la anterior enfermera discutía constantemente con el psicólogo y junto con la anterior coordinadora eran un bloque muy fuerte. Creo que con el tiempo se ha modificado la tensión que tiene que ver con lo relacional.

Otro punto de tensión tiene que ver con los registros estadísticos. Creo que desde lo administrativo, nadie del equipo tiene mucha competencia. A todos los que estamos ahí nos cuesta el orden, la estructura. En ese sentido, la secretaria era clave, pero ahora no está, así que hemos tenido algo así como una pequeña crisis y todavía nadie sabe bien cómo orientar al secretario que está de reemplazo.

En resumen, lo administrativo y lo relacional son problemáticos, por la fuerte expresividad emocional en el equipo: Desde que llegué los principales hitos en el CESAMCO han sido el cambio de coordinación, la salida de una de las integrantes, la llegada mía y de otra persona de la USMP, la salida y entrada de médicos psiquiatras, que ya ni siquiera sé cuantos han sido, la salida de la secretaria por prenatal, y la fuerte crítica que hubo desde la USMP porque el equipo no estaba cumpliendo con la estadística. Esto último marcó también una crisis en el equipo, en la cual la actual coordinadora se vio sobrepasada.

Antes de que yo llegara, me imagino que otras cosas que marcaron hitos, fueron que la psiquiatra que fue la primera coordinadora, haya dejado de serlo y que tuviese que asumir otra persona. Desconozco más detalles de la historia. Lo que sé es que la psiquiatra que fue la primera coordinadora del CESAMCO tenía muchos problemas con la que entonces era la encargada de USMP. Sé que hubo un problema, pero nunca he sabido con detalles qué pasó y no quiero indagar porque creo que sería como remover algo que podría ser complicado.

Hoy en día, a partir de las venidas de Alejandro Guajardo, Schneider se ha posicionado como un equipo fuerte desde lo teórico. Si bien los miembros de este equipo tienen menor experiencia, tienen mayor capacidad reflexiva y por lo tanto tienen mayor capacidad de moldearse al modelo. No tienen posturas rígidas, por lo tanto hay un mejor pronóstico para este equipo. También hay otra persona que es amiga de la actual coordinadora y que está en la USMP que también ha tenido un rol en posicionar al equipo ante la Unidad. Por un tema personal y también técnico, valida los años de experiencia y lo que está desarrollando la actual coordinadora. Esto se potencia con la venida de Alejandro Guajardo y hoy en día la visión que se tiene del CESAMCO desde la USMP es positiva desde lo técnico y negativa desde lo administrativo, entonces se está intentando ver cómo se puede ayudar a este equipo para que cumpla con lo administrativo, porque se asume que el problema no es que no haga, sino que hay un problema de registro.

Todo lo que he mencionado son cosas que he ido reflexionando a lo largo del tiempo. Creo que soy muy crítica con la USMP del SS, porque tampoco me siento parte de ella. En la lógica persecutoria que todos tenemos, es algo que me hace sentir mal y mi crítica quizá es un poco más dura y quizá no sería tan

dura si me sintiera parte, y quizá defendería la postura de la USMP pero no me hace sentido defenderla. A veces si, en algunos aspectos, pero por otro lado, creo que hay una gran incoherencia entre lo que se dice y lo que se hace porque no se ha sabido equilibrar el modelo institucional en el que estamos con lo que se está hablando, entonces se genera mucha confusión. Yo ahora estoy tratando de equilibrar un poco mi postura para no ser tan crítica, porque sino ¿cómo voy a trabajar a gusto?

Se cuestiona a las personas desde el cumplimiento de estadísticas y no desde una mirada de los procesos. Por ejemplo en el tema de los hogares, hay una mirada muy crítica a quienes trabajan ahí y esas personas vienen de sus casas a trabajar a un Hogar Protegido ¿cómo van a saber de un día para otro qué es lo que están haciendo? ¿Cómo van a pasar de ser cuidadores a ser acompañantes de un día para el otro? Ahora estamos en ese proceso: pasar de ser cuidadores a ser monitores, pero eso a veces no es comprendido y esa poca comprensión de los procesos es a todo nivel y cuesta porque la institución exige productos, hechos, cosas concretas, que en Salud Mental es muy difícil que se den. Quizá uno puede concretizar cosas a través de la sistematización, del acta de la reunión, pero eso cuesta porque a veces uno se pierde en el proceso y cuesta bajarlo a la sistematización.

Creo que las personas que están en la USMP están muy institucionalizadas, a pesar de tener la capacidad de reflexión. Creo que finalmente el sistema los consume porque hay un tema de trabajo de por medio: si yo no opero desde la lógica del poder, desde la lógica política, pierdo el trabajo. Al menos yo lo interpreto así, quizá estoy en mi etapa paranoide, pero yo he sentido muy fuerte el tema político y de poder y la incoherencia entre lo que se dice y lo que se hace. Hay cosas que no se cuestionan porque involucran a los amigos o amigos de los amigos.

## **ANEXO IV:**

### **Narrativa Marcela Muñoz (Trabajadora Social)**

Llegué a trabajar al CASAMCO porque postulé a un llamado a concurso público. Luego fui a una entrevista con tres o cuatro personas y fui seleccionada dentro del primer equipo. Entré a trabajar en Noviembre del 2007. La verdad es que no tenía idea de qué se trataban los Centros de Salud Mental Comunitarios. Llegué aquí básicamente por buscar trabajo. Me explicaron un poco en la entrevista así que algo logré captar y luego estuve buscando en Internet. No había mucha información puntual acerca de los CESAMCO, a los más se hablaba de la Salud Mental Comunitaria y los COSAM o los servicios de psiquiatría.

Cuando postulé en realidad, no sabía bien de qué se trataba. Estaba buscando trabajo, pero ya con la entrevista tuve los primeros indicios de qué se trataba y después con los primeros encuentros, creo que me gustó bastante el enfoque.

La verdad es que nunca pensé en trabajar en Salud Mental, o sea, nunca me lo imaginé pero el tema comunitario era lo mío, sin embargo, no sabía que se podían hilar las dos cosas, así que a medida que fueron pasando los primeros dos meses, me encantó la idea. Además era todo un desafío acá en Valdivia, por lo que nos decían desde el SS Valdivia: era algo nuevo, que tenía que ver con la modificación de los COSAM, así que me empapé bastante en el tema y me ilusioné también bastante con la idea de lo que se quería implementar acá.

A medida que ha ido pasando el tiempo, en la actualidad ha habido varias desilusiones. No sé qué influirá, no sé si es desde arriba, no sé si son las estadísticas, pero tal como lo cometamos siempre, el Enfoque Comunitarios no fue tan así como se nos dijo al principio y eso en algún momento a mi me desilusionó bastante. Ahora ya me acomodé nuevamente; fueron los procesos que fui viviendo.

Desde la formación y la experiencia que yo tenía, el trabajo comunitario era trabajar con las organizaciones, trabajar con la comunidad, trabajar en el sector, conocer e ir resolviendo a la par con la comunidad las necesidades y los problemas, que no eran necesariamente de Salud Mental. Como ya mencioné nunca lo relacioné con el tema de la Salud Mental, pero esa era la idea con la que venía del trabajo comunitario y lo que creo que aún falta. No sé si será porque todavía estamos instalándonos, pese a que ya llevamos casi dos años.

Al principio funcionábamos los dos equipos: partimos los dos juntos y de hecho nadie sabía en qué centro se iba a quedar, así que trabajamos muy en conjunto y formamos un equipo creo muy unido. Luego, obviamente, cuando separaron los equipos y dado que las dinámicas de cada territorio y de cada equipo eran diferentes, creo que nos fuimos separando o cada uno se fue enfocando en su centro.

Al principio yo veía que algunos venían con experiencia en Salud Mental Comunitaria y creí que los equipos podían hacer muchas cosas. Además creo que estábamos todos con ideales similares, éramos un grupo joven y por tanto todavía maleable o que podíamos hacer algo distinto, así que mis expectativas en realidad eran bastante altas con respecto a los centros y al equipo. A medida que va pasando el tiempo uno se va dando cuenta de que no es tan fácil implementar algo, creo que por las trabas que van apareciendo en el sistema. Cuando estamos regidos por dinámicas que vienen desde MINSAL y que no se moldean a la realidad local, creo que se va dividiendo al equipo, además de todos los cambios que hemos tenido.

De quienes partimos en este centro quedamos tres personas; el psicólogo, el auxiliar y yo. Todos los demás se han ido cambiando o se han ido, por lo que no sé si en este momento podemos hablar de un equipo, porque se está reconstruyendo un equipo de trabajo. Sandra, que es la coordinadora llegó este año y ahora han llegado la nueva enfermera, la técnico paramédico, entonces ha sido como un proceso de cambio constante en el que ha sido bastante difícil afeatarlos.

Partimos primero en un proceso de capacitación, diagnóstico y planificación. Eso no involucraba estar directamente con los usuarios, entonces ese primer momento fue distinto a lo que vino cuando abrimos los centros. Cuando abrimos los Centros yo tuve el rol de coordinación, lo cual me hacía estar desde otra perspectiva dentro del equipo. No tenía mucha atención directa con usuarios porque me aboqué al tema de coordinación y además teníamos menos usuarios que este año, por lo que no era tanta la necesidad.

También influyó la mirada desde las psiquiatras, desde lo biomédico. Eso sumado a la cantidad de usuarios y también a que el equipo está todavía tratando de ver cómo hacer. Entonces, el año pasado, recuerdo que finalmente las intervenciones eran casi exclusivamente de psiquiatras y psicólogos, por lo que mi rol lo enfoqué casi por completo a la coordinación. Esto ha hecho que lo que estoy haciendo ahora sea muy distinto a lo anterior: primero porque no había usuarios, luego porque me aboqué a la coordinación y ahora, que tenemos varios usuarios y he asumido completamente mi rol de trabajadora social. Entonces es difícil hacer una comparación desde el comienzo hasta ahora de cómo he enfrentado los diferentes problemas, porque efectivamente los he enfrentado de diferente manera, por los roles y por los momentos.

Creo que el año pasado estaba muy motivada con el tema de los centros y ahora estoy en la postura de ir haciendo lo que se pueda hacer dentro del sistema, lo cual ha sido un freno importante que ha provocado varias discusiones y no sé si conflictos, pero sí trabas y discusiones importantes acerca de cómo hacer las cosas.

Ahora estoy tratando de hacer las cosas bien y de no salirme de este enfoque tampoco, pero creo que estoy enfrentando las cosas de manera distinta: creo que ya no me estoy centrando solamente en mi trabajo, como si lo hice en algún momento, en que vivía en torno él. Este es mi primer empleo formal y creo que eso me jugó en contra al principio, además de que yo soy bastante

trabajólica y venía con muchas ilusiones, no sólo por ser mi primer trabajo, sino que porque me plantearon que este era un modelo distinto, donde había horizontalidad entre nosotros y los usuarios y entre los miembros del equipo y todas estas ideas que son muy lindas, pero que finalmente es difícil ponerlas en práctica. No sé si tiene que ver con nosotros. Todavía estoy tratando de responderme a qué se debe: si es el equipo, si es la red, o si son los usuarios, o somos todo el conjunto que no estamos acostumbrados a trabajar así y las trabas administrativas desde arriba.

Al principio yo no tenía claro qué era la Salud Mental. Si bien es cierto que en la Universidad tenemos una asignatura de Salud Mental, en ningún momento lo vemos muy profundamente. Cuando llegué al Centro, quizá por mis características personales, yo no creía que existiera por ejemplo la depresión, pese a que había tenido personas cercanas con depresión. Yo decía por ejemplo que jamás iría a un psicólogo y yo también relacionaba mucho el tema de Salud Mental con psicólogos o psiquiatras. Creo que tampoco me veía trabajando en esto porque no sabía qué podía hacer. En ese sentido a cambiado bastante mi percepción de la Salud Mental en términos generales. Por un lado el tema de la depresión es algo que vemos mucho acá en este centro y otros problemas más discapacitantes como por ejemplo la Esquizofrenia. En realidad eran temas que ni siquiera tenía presentes en mi vida cotidiana, que ni siquiera los había pensado ni cuestionado.

Para mi existía la discapacidad psíquica, así como existía la discapacidad física, pero no era un tema en mi vida. Creo que mi tema siempre fue el de las personas en situación de vulneración o de vulnerabilidad, como las minorías, y ahí cabía el tema de la discapacidad, pero así como también cabía el tema étnico, las personas con VIH, etc. Eso siempre me gustó, pero no porque me haya centrado en una minoría puntual, sino porque para mi las minorías eran importantes en todas sus formas y siempre quise trabajar en algo así, porque hay un desafío: se trata de cambiar el estigma que existe, pero no hacía la división entre discapacidad psíquica y otras, porque era algo que no estaba presente en mi vida.

Ahora es como darme cuenta de que la Salud Mental está presente en todas partes. Ya esas personas que fueron cercanas en algún momento, ahora que miro hacia atrás, me doy cuenta de que efectivamente estaban muy mal o veo que las personas efectivamente hacen determinadas acciones, no porque sean malas o porque sean flojas. Ha sido como sacarme los estigmas, que sin querer tenía. Antes me hubiera preguntado ¿por qué no trabaja esta persona? ¿Por qué es tan floja? Y ahora me doy cuenta de que efectivamente cuesta.

Creo que ahí cabe el tema de cómo me veo yo aportando a las Salud Mental y que en realidad a veces no sé cómo hacerlo, porque depende mucho de la persona, las transformaciones que quiere en su vida y en su contexto. En esta "inserción" o "reinserción" yo no sé de qué manera nosotros podemos aportar para que ocurra. Es paradójico, porque a veces pienso que podemos hacer tantas cosas y me siento más empoderada para trabajar en Salud Mental, pero de pronto me pregunto qué podemos hacer si las condiciones sociales no están

dadas para que las personas se reinseren y las mismas personas, hay veces en que no saben o no quieren, y ahí hay muchas limitantes.

Haciendo un panorama general de los usuarios que yo veo por algún u otro motivo, es extraño, pero la mayoría son mujeres con depresión. No sé si será porque a mi me gusta trabajar con las mujeres o porque uno se va enmarcando en una línea, pero veo muy pocos usuarios niños, y adolescentes y hombres también tengo pocos. Finalmente los usuarios que yo veo son mujeres con depresión y que también están en alguna u otra medida asociadas al tema de violencia intrafamiliar, ya sea desde la pareja o por ejemplo, que cuando niñas han tenido problemas de abuso. Son mujeres muy solas, aún cuando estén viviendo con sus familias. Llegan mujeres que están siendo muy mal tratadas pero no pueden separarse de sus parejas porque ellas sienten que tienen que vivir con su pareja y si tienen hijos a veces la familia de origen les dicen que tienen que aguantar, entonces por lo mismo, ellas se van sintiendo cada vez más solas y van guardándose las cosas que les pasan y van normalizando también esas cosas que les pasan y eso las hace apartarse.

Acá las mujeres generalmente llegan solas y no tienen mucha red de apoyo social ni familiar. Tampoco tienen más ocupaciones que las del contexto privado, de la casa y las labores domésticas.

Cuando llegan acá, estas personas están buscando ayuda. Hay personas que quieren que nosotros les solucionemos los problemas y las “mejoremos”, hay otras que en realidad no tienen idea por qué vienen y no saben qué es esto ni saben cómo otra persona podría ayudarles a solucionar los problemas que pudieran tener. Creo que la mitad de las personas vienen con expectativas muy altas hacia el equipo, pero así también la otra mitad viene sin ninguna expectativa de que podamos ayudarles.

Las personas que llevan arto tiempo en el sistema vienen por el tema de los medicamentos, pero los que vienen por primera vez, hay muchos que no saben de pastillas ni quieren tomar medicamentos y al final, sin ellos saberlo, están como obligados a tomarlos. Si no tuvieran que pasar por un sistema de garantías, en el cual habitualmente tienen que pasar por el psiquiatra, y donde el psiquiatra habitualmente les indica medicamentos, creo que no los tomarían.

Cuando llega alguien, lo que inevitablemente necesito conocer es el contexto general de esa persona y su historia de vida, qué la hace llegar hasta acá o qué la hace estar en una situación complicada. También me centro en conocer las redes de apoyo. Esta información la obtengo de las consultas con las personas y con algún familiar si es posible y a través de las visitas. No tengo una pauta a seguir, es un proceso que se va dando y que no ocurre en una pura sesión. No puedo identificar alguna forma de organización de esta información, lo cual si lo pienso, creo que es una gran falencia y creo que nadie en el equipo lo hace, pero es difícil cuando no hay una cosa más importante que otra. Yo lo he intentado, pero no logro hacerlo. Por ejemplo, estamos empezando a trabajar en algo y sale otra cosa que también es importante. Yo partí trabajando con una pauta más del ámbito del trabajo social, pero luego la fui eliminando porque no me era posible usarla.

Yo me voy centrando en pasos: sale un tema y me centro en eso y lo vamos resolviendo Me interesa conocer los por qué y empezar a descubrir en conjunto con la persona por qué viene, porque en verdad hay muchos que no saben por qué vienen. Saben que tienen una depresión severa pero porque les dijeron que tenían una depresión severa, pero no saben qué conlleva eso.

Me enfoco mucho en la depresión severa porque la mayoría de nuestros usuarios tienen depresión severa o trastorno de personalidad. Por ejemplo son muy pocas las personas con esquizofrenia, a lo más cinco de toda la población que son más de cien. Entonces la mayoría viene por depresión severa o tiene asociado un trastorno de personalidad, pero ellos saben eso porque se los dijeron, pero no saben qué es o cómo llegaron a eso o qué implica eso.

Creo que mi rol acá ha sido conocer, evaluar y educar a las personas sobre de qué se trata lo que tiene y también cuáles son las herramientas para salir adelante.

Mis intervenciones son más que nada sesiones de conversación. Ahí entra el tema del sistema, porque lamentablemente no se pueden hacer muchas más cosas. Yo he intentado hacer otras cosas pero luego dónde las registro y quedo como atrapada, porque en algún momento fuimos muy cuestionados por el tema del rendimiento y pensé que no puedo hacer tal o cual cosa porque entonces voy a ser cuestionada o el equipo va a ser cuestionado. Entonces al final uno se va rigiendo por lo que aparece en el papel, porque tampoco soy buena para mentir, así que si hago algo que no sale en el registro estadístico no sé cómo avalarlo. Tendría que mentir. Varias veces he acompañado o he hecho acciones que se me ocurren en el momento, pero finalmente no tengo cómo registrarlas y eso me va limitando.

Esto fue también parte de la desilusión: hasta qué punto usar la creatividad si finalmente no está permitida. Entonces efectivamente, y sobre todo en el último tiempo, mis intervenciones las baso en la conversación con la persona o con el familiar, pero incluso las intervenciones familiares fueron cuestionadas desde el hospital según recuerdo. No sé si fue porque no teníamos las herramientas, pero desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital se nos dijo que no podíamos intervenir en las familias si no éramos especialistas en eso. Fue algo que me llamó mucho la atención, porque desde mi rol como trabajadora social yo pensaba que debía hacer intervenciones familiares, pero cuando surgió esta crítica me sentía cuartada de hacerlas porque se me podía cuestionar y finalmente yo tampoco tengo la experiencia. Creo que esto último es algo que me juega un poco en contra, que no tengo experiencia en Salud Mental y tampoco quiero cometer un error. Es raro porque creo que en otro contexto lo hubiera hecho, pero acá fue pasando que hubo cierta invalidación desde psiquiatría frente a determinadas cosas.

Recuerdo que el año pasado se utilizaba mucho la frase “ya, pero todavía no”. Eso era porque por ejemplo, llegaba un usuarios y hacíamos reunión de equipo, tal como las que hacemos ahora, aún que creo que algo más rígidas, y yo decía que podía hacer tal cosa con esta persona y me decían que bueno,



pero que todavía no era el momento y el momento era después que lo viera la psiquiatra, y luego el psicólogo. Entonces yo me fui quedando atrás y definí que era mejor no hacer nada o “nada todavía”.

Creo que eso también fue un error de nosotros y no culpo sólo a la psiquiatra y al psicólogo porque creo que nosotros lo permitimos. En mi caso yo dije “bueno” y creo que validé bastante que eso sucediera, quizá por no creer en mis propias herramientas como profesional. Más bien fue porque este era un mundo tan desconocido para mí que si algo lo decía la psiquiatra o el psicólogo, tenían razón. Además se generaban discusiones y yo no quería entrar en peleas, así que al final daba la razón.

Ahora creo que estamos en otra situación. El año pasado teníamos otra psiquiatra que estaba mucho más presente en el centro, pero era muy clínica y rígida. Este año tuvimos otra psiquiatra que era mucho más abierta y tenía una mirada más integral, pero tenía mucho menos tiempo y teníamos más usuarios que el año pasado, entonces no se podía dar lo que si se dio el año pasado por la fuerte presencia de la psiquiatra.

Además de las reuniones clínicas, con algunos otros profesionales vamos a veces hablando de los casos en reuniones informales. Por ejemplo cuando estaba la secretaria, hablaba mucho con ella sobre qué le parecía cosas que había visto, porque ella recibía a bastante gente en su escritorio.

Otras de las acciones que realizo es tener reuniones con las otras instituciones en que se está viendo a los usuarios. Por ejemplo con el Centro de la Mujer, con quienes además me relaciono por vía correo o teléfono para ver cómo vamos o qué hacemos. Creo que esto es algo que falta hacer más, porque los usuarios están en toda una red. Yo lo he hecho algunas veces, pero no es suficiente. Quizá es por el tiempo y nuevamente, dónde registro una llamada telefónica si no está dentro de la estadística. Tampoco es una consulta de Salud Mental, así que al final no lo registro en ninguna parte y eso es visto como tiempo muerto.

Creo que algo que pone tensión en el equipo es que nunca nos hemos puesto a hablar de qué entendemos por Salud Mental Comunitaria. Creo que es una gran deuda pendiente no sólo en este centro sino que también en el otro de las Ánimas. Pese a todo el tiempo que tuvimos de capacitación y de planificación creo que nunca pusimos todos sobre la mesa qué es la Salud Mental y qué vamos a entender nosotros como equipo, porque efectivamente cada uno desde su rol o desde su experiencia o desde lo personal, entiende de diferente manera qué es el trabajo comunitario o qué es la Salud Mental Comunitaria. Creo que esa es una gran falencia del equipo: no ponerse de acuerdo, y creo que ni siquiera se ha intentado hablar de eso.

Creo que las diferencias están dadas por lo biomédico y lo psicosocial, que son tendencias muy marcadas y cada vez que se va una parte del equipo y viene una nueva parte del equipo no entiende bien en qué lógica se está y es por esta división. También hay usuarios que están desde lo biomédico. Aún que

tratemos que no sea así, finalmente vienen a buscar el medicamento y al control con la psiquiatra y nada más.

Además de qué entendemos por Salud Mental, hay otra cosa que es importante que es que el equipo ha rotado mucho y hemos tenido también mucha falencia de recurso humano, ya sea porque han renunciado personas o porque han despedido a personas y ha pasado tiempo en que no ha estado cubierto el cargo: estuvimos sin técnico de enfermería alrededor de tres meses, muchas veces hemos estado sin psiquiatra y han venido muchas veces a cubrir las horas y creo que eso ha dañado mucho al equipo.

Por otro lado hay un punto de encuentro que es que la Salud Mental no es sólo biomédica y que no es trabajar sólo con la persona. Creo que eso es lo único que tenemos todos en claro y es algo que sale en las conversaciones también. Ahí estamos todos, o la gran mayoría de acuerdo, incluso la psiquiatra, aún cuando le cueste más salir de sus parámetros.

Otro punto de encuentro es querer llevar esto adelante y que estos centros se implementen efectivamente desde otro enfoque y que no termine haciendo lo que se hacía en el hospital. No estoy muy segura, pero creo que todavía se tienen las ganas de luchar porque esto sea distinto.

Los principales obstáculos han sido, como ya he mencionado, la alta rotación y falta de recursos humanos y el tema administrativo, es decir, la estadística.

Pese a todo lo anterior y a lo muy desilusionada que puedo estar, creo que efectivamente los centros han cambiado el tema de Salud Mental acá en Valdivia. Ahora que estoy haciendo un diplomado en Salud Mental Comunitaria, también me logro dar cuenta de que, si bien, yo fui en algún momento crítica de la Salud Mental Comunitaria y de si se podía efectivamente llevar a cabo, hemos hecho varias cosas. Escuchando las experiencias de los otros me doy cuenta de que hemos hecho varias cosas distintas y que tienen que ver con el modelo. No sé si son cambios muy importantes pero creo que esto es un proceso muy lento, que no implica sólo al equipo, sino que implica a la red y a las comunidades con las que trabajamos.

Creo que uno de los aportes que hemos hecho es por ejemplo, poder ver una reunión en la que participamos todos. Eso ya es un cambio que no se da en otros lugares, ya sea por falta de tiempo, que es algo que también a nosotros nos está pasando, o por falta de disposición o simplemente porque trabajan desde otro enfoque. Todos lo profesionales, pese a que debemos estar cada vez validando nuestro rol, de alguna manera aportamos.

Digo esto de tener que estar validando el rol, porque es lo que me pasa a mí. Una vez por ejemplo se citó a una reunión para los “clínicos” de ambos centros. Era una reunión que se iba a hacer una vez al mes. Entonces los que no éramos “clínicos” no entendíamos porque lo considerábamos una contradicción. Si todo el equipo está de acuerdo en que estamos desde un enfoque, no entiendo de dónde salen ideas como esa de hacer reuniones para los “clínicos”, que incluían sólo a los psiquiatras y psicólogos. Lo puedo

entender en la psiquiatra, pero no logro entender que los psicólogos no apelen y no se opongan.

Pese a eso creo si se han producido bastantes cambios, comparándonos con el hospital o con cómo se trabaja en Salud Mental el consultorio. Por ejemplo nosotros trabajemos con todo el ciclo vital y sin mayor especialización, versus lo que nos pasa con uno de los consultorios en el cual no se atienden niños, lo cual no logro entender, porque ellos están desde la misma lógica, como atención primaria pero también desde la lógica de salud familiar, salud comunitaria, donde se debería considerar todo el ciclo vital y resulta que no es así. Entonces se entra en la contradicción.

Nos falta mucho, pero con los usuarios también hay cambios. Cuando llegan, creo que se extrañan de muchas cosas. Se extrañan porque no usamos delantal, se extrañan por ejemplo, de que los atienda una trabajadora social. Es extraño, porque a mí por ejemplo, me han dicho que yo soy como la psicóloga, pero esa no es la idea. Creo que esos son cambios que se van produciendo pero de a poco. Es lento, porque la gente está acostumbrada a que en Salud Mental las tiene que ver un médico y un médico con delantal, pero de a poco cuando están acá en el centro se van dando cuenta de que no es así.

Creo que todo el trabajo que hacemos está saliendo fuera de este centro. No es rápido, pero creo que los usuarios se logran dar cuenta de que nosotros tratamos al menos de trabajar como equipo, tratamos o queremos llegar a ser un equipo interdisciplinario, tratamos de ver las problemáticas de Salud Mental de manera integral, y digo tratamos porque es muy complejo. Creo que todavía nosotros no estamos consolidados como los maestros en Salud Mental Comunitaria, pero con las conversaciones que uno tiene con la red (yo tengo bastante contacto con la gente de la red) ellos te preguntan por qué hacemos las cosas que hacemos y entonces uno les explica y te dicen que lo ven como algo bueno, o mis mismas colegas me preguntan qué hago, cual es mi rol, y yo les trato de explicar: algunos me entienden, algunos también cuestionan, me imagino, pero creo que todo va dando señales de a poco.

Me da un poco de pena decir esto, pero siento que al principio todo fue muy idealista. Fue creer que se iban a abrir los centros y todo iba a cambiar: los centros iban a ser comunitarios y los equipos iban a ser comunitarios y no era tan fácil. Creo que pequé de inocente porque creí que efectivamente podía ser así y luego, de acuerdo a todas las trabas que fueron surgiendo, me di cuenta de que no era tan fácil, pero sí creo que es un proceso, que es lento y que quizá yo ya no voy a estar acá, o quizá nadie del equipo, cuando efectivamente se logre implementar lo que se quiere. Creo que después vamos a mirar hacia atrás y quizá existan estos mismos centros o quizá haya otros más, que creo que debiese ser, y que la Unidad de Psiquiatría del Hospital cumpla otro rol, más ligado a la corta estadía.

Creo que los centros deberían ser más pequeños y en más lugares. Por ejemplo dentro de la misma población con la que trabajamos nosotros, la población San Pedro y San Pablo con la Yáñez Zabala, o con Los Barrios Bajos no tienen nada en común. Entonces si esto es territorial, son territorios

muy distintos y por lo mismo nos cuesta mucho más realizar un trabajo comunitario, o que las personas se identifiquen con el centro. Están muy lejanos y con distintas realidades. Eso significaría tener tres centros como este en esos tres lugares y entonces se complica.

## **ANEXO V:**

### **Narrativa Cristóbal Pacheco (psicólogo)**

Yo soy de Temuco. Me titulé y empecé a trabajar en el área laboral. Estuve trabajando un tiempo para una consultora en Santiago y la verdad, no me gustó mucho. Por Internet en una bolsa de trabajo vi que necesitaban un psicólogo, postulé y quedé. Estaba buscando trabajo y quedé. No tenía idea de qué era un CESAMCO, pensé que era un CESFAM o algo relacionado.

No había un interés en espacial, pero en el momento de la entrevista me di cuenta de que el centro tenía un enfoque comunitario, que era un poco en lo que yo había trabajado. Yo había hecho mi práctica en el área infantojuvenil en un hogar de niñas y me gustó trabajar con niños y jóvenes. En ese hogar de niñas se hacía mucho trabajo comunitario: salidas a terreno, coordinación con organizaciones, con los colegios, etc. Creo que estaban entre dos personas: una mujer que tenía mucha experiencia y yo, pero la mujer que tenía mucha experiencia, no era para nada comunitaria, sino que era como “del box”, es decir, netamente clínica y acostumbrada a recibir pacientes, por lo que no quedé.

Siendo sincero, cuando postulé mi principal expectativa era tener un trabajo y ganar dinero. En segundo lugar tenía la expectativa de continuar estudiando. A mi me gusta mucho estudiar y perfeccionarme. Hice un diplomado y ahora estoy haciendo otro y ahora quiero postular a un magíster. Lo que más me gusta es aprender y de hecho, he aprendido varias cosas acá. He tenido la suerte de compartir con varios profesionales de los cuales he aprendido mucho y eso ha sido lo más grato del trabajo. Al final el dinero y el tener un trabajo queda en un nivel secundario, porque el aprendizaje sobrepasa la expectativa principal que yo tenía al comienzo y actualmente es un tema central.

Mi aprendizaje ha sido en relación a otras áreas que yo desconocía, así como aprendizaje de cosas propias de mi profesión. Por ejemplo el poder compartir con otros psicólogos, con psiquiatras, con terapeutas ocupacionales, me ha enriquecido bastante. También con la asistente social. Por ejemplo en el área de la terapia ocupacional, sabía que existía esta carrera pero no sabía a qué iba dirigida y el asunto es que ahora creo que es de mucha utilidad y que es un aporte fundamental.

Yo llegué cuando esto ya estaba conformado. Ya estaban todos los del equipo, pero no había un psicólogo para el área infantojuvenil. Entonces, como yo tenía algo de experiencia, postulé. El cargo era para los dos CESAMCO y yo ahora trabajo en los dos: 22 horas a la semana en éste y 22 horas a la semana en el otro. Soy el psicólogo infantojuvenil, es decir, a mi me llegan los niños y es un tema que me apasiona, que me llama mucho la atención, aún que creo que es un trabajo muy complicado y por lo demás bien triste, pero me he ido endureciendo a medida que va pasando el tiempo, así que en realidad, ya pocas cosas me dan tristeza.

En relación a lo que pensaba de las cosas que se ven acá, desde mi llegada, no creo que se hayan ido modificando, sino que creo que más bien, he ido descubriendo la naturaleza social que tiene el centro, porque como ya lo he mencionado, yo no tenía idea a qué venía. CESAMCO no me decía nada, incluso recuerdo que en la primera entrevista me preguntaron si sabía a qué venía y yo respondí que venía a un CESFAM y todos se rieron y pensé que ya no quedaría en el cargo. Luego me dijeron que era para un CESAMCO y pregunté qué era eso y me dijeron que era un Centro de Salud Mental Comunitario.

La verdad es que he ido descubriendo lo que se hace acá. Creo que algunas cosas, si bien no son extrañas para mí, son un desafío, como cierto grupo de la población con la cual trabajamos. Por ejemplo, me ha costado mucho trabajar con personas con trastornos alimenticios y con trastornos de personalidad. Creo que ha sido un gran desafío. También me ha tocado ver problemáticas que me llaman mucho la atención como por ejemplo los intentos de suicidio en adolescentes y ha sido muy fuerte y bastante complicado a nivel personal y a nivel profesional. Ha sido un gran desafío.

Otras tareas, como el contacto con organizaciones creo que todavía me puedo involucrar más. Lo he hecho pero creo que he estado un tanto al margen porque me complica a nivel personal el ir coordinando mis funciones en un centro y otro. Creo que es algo muy difícil que aún no logro: tengo varios pacientes y varias cosas que hacer y en realidad encuentro siempre que no me alcanza el tiempo.

Desde que estoy en el centro, mi forma de comprender las problemáticas a abordar no se ha modificado mucho. Creo que el centro maneja una manera de comprender los casos que es sistémica, y eso yo lo veo como un beneficio porque vengo de una escuela que trabaja con esa mirada. Es decir, atender al usuario que viene como un individuo o como un ser individual, que no depende de nadie, creo que es un error. Todas las personas vienen de una familia, viene de un contexto determinado y todo lo que propone el enfoque bio-psico-social, creo que es muy cierto, es decir, hay muchos factores que al final derivan en la problemática. Estar acá me ha servido para reafirmar lo que yo pensaba, es decir, que si queremos ver una problemática, tenemos que entender los factores que están incidiendo y sobre eso intervenir.

Me ha tocado atender prácticamente de todo con excepción de pacientes del PAB y del PI, porque no he tenido la oportunidad de trabajar con adicciones. Si he tenido la oportunidad de trabajar con niños, adultos, jóvenes y hacer diferentes tipos de intervenciones: he tenido que evaluar, he tenido que hacer psicoterapia, he tenido que hacer psicoeducación, he tenido que hacer terapia de pareja, que es algo que nunca pensé que iba a hacer, también he hecho intervención familiar y muchas otras cosas.

Si tuviera que generalizar el tipo de pacientes que me ha tocado ver, creo que no podría. Son muchos los casos y muchas las temáticas que me ha tocado ver. Como ya mencioné, lo que se me ha hecho más difícil y lo que más me ha marcado y lo que más me ha dolido ver han sido los pacientes con trastornos

alimenticios y los pacientes con trastornos de personalidad porque en ambos casos son muy resistentes al tratamiento. Hay que estar mucho tiempo y es muy desgastante ver todo el contenido emocional que tienen ese grupo de pacientes. Por ejemplo en los trastornos alimenticios suele haber todo un tema familiar e individual con mucha carga emocional y uno termina muy cansado. Yo he terminado muy agotado con esos casos.

En algunos casos ni siquiera he hecho psicoterapia, sino que he estado haciendo un psicodiagnóstico y aún así termino cansado, porque es desgastante, porque es mucho lo que sale y son muy demandantes. Yo los definiría como pacientes con los que tienes que estar mucho tiempo, porque en el fondo tienes que batallar contra toda una estructura de personalidad y eso es muy desgastante. Si tratas de hacer algo tienes que tener claro que no va a ser suficiente porque el paciente siempre te va a exigir más, porque de alguna forma, nunca va a estar bien. Siempre va a llegar con algo y te tienes que ir acostumbrando a que siempre va a llegar mal, desesperado, etc.

Yo atiendo principalmente niños y creo que tengo un doble trabajo, que a veces no se tienen que dar los psicólogos que trabajan con adultos. El doble trabajo es tener que congeniar con los niños y congeniar con los papás. Tengo que lidiar con dos aspectos muy opuestos en algunas ocasiones. Responder a las expectativas que tiene el niño y a la vez responder a las expectativas del tutor o del papá o la mamá, es algo complicado. Creo que en muchas ocasiones los padres responden a expectativas muy personales en las terapias y los niños muchas veces responden a otras cosas.

En general las expectativas con las que llegan los usuarios son muy distintas y no puedo decir “estas son las expectativas”. Las razones por la que viene acá los usuarios son variadas. A veces quieren solucionar alguna problemática y de paso descubrir algunas cosas. En general la expectativa que tienen las personas cuando van al psicólogo es que quieren solucionar y descubrir: descubrir aspectos de sí misma relacionados con alguna problemática que es más obvia y que es la que les hace venir, pero no podría decir en concreto cuales son las expectativas acá porque van variado de acuerdo a los casos y es algo muy subjetivo.

Un trabajo complicado es lograr una unión entre los deseos de los niños y los deseos de los padres. Creo que muchas veces hay que hacer una doble intervención: tratar de congeniar las visiones que puede tener el niño o el adolescente con las que puede tener el papá. Muchas veces le tengo que pedir apoyo al psicólogo de adultos y también viceversa; si él tiene que ver a un adulto que tiene un niño, yo a veces veo al niño. Si estamos hablando de un enfoque sistémico donde entra toda la familia, obviamente eso es lo que hay que hacer.

Siempre digo que en lo que centra el trabajo del psicólogo es en el “darse cuenta” de cosas que estaban ahí pero que no se podían ver. Creo que eso es lo central del trabajo con los usuarios y creo que todos los profesionales que trabajamos acá deben basarse en eso, es decir, no imponer, sino que colaborar en que las personas se den cuenta de quizá está haciendo algo que

de alguna forma está perpetuando una situación que es problemática. Creo que esa es la riqueza de este trabajo.

Cuando llega un usuario trato de obtener toda la información que pueda. Todo influye, así que trato de recoger el máximo de información que pueda obtener. Siempre es bueno obtener información, por eso las fichas son tan exentas. Yo prefiero demorarme arto en intervenir y voy en contra de lo que dice la institución, y obtener el máximo de la información, a demorarme 45 minutos o media hora, que es lo estipulado.

Los ingreso, que es donde uno recoge más información generalmente duran una hora y yo a veces estoy un poco más de una hora por qué creo que no se puede conocer a una persona y su sistema en una hora. Siempre creo que mientras más información mejor.

Primero veo la problemática, luego voy viendo algunos antecedentes generales que me permitan comprender mejor el caso. Por ejemplo un niño que no quiere ir al colegio y tu te das cuenta de que los papás están separados, que hay una problemática a nivel familiar, ahí tienes un antecedente que puede ser significativo en relación al caso, o uno podría también ver que este problema es por otra situación o que efectivamente sea porque los papás se están separando o pueden haber otros antecedentes generales que te pueden ayudar a completar mucho mejor el caso. No hay un patrón, todos los antecedentes sirven para algo y se organizan en función de la problemática.

Lo mismo para realizar un informe de un psicodiagnóstico, donde necesitas una gran cantidad de antecedentes. En todo diagnóstico va influir la problemática, el contexto socio cultural. Por ejemplo cuando haces una evaluación psicométrica, es decir del Coeficiente Intelectual, necesitas saber de dónde viene la persona: si viene del campo, si viene de la ciudad, si viene de otro país, porque todo eso influye.

La información la obtengo a través de entrevistas estructurada como es en el caso de la ficha de ingreso, o bien una entrevista no estructurada que es cuando recopilo otra información que me pueda servir para algo. La forma en que está estructurada la ficha de ingreso me sirve pero creo que podría ser un poco más escueta. Si bien me acomoda tomarme mi tiempo para obtener la información, creo que hay algunas cosas que se podrían acortar, no sé cuales, estamos justamente en este momento viendo en qué aspecto se podría acortar. Hay apartados que son muy útiles, como la anamnesis en el caso de infanto juvenil: cómo fue el nacimiento, si el niño era sano o no, son datos muy útiles y te ahorran una sesión entera, pero hay otras cosas que creo que no ayudan mucho.

Esta ficha responde al formato de la ficha que de debe ocupar acá y que es del Servicio de Salud de Valdivia y por tanto en los dos Centros tiene el mismo formato, pero en realidad se puede cambiar.

Con los usuarios hago de todo lo que responda a la necesidad del paciente. En este caso, como a mi me toca ver más niños, y los niños no son muy de



conversar, no los puedes tener una hora conversando. Si el niño se quiere tirar al suelo, tu te tienes que tirar al suelo con él.

Recuerdo que cuando estaba en la Universidad tenía una profesora que me decía que si quería ser un psicólogo dedicado al área infanto juvenil, no me tenía que dar miedo por ejemplo hacerle caras al paciente o hacer chiste o ruidos con la boca, tirarte al suelo, disfrazarte de payaso. No me podía dar vergüenza hacer el máximo ridículo si era necesario, pero tenía que de alguna forma sacarle cosas al paciente. Entonces creo que estoy dispuesto a todo, salir a correr con el paciente, hacer ejercicios, practicar carate, cualquier cosa.

A mi gusta salir con los pacientes, a caminar, a conversar. Creo que esa es una de las ventajas que te da lo comunitarios, el trabajo un poco más abierto. Creo que la visión antigua de la psiquiatría o de la psicología de la atención en box está obsoleta. Esto de la relación jerárquica no me parece y menos con los niños chicos.

Con los papás trato de ser un poco más técnico. Soy muy bueno para bromear con los niños y trato de que se relajen mucho, pero evalúo primero qué clase de niño es: si es un niño malo para las bromas, o si es un niño más introvertido trato de ser un poco más delicado. Por lo general yo tengo un tono de voz muy fuerte, pero trato de bajarlo con los niños pequeños, pero con los papás trato de hablarles de manera clara, también a veces hay papás muy delicados o muy sensibles y trato de ser muy suave. En general trato de ser muy respetuoso, incluso llego a veces a ser zalamero, pero uno tiene que ser grato en las atenciones. Eso provoca adherencia.

Siempre estoy pensando en relación a los casos. La verdad es que creo que ese es un problema personal que tengo, que me cuesta abstraerme de los casos y me llevo a la casa. Por ejemplo, como hago varios psicodiagnósticos, tengo que corregirlos en la casa: analizar las pruebas, estar un rato leyendo, en el caso de los test de Rochart, tengo que estar alrededor de seis a siete horas corrigiendo la prueba, eso me demoro, porque tengo que estar tabulando, buscándole la quinta pata al gato, es una cuestión bien complicada y te demoras bastante en corregirlo y me por supuesto me aburro. Cansa y ya no quieres más.

Creo que eso es lo triste de este trabajo: cuesta abstraerse de todos los casos y siempre estoy pensando. Por ejemplo ahora fui a comer afuera y estaba comiendo un sándwich y estaba pensando en un caso: me preguntaba ¿qué tendrá?, de hecho es un niño al que tengo que ir a hacerle una visita ahora y que tiene un problema que empieza estirar la cabeza y se queda mirando hacia arriba y me preguntó por qué será, qué le pasará, estará ansioso o será algo neurológico, pero así es el trabajo.

Creo que este equipo, en general ha tenido muchas dificultades desde antes que yo llegara: yo veo conflictos que son propios de un equipo multi disciplinarios. Acá trabajan diferentes profesionales y es evidente que personas que comparten problemáticas muy potentes, tienen problemas potentes también: es mucha la tensión que se genera, muchos los deseos de hacer

cosas y a partir de las distintas disciplinas también son muchos los egos. Hay que reconocer que a todos nos pasa que de pronto tenemos nuestros paradigmas y moverlos es muy difícil y requiere ser muy abiertos. Creo que efectivamente hay muchas diferencias y se notan en las reuniones, pero creo que también hay muchos puntos de encuentro. Pese a las diferencias creo que es un grupo muy unido y que se presta para muchas cosas. Creo que este tipo de ambiente es muy difícil verlo en otros equipos, porque somos también buenos para bromear y eso también genera una instancia de relajación, una instancia en la que uno se puede esparcir y hacer otras cosas, porque estar todo el día atendiendo y escuchando sólo dramas, es triste.

Acá la gente no te viene a contar que se ganó la lotería, sino que te viene a contar por ejemplo que se le murió alguien, y tu no lo puedes estar con una cara de depresión. Gracias a dios, eso acá no pasa. Creo que hay tensiones pero también hay momentos en los que uno puede relajarse.

En todos los trabajos creo que pasa que hay diferencias de opinión acerca de cómo hacer las cosas. Como ya he mencionado, cada uno tiene sus paradigmas y sus propios pensamientos y eso es muy difícil de alejarlo. Tenemos universidades distintas, con distintas escuelas y a mi al menos, me cuesta bastante. Trato de ser muy conciliador y creo que cedo bastante, pero en algunas ocasiones cedo muy poco.

Creo que hay conflictos desde antes que yo llegara y muchos de esos los desconozco. Yo llegué en Diciembre del 2008 y ya había cierta tensión. Esto es algo que ocurre acá y en las Ánimas, pero así como hay tensión también hay momentos muy gratos, de mucha humanidad.

Desde lo personal por ejemplo el tema del psico diagnóstico es un caso: para mi es un arma muy poderosa y que te ayuda mucho, pero para otros no es tan así: piensan que se pierde mucho, malgastas tiempo. Me ha tocado que varios me dicen que no haga tantos, pero en ocasiones necesitas hacerlo. Es algo que a veces lo tienes que hacer, algo que te da mucha información y como ya he dicho, mientras más información obtenga, más me ayuda a intervenir. Es algo que te toma tiempo pero que te ayuda a comprender mejor al paciente en algunos aspectos, pero en eso he tenido choques con algunas personas y yo lo entiendo: ellos tienen su visión y yo tengo la mía y son cosas que pasan.

También en la manera de llevar los casos muchas veces se ven las diferencias. Si bien vamos hacia el mismo punto, que es buscar el bien del paciente, tenemos distintas maneras de abordarlo.

Llevo cerca de 9 meses trabajando acá y creo que desde que llegué, he visto como un problema el ordenar el funcionamiento del Centro. Es un tema donde todavía hay muchas falencias y donde todavía hay cosas que no han sido completamente resueltas y creo que es por lo mismo; por las distintas visiones y que a veces esas visiones no se encuentran. Creo que por parte de todos hay poca abertura a aceptar algunas visiones.

Creo que un logro ha sido no matarnos en este tiempo. De alguna forma hemos podido conectarnos o vincularnos. Por ejemplo ahora me gusta mucho hacer visitas con otro profesional. Lo de la dupla psicosocial es una instancia que me permite conectarme con la Asistente Social, en este caso, en la cual vamos con una misión en conjunto. Eso es bueno, pero por ejemplo cuando en las reuniones ocurren problemáticas que tienen que ocurrir, las pasiones comienzan a aflorar y se dicen cosas sin querer.

En definitiva creo que el tema es ir aceptándonos los unos a los otros y los distintos paradigmas y las diferentes visiones que tenemos. Eso es un desafío que todavía no hemos logrado y que se tiene que ir logrando a medida que valla pasando el tiempo.

## **ANEXO VI:**

### **Narrativa Sandra Tapia (terapeuta ocupacional)**

Trabajo en este CESAMCO desde Marzo de este año (2009). Llegué acá por una decisión del Servicio de Salud; yo era la coordinadora del CESAMCO Las Ánimas y desde el SS Valdivia se estaba evaluando la decisión de mi cambio para este Centro. Yo también formé parte de esa decisión. Evaluamos las condiciones del equipo, las necesidades de ambos equipos y desde una reunión surgió la idea. Ahí se habló con todas las personas correspondientes y todos estuvimos de acuerdo con ese cambio.

El equipo de las Ánimas es un equipo mucho más estructurado y dentro de esa estructura yo no encajaba mucho. La verdad no nos llevábamos bien.

Al principio no sabía si sería para mejor, porque aún cuando las relaciones interpersonales eran muy distintas en las Ánimas, ya habíamos llegado a un nivel de orden de las cosas; de metas y objetivos en conjunto que me hacían pensar que iba a seguir mejor el trabajo, y ahí se empieza a platear el cambio y finalmente decidí venirme.

Cuando me vine desde Santiago, vine a entrevistas de trabajo; en la Universidad primero porque ahí estaba mi primer interés; de hecho, cuando me vine, fue por vacaciones de verano con Rayén, mi hija. Yo ya tenía algo pendiente en Valdivia de cuando me vine la primera vez. Entonces pensé que me encantaría estar en la universidad haciendo creatividad y teatro espontáneo. Fue como un sueño y dejé mi CV en la escuela de Terapia Ocupacional y me olvidé, y como en Octubre de ese año me llamaron. Me llamó una colega que yo conocía de vista; no éramos amigas pero la conocía; me dijo que estaban necesitando un puesto de media jornada en la Escuela y media jornada en el SS, así que vine a las entrevistas y finalmente, en términos económicos era mejor tomar lo del SS y en la Escuela quedarme sólo con un ramo, que era lo que a mi me interesaba entregar.

Con la directora de la Escuela de Terapia Ocupacional, tomamos algunos acuerdos, con unas formas algo extrañas, respecto a cómo iba a ser mi contrato, como iba a ser el pago, etc. A mi lo que me movía principalmente era poder hacer teatro espontáneo acá en Valdivia, así que lo tomé.

Lo del SS era un cargo de Terapeuta Ocupacional para los CESAMCO que se iniciaban en Valdivia. Eran dispositivos nuevos, entonces en ese sentido era entretenido cómo se plateaba el trabajo. Ahí las encargadas de los centros de salud eran dos psiquiatras; una psiquiatra adulto, que era la encargada de las Ánimas, y acá estaba de encargada una psiquiatra infantil.

Finalmente hubo diversas complicaciones y finalmente, ambas renunciaron. Después de esa renuncia, el SS propone que sea el mismo equipo quien elija la coordinadora o coordinador del equipo. Ese cargo es un bono de una

pequeña cantidad de plata, como bono por responsabilidad. Así fue como quedé de coordinadora de las Ánimas y después me vine acá.

Mis expectativas al llegar tenían que ver con que esto es una reforma en salud, que me parece coherente dentro de lo que se postula que deben ser los centros de Salud Mental. Me hace mucho sentido que sean territorializados, que sean equipos interdisciplinarios, que se trabaje con la comunidad; todo lo que está en el papel llevarlo a la realidad, porque yo había trabajado en varios lugares y sé lo difícil que es llegar a eso; Lugares que no son un CESAMCO, sino que en otros lugares como en un COSAM, ONG.

Yo sé que es muy difícil, y me parecía muy interesante algo que estaba de antes descrito de esa manera, de una manera mucho más comunitaria, de una mirada más comunitaria. Lo que me motivaba era que estos centros pudiesen efectivamente tener un enfoque comunitario y psicosocial, donde estuviésemos con la gente y sus problemas y que las mismas comunidades fuesen proactivas. Eso todavía me motiva, sino, no estaría acá; todavía me interesa, pero me doy cuenta en lo cotidiano que es muy difícil llegar a eso, que todavía hay mucho que caminar, pero me sigue motivando que ese sea el norte.

Todavía falta que los equipos comprendan, que comprendamos y seamos interdisciplinarios realmente y podamos trabajar con las personas y no con las patologías. Falta mucho todavía, pero lo que me motiva de este equipo y me genera expectativas, es que creo que tiene la capacidad de reflexionar de su quehacer; eso me produce motivación y expectativas también.

Creo que si ordenamos esto, después de cierto tiempo vamos a lograr otras cosas y con las venidas del consultor contratado por el Servicio de Salud, se nos está ayudando a repensar el quehacer. También me motiva lo que está pasando en la Villa Claro de Luna, donde estamos entrando y nos están conociendo de otra manera. Ahora bien, el problema viene cuando quieres que esto sea llevado a la estadística, porque creo que puede llegar a ser un desastre.

Cuando llegué a Valdivia, mis expectativas, más que de trabajo eran expectativas personales; cambiarme de lugar, adaptarme. Tenía mucho temor a no adaptarme y tener que dejar de nuevo, algo a medias. Era una decisión: decidí que iba a vivir en otro lugar donde mi hija pueda crecer más cerca de la naturaleza, donde esté más contenta. Por eso me fui a vivir a Niebla, porque no quería vivir acá en Valdivia. Entonces eran expectativas personales, aún que también laborales. Era conocer un lugar desconocido para mí porque no tenía ni idea sobre la realidad de Valdivia; cómo pensaba la gente, qué culturas habían. A lo más tenía una idea general, pero era distinto estar aquí.

No habían muchas expectativas sobre lo que yo que haría en lo laboral. Quizá la más concreta era lo de la Universidad y lo otro, se fue dando en el camino. Claramente yo venía a algo desde una mirada comunitaria, además Alejandro Guajardo me había contado y él también me ayudó a convencerme de venirme, así que yo sabía más o menos a lo que venía, en el sentido de que venía a

trabajar con gente que tenía una mirada parecida. Después, me he dado cuenta de que ha habido un cambio en el quehacer; Me ido dando cuenta que la gente sigue repitiendo el mismo patrón, a pesar que el discurso sea otro.

Es loco, porque nosotros tuvimos un periodo, antes de que se armaran los CESAMCO, en el que teníamos periódicamente conversaciones sobre estos temas: sobre cómo veíamos el trabajo comunitario, sobre los derechos humanos, sobre empoderamiento, de hecho revisamos documentos que Alejandro Guajardo nos enviaba. O sea, hubo un periodo importante, como de tres meses, en que nos juntábamos a eso, a analizar, estudiar, hacer diagnósticos comunitarios, a recopilar información de Valdivia, y los discursos de la gente que iba a esas reuniones eran todos parecidos y todos se veían claros en sus ideas, pero en el quehacer, en el momento de empezar a trabajar con la gente, surgió de nuevo la psiquiatra y todos empezamos a poner diagnósticos, y validar la psiquiatría y la psicoterapia como lo importante.

Yo creo que la transformación está en el quehacer, en lo cotidiano mezclado con la reflexión, como una dialéctica del trabajo práctico y teórico, porque ese trabajo teórico anterior fue importante para comenzar, pero no tuvo mayor impacto en el quehacer en el momento en que nos vimos enfrentados a la gente. De hecho se armaron unos protocolos, a mi modo de ver muy rígidos, los cuales fueron armados más que nada por los psiquiatras.

Los protocolos de ingreso acá, son puras patologías. Por ejemplo acá no puede ingresar alguien que venga sólo por violencia o alguien que venga por abuso sexual. O sea ningún diagnóstico psicosociales ingresa, a pesar de que sea violencia grave, a pesar de que sea una situación psicosocial extrema. Sólo entran por la patología, entonces si tiene depresión severa y violencia, si entras, o si hay abuso sexual, pero con un trastorno de personalidad. Esos protocolos se construyeron en aquella época inicial en la cual también nos acercamos a Atención Primaria. Los CESAMCO conocieron sus redes derivadoras y ahí nos pusimos de acuerdo: cuándo nos debían derivar, es decir, cuando era atención secundaria. Había teoría que respaldaba que estos diagnósticos eran de atención secundaria, pero todo el ámbito psicosocial no fue evaluado para derivación. Lo que está para derivación es lo que sale en el CIE – 10. En la norma técnica de CESAMCO, eso está, pero es más amplio y permite una amplitud de criterio, porque todas las normas técnicas orientan, pero depende de los equipos cómo se va dando. Ahora yo siento que esto no es rígido, sino que es dinámico, porque evidentemente, al final le buscamos la patología para que la persona ingrese de todos modos.

Mi experiencia en la Ánimas fue distinta y venía con una mala experiencia de dificultad en las relaciones interpersonales. También porque me tocaba estar en una condición en la que no había estado antes, me tocó ver temas de poder, muy potentes. Yo había sido encargada de programas, pero dentro de otra cosa más grande, por ejemplo dentro de un COSAM yo era la encargada del programa de rehabilitación, pero no había sido la coordinadora de un centro. Eso para mi era más grande y eso me ponía en una situación en la que era el blanco de los problemas, o sea, donde tenía que solucionar todo y además tener que ser ordenada, estructurada, organizada, cosa que a mi me

cuesta muchísimo, y además estar expuesta a la evaluación de los demás, porque en el otro equipo yo sentía que no había apoyo, sino que había evaluación y crítica constante. Entonces era como estar sola contra el mundo y me sentí muy triste.

Cuando decimos este cambio, venía preocupada también, porque no sabía a lo que venía, pero fue muy distinto; mucho más aliviador. Yo siento que la gente que trabaja acá son más acogedores, apoyadores, a pesar de que yo tenía miedo de que la anterior coordinadora se complicara, pero no fue así. Ella desde el principio me entregó todo y muy ordenado, me dijo que le hiciera cualquier pregunta. Yo creo que había cosas que le complicaban y que de a poco ha ido pudiendo expresar, porque creo que le cuesta expresar lo que le molesta, pero creo que ella busca cuidar al otro y no hacer problemas.

Yo valoro que todos acá tienen las ganas de que esto salga adelante. De hecho, por ejemplo el orden de los GES, siento que todos estamos en ello. Todos, desde sus distintos frentes están teniendo objetivos en común y eso me parece que nos va transformando en un equipo de verdad y me deja contenta.

También acá me he dado cuenta que la relación con la gente es muy cercana. Los que llegan acá son bien acogidos, Don Carlos los conoce por nombre, los saluda, o sea, encuentro que quien viene acá, después de poco tiempo ya es uno más de la familia; puede prender el televisor, puede pedir lo que necesita, así que creo que hay una buena relación también con los usuarios, sin embargo creo que todavía falta mucho por hacer para estar con la comunidad y en la comunidad. Salir de aquí cuesta muchísimo, porque todo lo estadístico, o todo por lo que se nos evalúa es lo que hacemos dentro de estas cuatro paredes. Hay muy poco que se nos evalúen de lo que hacemos afuera. Entonces, por ejemplo actividades de diagnóstico comunitario son muy poco valorados en la estadística. Nadie te paga por esas cosas. Entonces desde este rol, me toca estar preocupando también de que el centro genere recursos para que se valide en la red, y que además entregue las prestaciones básicas que debe entregar, que son el GES. Si no entregamos esos, este lugar no se valida. Entramos en lo básico primero, para pasar después al otro tema y creo que es mucho trabajo y no sé cuando vamos a poder pasar al otro foco.

No creo que sea una cosa primero y después lo otro, sino que creo que es mezclado, pero esto que dejamos en un segundo plano, que es acercarnos a la comunidad y que es lo que a mi realmente me motiva, es muy poco valorado económicamente y en cuanto a las horas que uno gasta. Por ejemplo, esto de terminar el trabajo a las 22:00 hrs, cuando te quedaste tres horas que podrían valer mucho más que tres horas, porque es de noche, estás en una población, estás en riesgo, etc. Pero son las tres horas que tu puedes tomarte porque tampoco se pagan horas extras. No es valorado cuando uno cuenta lo que hace, sino que es valorado en números, o sea ¿Cuánta gente están atendiendo?, eso es lo que vale.

Desde que estoy en este CESAMCO mi forma de ver las cosas ha cambiado: De venir con todas las ganas de que las cosas sean de tal manera, al final es imposible que sean así y hay que parar y esperar y calmarse y ordenarse. La

mayor cantidad de mi horario de trabajo es en coordinación: tengo 33 horas y 11 son de trabajo con la gente y las otras 22 son de coordinación, entonces en todo esto de coordinación y gestión y al ver que la red en verdad es una red virtual, que todavía no se transforma en esa red por la cual las personas van pasando por distintos lugares de acuerdo a necesidades, evidentemente, yo me doy cuenta de que también ha cambiado mi forma de mirar

He tenido que detenerme y darme cuenta de que acá en Valdivia, está ocurriendo todo un proceso de comprensión de esta reforma. Cuando llegamos las reuniones con la gente del hospital fueron terribles, nos trataron muy mal, descalificando todo lo que queríamos hacer. Ellos todavía creen que las personas con trastornos psiquiátricos severos deben estar en el hospital porque nosotros somos todavía muy nuevos, no tenemos experiencia, somos muy jóvenes para poder trabajar con gente con más complicaciones.

No digo que Santiago sea el paraíso, creo que también falta mucho allá, pero al menos hay más evolución en ese pensamiento, ya se ha caminado un poco más. Acá no. Acá es como era en Santiago hace diez años atrás, entonces es complejo, porque yo también quién soy para avasallar. Lo primero que comprendí que tenía que hacer, aún que me ha costado es evaluar dónde estoy parada y creo que eso recién lo estoy entendiendo y no ha sido fácil tampoco.

Acá el tema jerárquico es muy fuerte, el doctor es el doctor. Yo creo que de a poco se ha ido transformando eso. Ha sido como un granito y después otro granito y ese creo que ha sido el trabajo.

En relación a las personas que llegan acá, creo que hay muchas que están muy tristes, con escasos recursos, pobreza. En general, yo siento que los escasos recursos son los que producen muchos problemas de Salud Mental, entonces es muy loco pensar que estamos trabajando en la patología cuando el problema está en lo cotidiano: el poco acceso al trabajo, el poco acceso a desarrollar otros ámbitos. Por ejemplo aquí me ha costado mucho poder generar nuevos espacios, por ejemplo, que la piscina nos deje entrar gratis o con los museos. Siempre pasan distintas cosas, por las que no se puede. Hay mucha burocracia.

La gente que vive acá, es gente que vive en poblaciones y que me doy cuenta que son muy solidarios y que hay preocupación por el medio ambiente, cosa que en Santiago es imposible ver. Creo también que hay un tema intercultural importante y eso ha sido algo súper nuevo para mí, poder conocer más sobre diversas culturas originarias, que me han permitido comprender la vida con otros ojos, hasta cuestionarme el tema religioso, porque a mí nunca me ha hecho mucho sentido la religión, pero con esto de la interculturalidad, ha sido como ampliar la mente y mirar desde lo más universal, desde lo natural y más ahora que vivo en el bosque, donde la relación con la naturaleza es muy importante y ver cómo esa relación con la naturaleza igual se ve influenciada por el tema político y por todo. Eso me da la energía para comprender lo que está en la población, porque Valdivia es hermosa y ver que eso hermoso se destruye es fuerte.



Ahora el tema de Missisipi y CELCO y las comunidades mapuches que están peleados entre ellos. Bueno, en las Ánimas me permitía mirar eso más de cerca porque nosotros teníamos gente de Missisipi, entonces yo iba frecuentemente para allá y conocía a la gente de la defensa del mar y me permitía estar en otra posición, pero yo era la única del equipo, entonces yo no sentía que era parte de un equipo, yo iba aprovechándome de mi trabajo. Bueno, eso es también un poco de lo que hago aquí con el Claro de Luna, porque está el objetivo del diagnóstico comunitario, pero yo siento que lo que hicimos el otro día era más grande que un diagnóstico comunitario, es como conocernos como personas, es como estar ahí como otro, no como ir a conocer una realidad desde una mirada de investigador, sino que ir a compartir una realidad con otros porque finalmente somos los mismos.

En el quehacer nunca he sentido que yo esté ayudando a nadie y eso me complica cuando se supone que estamos ayudando y cambiando la vida de otro. Si estamos cambiando algo es esta estructura, es este sistema y eso es lo que a mi me hace sentido.

Los principales problemas de las personas que vienen aquí están por el ámbito laboral, porque hay pocas posibilidades laborales, pocas posibilidades de estudios y de avanzar y de desarrollarse como personas, escasos recursos, sobre endeudamiento. Otros en el ámbito laboral explotados al máximo, con depresión severa porque ya no soportaron el trabajo, violencia intrafamiliar pero también a raíz de lo anterior y mucha violencia con los niños. Quizá la mezcla de la escasez, de las dificultades cotidianas y de la cultura también, porque creo que hay poca educación en cuanto a los derechos, hay mucha sumisión. Si en un trabajo te hacen trabajar 12 horas, se asume que tienes que ir doce horas y aquí también lo veo con mis compañeros de trabajo, todos muy preocupados por el horario y como a mi me toca estar de jefa, entonces por ejemplo me preguntan si se pueden ir diez minutos antes y yo digo qué me importa a mi diez minutos antes, si cada uno hace su trabajo responsablemente, si somos todos adultos, yo no voy a estar vigilando diez minutos más. Siento que la jerarquía y la imposición del poder son muy fuertes y veo que eso es lo que enferma a la gente.

En cuanto a las atenciones, trato de buscar redes y formas de generar recursos y al poco tiempo, siempre siento que son necesarios los grupos, pero más que los grupos terapéuticos, los grupos para construir cosas, pero este espacio que tenemos no es el más apropiado, entonces nos vemos en la necesidad de buscar otros espacios, pero eso es atraparse en otra cosa que es difícil porque todo es difícil de gestionar, si no tenemos los horarios para eso, porque hay que estar atendiendo. A pesar de que se genera la idea, y de que el equipo empieza a mirar de una manera más amplia, es muy difícil salirse de la trampa diaria.

La gente que viene, viene buscando el remedio, la pastilla, el médico y la licencia. Si falta el remedio, es terrible, entonces creo que muy pocos vienen tratando de generar cambio y además los cambios son vistos con dependencia:

“si él cambia yo me mejoro”, mirando que otras cosas tienen que cambiar, pero poca gente ve que los cambios están en sus manos.

Una vez que están en el centro, al ser atendidos como personas, con afecto y con respeto, hay un cambio. Varios de mis compañeros ya están pensando que la mesa no sirve, que hay que tener una relación más horizontal y creo que eso cambia, porque te pone en igualdad. También en las preguntas que se hacen en el ingreso, en este equipo se avanzó a preguntar ¿qué necesitas? Porque antes eso no estaba dentro del ingreso, sólo se ponía el motivo de consulta que viene en la inter consulta y que tiene que ver con la patología. En cambio, la pregunta ahora es ¿qué necesita? ¿en qué podemos aportar? ¿qué podemos hacer por usted? Y esa pregunta creo que hace cambiar un poco.

No me había preguntado qué es lo que busco saber de un usuario antes de trabajar con él, pero ahora que lo pienso, creo que busco conocer su historia, de dónde viene, quién es, qué cosas son importantes para él, qué valora en la vida, si vive con su familia, si está solo, si está marginado, si no, si está trabajando y lo de la patología surge en esa conversa. Yo nunca pregunto mucho acerca de los síntomas porque eso siempre está, es lo primero, entonces para qué volver a preguntar si es redundante, si está ahí, escrito.

Los ingresos se hacen en dupla, entonces, por ejemplo si me toca ingresar con psiquiatra, lo más probable es que sea la psiquiatra la que va a llevar la pauta de entrevista. Los demás intervenimos pero todavía la psiquiatra es quien lleva la entrevista. Este ingreso tiene una estructura porque es para identificar si se queda aquí o si se va a atención primaria, si es GES o no, qué remedio hay que darle, es decir, la parte estructural, como el esqueleto del tratamiento, porque el esqueleto del tratamiento lo da la patología, no lo da la persona. Después cuando pasamos a un razonamiento y a una reflexión ver a la persona, cuando estamos en equipo y todos opinamos. Creo que el ingreso muy pocas veces nos hace saber quien es la persona, nos hace saber qué le pasa. Después de un ingreso siempre me dan ganas de citarlo conmigo para preguntarle todas las cosas que no alcanzamos a preguntar.

Generalmente la información que me interesa la obtengo de una conversación acá, pese a que este lugar lo encuentro feo y sé que tengo que arreglarlo, pero obviamente con plata mía, porque esto es un nicho, si ni siquiera tiene ventanas: sin embargo y a pesar de eso, al establecer una relación más horizontal y desde el vínculo es posible que las personas vayan contando su historia. También las visitas domiciliarias son fundamentales, sobre todo si son jóvenes. Más que ir a ver, siento que la persona se siente más libre, más en su cancha y me interesa compartir un momento con el otro en su espacio propio, creo que te permite visualizarlo de otra manera. Uno ahí puede comprender la realidad social también, el aspecto económico, que creo que no puede estar fuera de un diagnóstico, pero generalmente está fuera y sólo cuando es demasiado evidente se considera. Por ejemplo cuando ves que no hay nada de mercadería y es la hora de almuerzo y no hay nada para preparar, pienso que yo también estaría enferma en esa situación. ¿Qué sacamos con seguir dando Risperidona y fluoxetina y Sertralina?

La información se va registrando en la ficha. Yo trato de organizarla de acuerdo a las prioridades, pero no lo hago de forma estructurada, sino que lo hago más bien guiada por mi experiencia, pero ni siquiera sé si estará bien hecho. He trabajado en varios lugares y he tenido resultados positivos, y en ningún lugar me han despedido, por lo que creo que lo he hecho bien. Siento que me comprometo con la gente y con sus necesidades y con lo que vamos acordando juntos. Yo voy tomando acuerdos con las personas, por ejemplo, el tema laboral, yo pregunto ¿qué vamos a hacer? Porque tampoco creo que yo tenga la respuesta y de hecho mucha veces no la tengo. “Hagamos un catastro” “tu haz esto y yo hago esto otro” o “¿qué parte puedes hacer tu?” y así lo vamos construyendo juntos.

En la ficha registro la información más relevante que surgió en la sesión. Por ejemplo, si apareció en la sesión que la persona ve que su principal problemática es su relación con su mamá; eso lo pongo para que todos los demás sepan. Además, pregunto ¿qué vamos a hacer con eso? Y en conjunto tomamos un acuerdo y eso también lo pongo en la ficha. Luego lo vemos en la reunión y vemos quien va a trabajar los temas.

Creo que estoy un poco influenciada por el Modelo de Ocupación Humana, que me sirve para ordenar la información, aún cuando siempre me resulta restringido, sin embargo no puedo evitar pensar en él, porque siempre pregunto la historia, siempre pregunto los intereses, siempre pregunto los valores, siempre pregunto las expectativas, proyectos de vida, las redes. Me incomoda porque es restringido, pero si me sirve para ordenar y organizar. De hecho en el COSAM usábamos pautas del Modelo de Ocupación Humana. Por ejemplo teníamos una compañía de teatro espontáneo con personas con discapacidad psíquica y utilizamos el ACIS adaptado y lo ocupamos al inicio, en la mitad y al final y pudimos mostrar resultados.

Creo que si sirven las pautas y si sirve el Modelo de Ocupación Humana, pero lo que no sirve es quedarse sólo en eso, porque además ver la estructura social como el “medio” como el circulito de afuera, no me hace sentido y le hago el quite y me molesta, pero es inevitable que igualmente me sirva. Para ordenar también ocupé otros modelos como el humanista, el cognitivo conductual y conductual puro también. Creo que utilizar modelos es como tener cartas bajo la manga y utilizar los que la persona necesite, de acuerdo a la mirada de uno. Por ejemplo con un usuario me he vuelto muy conductual porque él así lo quiso. Tenía tres trabajos a medio terminar y eso le incomodaba mucho porque se sentía poco capaz, así que le pregunté cómo lo íbamos a hacer para terminarlos y le propuse que estructuráramos la rutina y terminé diciéndole: “8:00 AM tal cosa” y después de que pasaba la semana la revisábamos juntos. A mi lo conductual me molesta mucho, pero para él era muy importante y se alegraba de ver que cumplía y yo le decía “¿ve que puede?”, es decir, era el refuerzo social. Creo que la posibilidad de conocer técnicas y modelos te permite utilizarlos en el momento necesario, pero la base es otra mirada que tiene que ver con lo comunitario y con el enfoque psicosocial, que para mi es parase desde otra mirada. No es que no ocupe el modelo, sino que estoy parada en el lado social de la disciplina, que no niega lo

otro, pero que está en otra línea de pensamiento. Yo estudié un año psicología y ahí aprendí de sociología, que es desde donde me fundamento.

Desde que estoy trabajando en salud mental, no es posible olvidarse del trabajo, pero ahora tengo más capacidad de no quedarme pagada con los problemas y de utilizar el humor para despegarme de lo que me pueda pasar emocionalmente, porque efectivamente me quedo enganchada con cosas, como creo que a todos nos pasa. Ahora no siempre son sólo cosas negativas. Por ejemplo con la actividad que tuvimos en la villa Claro de Luna, si me quedé pegada pero con un compromiso afectivo y emocional con un grupo de personas. Creo que nuestro trabajo tiene mucho que ver con nuestras emociones y con lo queremos del mundo. No me lo paso hablando de las personas que atiendo, porque sería terrible, pero a veces me acuerdo y poder compartirlo con otros que me quieran escuchas, ya es aliviador. A lo mejor no a todos les gustaría. Hay cosas que creo que a cualquiera le sorprenderían

Para poder llevar a cabo una intervención el principal obstáculo que encuentro es la estructura: los horarios, el cuanto debe durar una intervención, las miles de otras cosas que tengo que hacer, la burocracia, lo que ya está de antes y que es muy difícil sacar y que es como una pared.

En el equipo, creo que un punto de tensión tiene que ver con que hay algunos que se permiten más la reflexión, la mirada más amplia y otros que están más centrados en las horas y en lo más estructurado y en la organización de las cosas, pero creo que si pasamos del punto de tensión llegamos a un punto de complementariedad que se expresa en diversas formas. Finalmente tiene que ver con formas de ser; algunos son más apegados a la estructura y esos son lo que suelen estar más molestos y enojarse más.

Otro punto crítico es la mirada biológica versus la mirada social: la mirada biológica está puesta en los psiquiatras, aún cuando algunos se están abriendo a otras miradas y a acercarse más al equipo y el equipo a darse el tiempo para estar con ellos, pero finalmente cuando dicen “no” es no y se sierran a otras posibilidades. Hay otros que son más complicados porque pueden complacer al equipo y hacer las cosas como el equipo se lo pido, pero finalmente están siempre en su postura, son intransigentes, sin embargo tranzan igual en la forma, aún que sigan pensando que su manera es la mejor. Lo que pasa es que no se comprometen, no se apasionan, entonces hacen lo que les pidan como un empleado más.

En el caso de la psiquiatra que trabajó antes con nosotros, era diferente. Había otra cosa, había análisis de los casos. Ella nos contaba lo que veía y proponía cosas. Sin embargo sigue habiendo otro punto crítico. Ninguno del equipo ha podido salir de una mirada propia de la psiquiatría y la psicoterapia, a pesar que la critique. Por ejemplo, una señora que está con depresión severa, y que el marido le pega, ya no basta con la pastilla, y entonces la solución es la psicoterapia. Ya lo hemos pensado en el equipo y hemos tenido discusiones al respecto, sin embargo en el momento en que se plantean los casos, se vuelve a la misma rigidez, como si nunca hubiese existido la discusión y sólo algunos recuerdan la discusión pero no tienen la fuerza suficiente en la forma de

plantearlo en relación al peso de lo otro. Finalmente lo veo como un simbolismo del sistema actual, porque cuando vas a hacer cosas, igualmente estás metida dentro de la estructura. Lo piensas, pero cuando lo vas hacer, lo vuelves a hacer igual y eso me frustra mucho. Porque aunque no comparta la forma tradicional de hacer las cosas, siento que tengo una responsabilidad con este equipo, que me impide arriesgar más.

Cuando pasa eso me frustró porque me preguntó qué pasó con todo lo que se generó y tengo claro que no tiene que ver sólo conmigo, pero yo pienso en cómo armar las reuniones para que efectivamente podamos conversar ciertos temas y que no sean sólo caso tras caso.

Cuando llegué al CESAMCO, lo único que hacíamos en toda la reunión era ver caso tras caso y armar planes de tratamiento tras planes de tratamiento, que al final, después de todas las reflexiones que hemos tenido, también encontramos que es una estupidez, porque los planes de tratamiento están hechos desde nosotros y no desde la gente. Ya una usuaria nos dio un tremendo golpe: la semana pasada nos reímos de nosotros mismos porque el plan de tratamiento de esa usuaria tenía como primer objetivo armar vínculo, como segundo objetivo conocer su rol de cuidadora y como tercer objetivo evidenciar los riesgos a los que ella está expuesta junto con su hija. Ese plan fue luego de una larga conversa donde estábamos varios dando opinión. La usuaria llegó el martes pasado, hizo una crisis de abstinencia. Lo que ella quería eran sus medicamentos, ella nunca quiso disminuir sus medicamentos, no le interesa dejar las benzodiacepinas, ella lo único que quiere es que le den los remedios y para eso va al CESAMCO. Quiere sus medicamentos porque ella no quiere vivir sin las benzodiacepinas y nosotros armamos todo un plan de tratamiento para justificar el seguir dándole las benzodiacepinas, o sea ¿qué estamos haciendo? ¿Hicimos este plan junto con ella? No, ella nunca estuvo presente, de hecho muy pocas veces dijo que quería bajar algo de los medicamentos.

Fue un golpe, pero qué bueno que después de eso podamos mirar y decir que no está bien lo que estamos haciendo si los planes de tratamiento los estamos construyendo desde nosotros y no los estamos construyendo con las personas. ¿Qué es lo que quería esta usuaria? Quería sus remedios ¿estamos dispuestos a darle los remedios? No, entonces por qué no le dijimos eso antes. Al final nos trató pésimo a todos.

Hay varios puntos de tensión en el equipo, como por ejemplo que todavía no llegamos a un acuerdo en si será lo más adecuado llamar a los carabineros si alguien está sufriendo una crisis. Desde mi punto de vista es lo más inadecuado que podemos hacer, pero en este caso, el psiquiatra muy enojado le dijo a la secretaria que llamara a los carabineros porque esta señora estaba haciendo un escándalo y si el médico le dice a la secretaria que llame a los carabineros ¿qué hace la secretaria? Irrracionalmente sin pensar, llama a los carabineros y los carabineros llegan. Yo pensé qué desubicado era esto y pregunté quién llamó a los carabineros. Si tenemos una relación con esta usuaria, sabemos que esto pasa y sabíamos que esto iba a pasar porque ella había estado toda la tarde llorando aquí porque quería los medicamentos. Ya todos le habíamos dicho que no se podía y sabíamos que iba a llegar ese

momento, teníamos que estar preparados, pero tampoco hemos tenido el tiempo suficiente para ir planificando frente a estas cosas.

Una cosa es lo que dice en el papel, porque ya hemos pensado en un protocolo de crisis, pero en el momento están los que están y hacen lo que pueden y eso creo que va relacionado con la experiencia y con la mirada que uno tenga. Es ridículo pensar que nunca va a pasar nada, o que nunca te vas enojar con un usuario. O sea, si yo le pongo un límite a esta usuaria es lógico que se enoje y se puede enojar tanto que hasta me puede pegar, porque desde su postura, la violencia física es parte de la resolución de conflictos, ella ocupa eso.

Por otro lado hay también varios puntos de encuentro en el equipo, como por ejemplo que es un equipo que se permite la reflexión. Todos tienen una forma de mirar que se pone en evidencia y por lo tanto se construye un equipo abierto donde no hay una relación de competitividad por quién sabe más o quién ha hecho más cosas. Yo he estado en equipos de expertos donde lo han hecho todo con la persona, entonces saben todo sobre esa persona y además saben que no tiene vuelta. En este equipo creo que no es así y hay mucha reflexión. A veces hay posturas que son extremas, pero los extremos nos permiten ir reflexionando sobre otras cosas.

También creo que es un equipo que se permite disfrutar. Yo valoro mucho que nos riamos porque si no fuera así sería muy difícil trabajar. Hay afecto y horizontalidad en las relaciones, lo cual es difícil de encontrar. Por ejemplo al auxiliar le decimos Don Carlos por su edad, pero es parte del equipo también y es tan importante como cualquier otro. En ese sentido a mi me encanta el equipo, me siento muy bien, me siento acogida, siento que me puedo equivocar y que esa equivocación no va a producir críticas ácidas que me pueden matar. Posiblemente me critiquen pero va a ser algo que voy a poder tolerar, no va a ser esa crítica que va a destruirme.

Siento que es un equipo que se permite y busca ser guiado. No es que yo sepa del todo como guiarlo, pero si se produce el diálogo. No es que se acepte todo, ni que se critique todo, sino que se permite la construcción.

Lo he dicho en varias ocasiones y es algo que no me gustaría que cambiara: hay mucho afecto con la gente que se atiende ahí, entonces no llega la paciente, sino que llega la señora Olga, la señora María y le preguntan por el hijo, y es como una relación de vecinos, porque al final somos vecinos si estamos en el mismo barrio. Creo que se han hecho esfuerzos para estar en la comunidad y con la comunidad, aún que puede que falte más tiempo para la reflexión, pero tampoco se puede dar más.

Con la venida de Alejandro Guajardo, se ha dado algo muy bueno y que yo no había vivido en ningún otro lugar: que venga alguien desde afuera a permitir espacios de reflexión del quehacer, es algo que yo nunca había visto. Me parece excelente que leamos sobre lo que estamos haciendo y además desde una mirada crítica, no leer sobre patología. Estamos leyendo a gente que tiene una mirada muy crítica y el equipo se está cuestionando el tema de los

diagnósticos. Nos estamos preguntando por qué todos tienen trastorno de personalidad, por qué todos tienen que tomar sertralina, por qué todas las mujeres que llegan están con altas dosis de risperidona y clonazepán, hasta el punto que se acaba y ya casi no hay, por qué es como el pan del día a día.

El poder lo tenemos nosotros, que somos los científicos que damos el diagnóstico y damos el medicamento, porque la mirada sigue centrada en lo individual, es decir, es la persona la que tiene el problema, cuando se supone que deberíamos tender a una mirada social y comunitaria y así entender el síntoma con que llega la persona como producto de una relación y de carencias que están a nivel social y comunitario. Entonces el medicamento ataca un síntoma que no es la causa de la enfermedad, lo cual es muy distinto a una mirada biológica en que el medicamento ataca a la bacteria o ataca al virus. En este caso no es así, el medicamento ataca el síntoma, y el síntoma se puede borrar, se puede borrar el delirio, se puede borrar un estado de ánimo bajo, pero no se borra la causa. Por eso las personas vuelven y se hacen crónicas.

La falta de médicos ha sido un evento crítico, porque desde esta mirada de la que hemos estado hablando, donde el médico tiene el poder, un centro de Salud sin médico no funciona. ¿Quién va a dar los remedios? Entonces la gente reclamaba y estábamos llenos de reclamos.

La idea de los CESAMCO es que puedan entregar atención a la gente que requiere atención del nivel secundario, sin que tengan que ir al hospital, pero si nosotros no podíamos entregar esa atención la gente se tenía que volver al hospital y no se valida lo que estamos tratando de hacer. Era muy duro, yo me sentía entre la espada y la pared porque no había cómo dar solución a eso y yo tenía que estar diciéndolo a la gente del SS y de hecho tenía que estar todas las semanas enviando el listado de las personas a las que no se les cumplían las garantías GES y todo eso nos invalidaba y no había como solucionarlo. Además el SS estaba en la postura de que no hay más plata, entonces no había posibilidades de contratar a nadie para cubrir esas horas, además de que no había horas de psiquiatra en Valdivia.

Ahí fue cuando Mariam pasó de ser a ser parte de nuestro equipo, porque o era ella o no había nadie más. Ese no era su rol, ella era la encargada de la USMP del SS y en principio fueron horas prestadas, pero se ha ido quedando y creo que al final ella se va a quedar, porque aquí en Valdivia no hay psiquiatra infantil. Tampoco hay muchos psiquiatras de adulto y cobran muy caro y ninguno quiere estar en el área comunitaria, casi todos prefieren estar en la clínica y en el hospital.

Finalmente estamos invalidando la mirada psiquiátrica. Todo el equipo está en una postura crítica frente a la psiquiatría más clásica y a por qué hay que medicar y a por qué la gente tiene que estar con tantos remedios, entonces es difícil que un psiquiatra se quiera venir acá, salvo que sea un anti psiquiatra, que es difícil de encontrar.

## **ANEXO VII:**

### **Narrativa Rodrigo Vega (psicólogo)**

Trabajo en el CESAMCO desde Noviembre del 2007. Erica, una amiga psiquiatra con la que trabajaba antes, me avisó que los centros comunitarios estaban abriendo las postulaciones y postulé. Mandé el currículum, incluso llamé antes a la encargada de salud mental y le consulté si le podía dejar mi currículum y me dijo que bueno.

Yo tenía noción de lo que era un COSAM, porque había tenido una experiencia en Santiago, pero no tenía idea en verdad qué era esto de los centros comunitarios y que eran distintos a los COSAM. Sospechaba algo sobre el modelo comunitario pero no veía grandes diferencias con un COSAM.

Mis expectativas eran trabajar. Luego tuve información de que se iba a hacer un diagnóstico y que se iba a empezar de cero y me parecía entretenido.

Del tiempo que llevo trabajando, puedo decir que lo que se hace, no se diferencia mucho de lo que se hacía en salud pública, en un CESFAM o en una posta IV como en la que trabajé en Lanco: se hacían vistas domiciliarias, tenías encuentro con organizaciones, así que no encuentro nada distintivo. Se le quiere dar un carácter distinto y quizá con el tiempo eso se pueda. La diferencia principal es que es un centro de salud secundaria, pero no creo que haya un modelo de salud diferente: se siguen tratando los problemas de Salud Mental de la misma forma en que se tratan en todos lados: en todos lados se hacían grupos de mujeres, en todos lados se hacían grupos de auto ayuda para alcohólicos, en todos lados habían grupos de depresión de mujeres, adolescentes, niños, a lo más hay otros profesionales que no habían en esos otros lugares, como un terapeuta ocupacional o psiquiatras en la comunidad, y no en el hospital, lo cual puede ser también diferente y un avance, pero a grandes rasgos, yo creo que sigue siendo lo mismo.

En relación al equipo, las relaciones están bien. Siempre se han tenido algunas diferencias, pero creo que las relaciones están bien en general. No hay ninguna dificultad mayor. Se han pasado bastantes dificultades, pero creo que se han sabido sobrellevar o superar bien y se está intentando que nos complementemos bien, lo cual ha sido bastante difícil.

En relación al trato a los usuarios, creo que nosotros somos distintos. Nosotros tratamos bien a la gente. Yo no creo que el modelo implique personas, yo creo que nosotros como personas tratamos bien a las personas y eso ha sido bastante positivo para el equipo y para la gente. Hemos dado un trato diferente: de más cercanía, más confianza, el hecho de no estar con delantales o no ser profesionales "hospitalizados" a sido bastante bueno y también puede ser una característica del modelo, pero eso es la forma, porque el contenido sigue siendo el mismo.



Puede cambiar la forma, el trato a la gente, el lugar, pero en la forma en que se trata a la salud mental es la misma, no tiene variación: medicas a la gente igual y a todas las personas las medicas. No hay ningún criterio para decir “no, a esta persona no la vamos a medicar”, tampoco se buscan alternativas que podrían ayudar a las personas en sus problemáticas de Salud Mental, sino que medicamento y psicoterapia, como lo acostumbrado, entonces la forma quizá es diferente, pero el contenido es el mismo; se habla de patología en Salud Mental, se habla de depresión, se habla de esquizofrenia, etc.

Creo que es parte del proceso; el psiquiatra no está en el hospital pero está en la comunidad, pero igualmente es psiquiatra, igualmente da pastillas, cuando quizá no es necesario. Yo pensaba que dentro del modelo comunitario quizá se iban a buscar otras alternativas y que la medicación no iba a ser tan “aguda”, pero sigue siendo casi lo mismo.

El otro día me di cuenta de algo: cuando estudié me metí a una escuela que es muy abierta y que nunca ha hablado de patologías mentales; se toman los manuales como una guía, pero en realidad se cuestiona mucho la utilización de manuales, porque se está centrado en otra cosa, no en el diagnóstico, y me he visto trabajando, de alguna forma más centrado en los diagnósticos que en los problemas reales de la persona; hablamos de patologías y no de personas.

En vez de mantener mi visión, he patologizado mi forma de ver las cosas. Yo pensaba que iba a ser diferente, pero en un momento vi que termino siempre hablando de trastornos de personalidad, termino hablando siempre de esquizofrenia, termino hablando siempre de depresiones, pero dentro de mi, y dentro de lo que yo conozco y dentro de lo que he aprendido, no existen ese tipo de diagnósticos y es completamente cuestionable porque no está completamente comprobado que la depresión, por ejemplo, tenga una base biológica.

No es lo mismo diagnosticar depresión que resfrío: en el resfriado tu tienes síntomas y sabes que hay un virus dando vueltas en tu cuerpo y creas antivirales y lo puedes mejorar, pero si tienes depresión tienes una serie de síntomas y atacas el síntomas pero no vas a lo medular de lo que te está pasando, entonces tu diagnosticas síntomas, no diagnosticas problemas reales. ¿Existe la depresión como tal, o acaso es un conjunto de síntomas? Quizá no soy nadie para decir que la depresión no existe pero como yo lo entiendo son criterios externos que de alguna manera perturban lo que yo puedo ver de la persona.

Si yo me centro en ver si tienes un trastorno de personalidad porque tienes ciertos síntomas, yo dejo de ver realmente el problema que tú estás teniendo, o sea me dedico más a lo que estoy buscando en vez de ir a lo profundo, a lo que a ti te está ocurriendo en ese momento, y que es el problema que tú tienes. Cuando el problema no es tu problema sino tu síntoma, entonces patologizo.

Desde que me di cuenta de esto he estado tratando de no ver qué es lo que tiene una persona, sino que ver que es lo que le pasa y llegar a que la persona

entienda lo que le pasa y nada más. Mi labor no es decir que esa persona tiene depresión o que tiene un trastorno de personalidad, eso da lo mismo. Mi labor es ayudar a esa persona a que comprenda por qué le pasa lo que le pasa, que ella comprenda y no que yo le diga cómo tiene que comprenderlo, es como un acompañamiento.

Siempre se dialoga con lógicas distintas: cuando uno toma una decisión, uno dialoga con dos lógicas diferentes, o con tres o con cuatro. Siempre se está dialogando con opciones diferentes. Lo que me complica es que si yo no estoy atento, de alguna forma lo que termino haciendo no es ayudar, sino que patologizar, y yo mismo contribuyo a que el otro esté como está, como siendo parte del mismo sistema. No es contradictorio, pero hay que poner atención: cuando tu vas a trabajar y te olvidas de tu vida, y te lo pasas de la casa al trabajo, ahí te esquizofrenizas; te olvidas de ti y no pones atención a tus necesidades, a lo que tu quieres hacer. Es como una lucha con tigo mismo, porque tendemos a lo seguro, tendemos a lo que todos hacen, pero si tu no te detienes y ves lo que tu quieres del asunto primero, siempre te va a pasar la máquina por arriba. Es una lucha constante; tú estás en el mundo y siempre está en inter acción con ese mundo, por eso siempre estás en la pelea con ese mundo para que no te aplaste.

En mi experiencia desde que trabajo en el CESAMCO, lo que se modificó se modificó negativamente: lo que pensé que sería diferente terminó siendo lo mismo de siempre, creyendo yo que iba a ser distinto terminó siendo igual y como mi responsabilidad, me olvidé por completo de lo que yo creía y terminé hablando de lo que nunca había creído: terminé diciendo “este es súper limítrofe” o “este es súper psicótico” o “este es un trastornín” y caer en eso es como para decir ¿qué estoy haciendo? Y no me agrada.

No podría englobar a las personas que llegan al CESAMCO, son todas distintas: hay personas que no sé porque van, otras que van por que están justificadas de no hacerse cargo de lo que les está pasando, otras que se escudan en la enfermedad para justificar una serie de cosas a su alrededor, otras que son sumamente honestas y sinceras en lo que les pasa. Para estas últimas, creo que el centro no es capaz de darles solución completa o la ayuda que necesitan, porque estamos metidos en una lógica paciente – terapeuta, o sea lo mismo de siempre, y yo creo que hablando o dándole Ravotril no se van a mejorar, y personas que por ignorancia se creen lo que les dicen, terminan sintiéndose como les dicen, siendo que no son así.

Lo que los hace llegar hasta allá es que están sufriendo. No quiero hablar de drogadicción, violencia intrafamiliar, depresión, o disfunción familiar, están sufriendo y cada caso es diferente: unos más honestos y otros menos honestos, porque el tipo que quiere justificar todo lo que hace a partir de lo que uno le puede decir, también está sufriendo pero no se quiere hacer cargo, y haga lo que haga cualquier persona, jamás se va a hacer cargo y jamás se va a sanar. Otros si están dispuestos, pero son diferentes tipos.

Las expectativas que traen las personas es que les van a dar respuestas que no les van a dar, porque siendo honestos, la gente está acostumbrada a que le

den la pastilla para que no sienta, porque de alguna forma se está acostumbrando todo el mundo a que no tiene que sentir y que tiene que seguir en la máquina y nadie se detiene. También es como algo consumista, así como “denme la pastilla para no sufrir más y así poder seguir con la vida”, entonces esas son sus expectativas: no sufrir, pero entonces no se va a acabar nunca.

Imagínate que la gente se preocupa porque llora y entonces yo le pregunto ¿usted se preocupa porque se ríe?, o sea, por qué no van a poder llorar, por qué no se pueden desbordar. Algo anda mal, no en la gente sino en todos: creemos que llorar es malo, que desbordarse es malo. Hay tal nivel de represión, que la gente empieza a entender que si le pasa algo está mal y como cree que tiene que funcionar, entonces de alguna forma estamos creando máquinas y cuando tú vas y le das la pastilla estás reforzando esta idea de ser máquina, que no pueden sentir. Porque el anti depresivo lo que hace es subirles el ánimo y no sentir la depresión o ese ánimo que está bajo.

En realidad, la persona no puede estar triste, no puede estar llorón, no puede estar enojado, porque también te dan tratamiento se estás muy enojón y ¿por qué no te puedes enojar? ¿Por qué no se puede respetar un proceso normal que quizá es como una curva, que tiene su pick y que después va a pasar?

El otro día una señora se enojó porque estábamos afuera de donde se estaba atendiendo y nos estábamos riendo, entonces la señora se enojó porque nos estábamos riendo y ella estaba sufriendo. Con este ejemplo voy a que el CESAMCO tiene que ser como un velatorio, de ultra seriedad, porque se está sufriendo, y el sufrimiento hay que eliminarlo.

El otro día una señora me decía que ella no iba a sufrir más, porque su pareja la había dejado y yo le dije: mire, una vez cuando una pareja me dejó dije, “no sufro más en la vida” y después me di cuenta que esa lógica jamás se cumple: mi papá va a morir, mi mamá va a morir, mi abuela va a morir, entonces de alguna forma, tres veces voy a tener que sufrir ¿tu crees que vamos a dejar de sufrir o crees que el sufrimiento es parte de la vida? ¿Hay que eliminar el sufrimiento o hay que aprender a sobrellevarlo?. Quizá puedo estar siendo algo disperso, pero creo que ese es el tema: todo te lleva a que no tienes que sufrir, no tienes que sentir, siendo que vas sentir siempre, no vas a poder dejar de sufrir y ese es el problema; nunca vamos a poder dejar de sufrir: cuando te caes te duele, cuando alguien te rechaza te duele, cuando tu mamá se muere te duele, si tu hijo sufre te va a doler.

Puede ser que en el CESAMCO se den cambios en las personas, pero depende completamente de las personas. El cambio no parte de lo que uno pueda hacer, sino de la disposición del usuario. Uno lo que puede hacer es acompañar y la persona se puede demorar años, pero tu sólo tienes que acompañar hasta el otro descubra algo. Nosotros no tenemos el poder, porque también eso nos colocaría en una posición de poder para modificarle la vida a los demás y creo que eso no es posible; nadie modifica la vida de nadie, a no ser que lo amenaces con una pistola, pero voluntariamente, aún que des pastillas, no vas a modificar a nadie. Eso se da por un proceso individual y que

nosotros deberíamos acompañar y tener otros medios como para que la persona simplemente entienda lo que le ocurre.

Puede ser tai-chi, yoga, la danza, deporte, cosas que la gente no hace habitualmente porque está de la casa al trabajo, del trabajo a la casa y nadie aguanta una vida así. Imagínate una persona que trabaja 12 horas diarias, que gana \$ 120.000, que tiene tres hijos, que tiene una mujer que le demanda. Nosotros ganamos más, tenemos quizá el mismo nivel de carga, pero tenemos quizá mayores momentos de esparcimiento, porque nos alcanza; a ellos no. Entonces imagínate el nivel de tensión que hay en esa casa, cómo no se va a generar algún problema.

Uno podría decir que entonces hay que hacer un cambio en la sociedad, si, pero también, creo, es necesario que la persona se haga responsable de que muchas cosas dependen de él o ella.

Generalmente se piensa que hay que tener plata para poder hacer algo, entonces como no la tengo, me frustró. La plata es el medio para todo. Un usuario el otro día me dijo “no salgo con mi señora desde que me casé porque no me alcanza, a lo más vamos a la playa, pero no podemos ir a tomarnos un trago o salir a bailar”. Es decir, entretenerse para ellos es ir a bailar o ir a tomarse un trago, entonces si no nos queda plata no podemos ser felices. Luego, si no tengo plata para un *play estacion* para mi hijo, no puedo ser feliz.

Yo creo que hay tres niveles: lo que el mundo me hace, lo que yo dejo que me haga y lo que yo me hago a mi mismo, y creo que yo puedo tener control sobre lo que dejo que me hagan y lo que yo me hago a mi mismo; lo que el mundo me hace es lo que siempre va a hacer.

Cuando entra un usuario a mi box, lo primero que le pregunto es por qué lo derivan, no quién es, qué hace, donde vive. Ahora me doy cuenta que me está pasando lo que ya he comentado: estoy medicalizando, porque tengo en mi cabeza la entrevista en que hay que preguntarle por qué viene, quien lo deriva, si viene por trastorno, por depresión o esquizofrenia; no le pregunto quién es, donde vive, dónde va, qué le gusta. A veces me pasa que algunos llegan muy serios y se creen el papel del depresivo, se tomaron el papel de enfermos y actúan como enfermos; yo creo que ahí están mal, va a costar mucho sacarlos de ahí, porque empiezas a justificar todo lo que te pasa a partir de tu enfermedad. Pero hay gente que llega con mejor disposición y empezamos a hablar de cualquier cosa; finalmente me he dedicado a buscar síntomas, pero después se me olvida y empiezo a bromear y juego ajedrez, juego cartas. Yo creo que eso me ha ayudado a salirme del plano de que soy psicólogo, que no me agrada.

Luego me interesa saber, qué es lo que la persona siente, por qué cree que está ahí y esa respuesta es fundamental; si es “por depresión”, no me dice nada, pero cuando una persona te dice “porque siento que mi vida no va a ningún lado” que “no tengo sentido” o “me siento perseguido”, ahí yo creo que hay más posibilidades.

El otro día por ejemplo, a una sesión llegó alguien y me dice “no sé por qué me estoy sintiendo bien, si es por lo que yo hago o por los medicamentos”. Ese es un ejemplo de cómo la gente se engaña con el medicamento y cree que es lo que le ayuda. Entonces yo le digo “no, es por lo que usted está haciendo, cuénteme lo que ha hecho” y la persona misma se da cuenta de que empezó a hacer cambios. Yo le digo “no, los medicamentos no lo hacen, el cambio lo hace usted, no la pastilla”.

Tienes que luchar en contra de esa educación absurda que dice que la pastilla salva la vida y no lo que uno hace. Yo le digo “la pastilla le ayude a cierto nivel, pero lo que hace usted es por usted, porque usted lo quiere hacer, no porque la pastilla le diga que usted tiene que hacerlo, o sino todos la tomaríamos”. Pero después tienes que lidiar con otra cosa; cuando tu crees que la persona está bien, va donde el médico y el médico la encuentran mal y le sube los medicamentos y la persona, porque le van a subir los medicamentos, dice “entonces no voy tan bien, voy mal”.

Los médicos los encuentran mal porque encuentran lo que están buscando: “ha estado ansiosa”, “si he estado ansiosa”, pero puede ser que se refiera a que ha estado más ansiosa porque no tiene plata para comer en el mes, pero eso no implica que esté infeliz o que esté más deprimido. Es una lógica súper lineal. Yo puedo estar ahora ansioso, pero no es porque esté deprimido. Las cosas se ven como de forma causal.

Puede que me condene a mi mismo, pero yo me dedico a ver a la persona en el momento, no llevo una línea, pero en una reunión clínica me tengo que poner en el lugar del psicólogo y empezar a decir lo que es el usuario; la adicción que tiene, los problemas que tiene, pero tampoco les puede contar todos los días que lo he visto y lo diferente que lo veo todos los días. Yo podría decir lo que todos podríamos decir: que tiene un trastorno de personalidad, pero si lo veo más allá a lo mejor no tiene un trastorno de personalidad: es alguien que se conecta, a veces llega emocionado y te agradece, súper claro mentalmente y al otro día llega agresivo y tienes que manejar esa agresividad y ayudarlo a que entienda por qué está así.

Cuando uno habla de innovar, para mí es cuando uno quiere dejar de ser causalista: decir que esta persona tiene esto por esto y esto otro y no por lo que trae a la persona en ese momento en que está ahí. La mente funciona así, por recuerdo, entonces por ejemplo, yo tengo una imagen de ti en base a los recuerdos que tengo de las experiencias contigo, pero eso se hace mucho más perverso cuando tu eres un médico o un psicólogo, donde el diagnóstico se lo pones todas las veces. Ahí eres incapaz de ver lo que esta persona está haciendo, que sea distinto de lo que tu crees que es.

Por ejemplo, si tu tuviste una experiencia conmigo, tiñes toda tu realidad en base a esa la experiencia, pero eso es mucho más perverso cuando tú tienes un poder frente al otro; el poder del terapeuta con respecto al paciente, donde tu lo encasillas. Yo trato que no pase, pero pasa.

Esto pocas veces lo reflexionamos y mantenemos las cosas en el tiempo y nosotros mismo detenemos los procesos de los demás porque partimos de las experiencias anteriores que tenemos con la persona. Por ejemplo si cada vez que veo a un usuario pensara que va a llegar mal y pesado, todas las veces me tendría que defender pensando que va a llegar a decirme cosas desagradables, y si fuera así yo detendría el proceso de ese usuario, lo mantendría en el tiempo porque yo no avanzo en la imagen que tengo de él y lo mantengo estancado como el trastorno de personalidad, el narciso, el adicto, el agresivo.

Esto nunca se discute; ¿cómo vemos los procesos? ¿Vemos los procesos como algo dinámico y que todos los días la persona es alguien diferente o vemos el proceso como que todos los días esa persona es el trastorno de personalidad? Por ejemplo, el señor que dijo la otra vez que podía entrar a robar las clozapinas, entonces todos empezamos a decir que había que ponerle límites porque es narciso y quizá ahí si, pero quizá al otro día no, quizá por qué dijo eso; ¿qué le estaba pasando? Pero no nos preocupamos de lo que le estaba pasando sino que de su conducta anterior. Porque si tu te preocupas de que yo soy un pesado, no te preocupas de lo que a mi me estaba pasando en ese minuto.

Está también lo que tienes que decir y el cómo tienes que validarte y yo creo que sería muy mal valorado que en las reuniones yo hablara de las conversaciones que tengo cuando juego ajedrez con ese usuario. Si por ejemplo le dijera al psiquiatra: “ayer me ganó tres cero jugando ajedrez”, eso no va a ser válido, pero para mí puede ser válido.

La intervención también parte de una lógica médica: que tu tienes el poder de intervenir y modificar al otro, cuando en verdad tu no haces nada; tú actúas como un catalizador, es decir, no intervienes nada. No existe una técnica para nada. Quizá algunos validan técnicas y las prueban científicamente y llegan a establecer que unas son más efectivas que otras; quizá sea así y quizá no. Yo diría que ocupo técnicas para que la persona esté contenta con lo que está sintiendo y con lo que le está pasando en el momento, que es lo único real y verdadero para la persona, aún cuando quizás no para mí, porque para mí quizá lo real pudiera ser el trastorno de personalidad y que tengo que hacer una intervención paradójica para que cambie su forma de pensamiento.

El otro día llegó una chica y me dijo que se estaba volviendo loca y le pregunté por qué y me dijo que porque había tenido un sueño en el que se estaba volviendo un demonio, entonces le dije que analizáramos el sueño, pero yo no le interpreté el sueño: me empezó a contar que en su sueño había un círculo de personas y ella empezaba a vomitar y a decir que ella era un demonio y que los odiaba a todos y que los iba a matar y le daba un ataque y que entonces, se acerca una mujer que le hace cariño y se la lleva a otro lado y toda la gente se reunía para expulsarla porque ella tenía un demonio dentro. Lo que yo hice fue hacerla dialogar con todas las partes de su sueño, porque todo su sueño es parte de sí misma, entonces el demonio interno es ella misma. Y la hice dialogar con su demonio y su demonio le empezó a decir que nunca la va dejar y ella le empezó a decir que quiere que se vaya porque quiere hacer una vida

normal; ¿hay ahí una intervención o una facilitación de que ella comprenda lo que le está pasando?

Si yo me paro en el lado de la intervención diría que esta persona está delirando o que se está volviendo realmente loca porque está creyendo que tiene un demonio adentro o haría la interpretación de que esa es la castración paterna, pero ¿qué es la facilitación? Es ir a la realidad concreta de la otra persona y la realidad concreta de la otra persona es lo que te dice y lo que te expresa y lo que ella siente.

Cuando estamos en reuniones clínicas, los planes de tratamiento que hacemos son planes de intervención; que hay que ir a la casa, que hay que juntarse con no sé quien; eso es intervención, en la lógica de que el otro no es capaz. Es una lógica de poder en la que el otro no es capaz, entonces nosotros tenemos que hacer algo. Hasta cierto nivel si se hace, pero en otro nivel, que yo creo que es más fundamental tu facilitas que la persona se conozca a sí misma y entienda por qué le pasa lo que le pasa, que también tiene su lógica de poder, porque te pone a ti como el facilitador de esa persona y ¿quién te hace a ti más capaz de hacer que el otro se entienda?

Yo intervengo desde el momento mismo que está pasando con ese usuario, no es algo que tengo planeado anteriormente. Si yo planificara entraría en la lógica de la patologización, pero quizá es más válido hacer algo desde lo que está pasando en esa interacción real, no en lo que yo pueda especular, porque al fin y al cabo cuando planifico es porque estoy especulando sobre alguien algo que quizá no esté ocurriendo. La planificación cabe en la lógica de “yo creo” o “yo sé”; “yo creo que quizá la mamá...” o “yo creo que quizá la familia...” Un usuario te puede decir que su mamá no lo quiere, pero la mamá te puede decir que si lo quiete ¿qué está pasando ahí? ¿hay una mala comunicación? Entonces ¿cómo haces que las personas se empiecen a comunicar mejor? Yo tengo que empezar a comunicarme bien con ellos porque yo soy parte de lo que está pasando ahí.

Por ejemplo en el grupo de consumidores, yo improviso, porque no tengo nada planificado y ahí siempre sale algo que se refiere a ciertas cosas que están pasando y uno lo que hace es facilitar lo que la persona está trayendo. Lo difícil es funcionar con el resto del equipo, aún que yo sé que muchas personas funcionan con esta misma lógica, pero dentro del marco general donde tu formalmente planteas las cosas, es la lógica médica, siendo que cada uno de nosotros conoce los procesos de formas diferente y dudo que todos encasillemos a la gente; es muy loco; por un lado eres algo, pero por otro lado eres otra cosa, porque también tienes que validarte frente a una USMP, ya que existe un centro comunitario de Salud Mental que se separa de la otra salud. Ya estás haciendo un quiebre en lo que es la persona para empezar; separas lo que es su cuerpo de su cabeza o de sus emociones, siendo que quizá la señora que tiene hipotiroidismo, está con pena o quizá no le encuentra sentido a su vida.

Si ya estamos dentro de un Centro de Salud Mental, aún que sea comunitario, estás separando lo que es la salud de lo que tú entiendes como ser humano:

yo no trabajo con la cabeza de las personas, trabajo con toda la persona. Es como una separación de industria: tú haces los botones y yo hago las plantas y el otro hace los cordones y yo hago el cocido del cuero y hacemos zapatos y ¿por que no uno hace un zapato entero? Y ¿por qué en un mismo centro no se trabaja todo? Y ¿por qué el nivel secundario y terciario de especialización? ¿Cuándo tú determinas que algo es más complejo? ¿De qué síntomas estás hablando? Porque una crisis aguda sicótica, se toma como algo que hay que borrar, cuando la psicosis puede ser un síntoma de que algo le está pasando a la persona. La psicosis hay que sacarla primero para que podamos hablar, pero nadie vuelve a hablar de la psicosis una vez que se quita y el tipo queda como alguien que sufrió una psicosis y luego le dicen que tiene esquizofrenia y nadie la ayudó a esa persona a que entendiera por qué le estaba pasando eso.

Como ya he dicho, hace poco me di cuenta de que estoy hablando de patologías, cuando yo no creo en eso, pero hay un cierto contexto que te hace hablar de eso inevitablemente y todos funcionamos dentro de esa misma lógica, entonces lo que yo puedo hacer, lo intento hacer: quizá instancias de reflexión sobre lo que uno hace y cómo uno se platea frente a esta problemática; ¿qué estamos haciendo? ¿Qué cree cada uno dentro del equipo que es la salud?

Lo que les pasa a las personas es lo que nos pasa, porque nosotros no estamos exento de lo que le pasa al resto de las personas. Yo voy a sesiones de grupo por formación. Se trata de quién quiere trabajar, ni siquiera se está preocupado de un proceso. Tu vas, cuantas lo que te está pasando para que trabajen contigo, no para saber si tienes un trastorno: si tienes rabia golpeas cojines, si quieres les pegas patadas, si quieres gritar, gritas y eso no se condena, sino que se toma como algo normal y parte de un proceso que cualquier persona puede tener.

A veces no sé qué poner en la ficha, es como un tema sin respuestas porque el sistema tampoco te lo permite, porque estás dentro de la misma lógica siempre, entonces la estrategia tendría que ser que yo generara el espacio para hablar el tema de forma diferente pero cómo. Todavía no se me ocurre.

No estoy diciendo que la otra lógica esté herrada o incorrecta. No se trata de cual verdad es más verdadera, tampoco quiero caer en preguntarme quién tiene la razón, sino que sólo yo entiendo las cosas de forma diferente y no porque yo lo entienda de forma diferente va a ser verdadera mi forma, sino que a mi me hace más sentido que la otra.

La otra vez discutíamos en el equipo; yo decía que no me sentía capaz de ver a una chica que estaba embarazada y que no quería a su hijo. Yo pensaba que era mejor que una mujer la viera. También es porque estoy aburrido de que todo tenga que pasar por psiquiatra y psicólogo, cuando creo que hay otras formas y otras cosas que el equipo puede hacer en ves de psicologizar. Algo que es más humano que psicológico, creo que no tiene sentido patologizarlo, no porque crea que yo no pueda, sino que porque creo que no hay que psicologizar todo.



Se cree que esa alianza entre psiquiatra psicólogo es algo mágico o poderoso que puede hacer cambiar a alguien, siendo que se pueden hacer otro tipo de cosas. En el equipo nadie sabe lo que yo hago en realidad. Yo soy el psicólogo así que nadie se mete al box conmigo cuando estoy con las personas y nadie sabe lo que yo hago con la gente. De alguna forma dije que sería bueno que otra persona viera ese caso porque creo que para este tema sería más necesaria una imagen femenina que masculina. ¿Qué voy a hablar yo de maternidad? Lo puedo saber teóricamente, pero ¿y si en el equipo tienes el recurso de que alguien es mamá? Siempre está la posibilidad de ponerte en el lugar de otro, pero creo que más que la teoría, las experiencias de vida son valiosas a la hora de hacer algo con alguien. En el equipo se entiende este asunto, pero dentro de la autoridad médica, el aliado más próximo es el psicólogo.

La psicoterapia se entiende como algo analítico, de cosas profundas, que quizá hago, pero no de esa forma en que se cree. Entonces ¿qué ponemos primero? ¿Lo teórico o la calidad personal que puede tener una persona para tratar ciertos problemas? Yo creo que esto último es fundamental; la experiencia personal, el género, la cercanía, la comprensión. En este caso que he comentado, por ejemplo, yo no puedo empezar a enseñarle a esa mujer cómo tomar a su hijo y amamantarlo.

Una persona no va a psicoterapia porque quiera ir a psicoterapia; va porque el médico decide que va a psicoterapia, cuando para hacer psicoterapia de la corriente que sea, la persona tiene que estar dispuesta a decir que es lo que le pasa. Acá es algo impuesto. Luego tú puedes trabajar también la disposición, pero del otro lado lo que se lee es “yo te veo a ti, yo te encuentro el problema y tu tienes que ir a psicoterapia”. No es porque tú lo decidas. Una persona común no sabe lo que es la psicoterapia y así se indica la psicoterapia como se indica el Ravotril.

Haciendo un resumen: yo sé que muchos del equipo entiende que esto va para otro lado y nos molesta el hecho de ser “salud mental” y es contradictorio todo lo que pasa adentro. También se entiende que el médico y el psiquiatra, aún que estén trabajando en un centro comunitario, siguen la misma lógica que se sigue en el hospital: la lógica psiquiátrica y lo mismo para el psicólogo, porque el psicólogo es el experto en psicoterapia y ¿qué es la psicoterapia? Una intervención; una forma que hace que yo sea capaz de modificarte o ayudarte a que tu cambies.

En el equipo muchos se centran en que no saben qué hacer frente a determinadas cosas porque se les ha dicho que no son psicólogos. Otra tensión en el equipo pasa por la validación de lo que puede hacer cada persona y el desconocimiento de cualidades personales que tiene cada uno para poder enfrentar cierto tipo de temáticas. Dentro de eso se cree que yo intervengo así como se opera, y si opero te saco lo malo y te quedas con lo bueno, en vez de pensar en que te ayudo a ti, a que tu puedas sacarte lo malo. Al mismo tiempo, esa relación terapeuta paciente como yo la entiendo, debería aceptar que nos tratemos mutuamente, porque lo que a él le pasa me resuena a mí y lo que a mí me pasa le resuena a él, entonces la única posibilidad que

tengo de hacer algo es en la interrelación que tengo con la persona y no una interacción en la que yo tenga el poder sobre él, sino que se facilite un proceso en mí y un proceso en la otra persona.

Creo que en el equipo de alguna forma con el sistema se implanta la lógica de la intervención y la experticia. Eso se ve por ejemplo en la reunión clínica cuando todo va al psicólogo ¿Cómo no va a ver algún tema que pueda ver alguna otra persona? ¿Por qué todo tiene que pasar por mí si a veces las personas ni siquiera quieren ir a verme? No quieren ir al psicólogo; necesitan compañía, que los acompañen, que les conversen y punto.

Estas tensiones no se han resuelto aún. Por ejemplo atender en duplas; no ha resultado mucho. Mi impresión es que las personas no se sueltan porque sienten cierto desconocimiento a cerca de lo que pueden hacer, porque no toman su propia experiencia personal como algo que pueda ayudar a otra persona. Se piensa que si no sabes de psicoterapia, no puedes atender algo. Por ejemplo en el caso que comenté, yo opinaba que la asistente social estaba muy bien atendiendo a esta persona, pero otros pensaba que se necesitaba una psicoterapia y yo me pregunto ¿Qué creen que es una psicoterapia? La psiquiatra decía que la psicoterapia es más que escuchar, ante lo cual yo le pregunté ¿y por qué? Hay grandes reconocidos en la psicoterapia que lo único que hacían era escuchar y asentir lo que les decían sus pacientes. ¿Qué más tienes que hacer? Si lo que está pasando es en la cabeza de la persona, no dentro de mi cabeza; yo no tengo nada dentro de mi cabeza que a ti te pueda servir; todo lo que te pueda servir está dentro de tu cabeza. Creo que falta entender que el otro es legítimo igual que tú, e independiente de lo que tú hagas.

En relación a los puntos de encuentro, por ejemplo lo que hacemos con los consumidores, es algo bien consensuado; nadie está más arriba de otro y todos aportan desde su experiencia y es algo bien humano, pero eso no se da en la reunión clínica, que es más formal que humana; no nos ponemos como seres humanos a ver qué podemos hacer, sino que nos ponemos como expertos. Yo no digo que esté mal, pero creo que falta lo otro: que cada persona se de cuenta que es capaz de hacer cosas, no cualquier cosa, sino que cada uno se sienta capaz de ser un facilitador del otro: que pueda conversar, hablar, dar una opinión, que pueda acompañar. Finalmente cuando hay que hacer, salta la mirada del médico y se termina diciendo que se necesita psicoterapia.

El otro día llegó una señora, que estaba muy tensa, entonces el médico le indicó Ravotril. ¿Por qué no se le ayuda a relajarse? Por qué no decirle que respire profundo, que suelte los músculos, que se siente, que cierre los ojos, por qué si no puede dormir en la noche decirle que pruebe esta posición antes de irse a acostar. Pero en vez de eso se dan Ravotril, cuando la señora mantiene la tensión en el cuerpo todo el día. Es algo tan básico ¿cómo no vas a tener la capacidad como ser humano para relajarte?

Esto me confirma la lógica de la intervención como tu poder para modificar al otro; tú tienes una sabiduría mayor que la de otra persona, o sea “yo sé como

mejorarte” y no es así. El acompañar no es ninguna intervención, es conversar humanamente, conectarse, es compañía. Pero como ya he mencionado, me he visto hace poco, cayendo en la misma lógica y hablando de trastornos y como si tuviera la panacea para ayudar a las personas. Caemos también en eso.

Como equipo creo que uno de los mayores problemas que hemos tenido que enfrentar es la falta de recurso humano; ha habido mucha rotación y nos hemos quedado sin psiquiatra como en tres oportunidades, primero sin psiquiatra infantil, luego sin psiquiatra adulto, después nos quedamos con menos horas de terapeuta ocupacional, después problemas para tener una técnico paramédico, y así, muchas cosas. Por otra parte, no se contrató a nadie para ser coordinador y ninguno tenía la experiencia para serlo. A mi me contrataron para ser psicólogo, no para coordinar un centro y así todos y se nos dejó con la responsabilidad enorme de llevar un centro que nadie tenía muy claro de qué se trataba ni como funcionaba. Hay gente que tiene experiencia en centros similares pero no había sido coordinador antes. Las cabezas que partieron se fueron y tampoco cumplían con el perfil necesario para un centro comunitario.

Yo creo que han pasado varias cosas: no todos pensábamos lo mismo y teníamos opiniones distintas; uno proponía hacer algo y otros decían que no, habían cosas que no se sabía cómo se debía hacer, otras cosas que no se hicieron nunca. Nunca se nos dieron directrices técnicas ni administrativas y sin embargo luego se nos pide que lo hagamos bien. Es como si un director técnico le dijera a los jugadores que hagan lo que quieran y luego les dije que juegan mal.

Creo que la respuesta del equipo se ha centrado más en visiones personales que en visiones globales; las críticas se ven como ataques personales cuando no es tan así; la responsabilidad mayor es de los que están más arriba, pero ellos nos critican y dicen que nosotros somos lo que no hacemos bien las cosas. Por otro lado, desde los usuarios las críticas son por los medicamentos y las garantías que no se cumplen. Los usuarios están acostumbrados a sus pastillas y a la hora con el psiquiatra y creen que eso les va a solucionar todos sus problemas

También hay un tema de amistades que a veces no permite decirle a alguien “no estás haciendo bien tu trabajo”. Yo no me voy a enojar con alguien porque me diga que hago mal mi trabajo, independiente de sea o no sea mi amigo. Entonces siempre se toma todo como algo personal.

Tenemos la mala suerte de que cosas que se debieron haber hecho no se han hecho, entonces tenemos una pata coja demasiado grande: como el SIGES, las cartolas, los registros mensuales, cosas administrativas que no estaban hechas, y lo que se ha hecho no se valora; se centran solamente en lo que no se ha hecho y no lo que hay. Nunca ha habido un reconocimiento por lo que se está haciendo.

**ANEXO VIII:**

Escaneo cuaderno de campo

Nota 16 de abril de 2009, reunión clínica CESAMCO Schneider. Valdivia, Chile.

en la importancia de registrar, Hay diferentes posturas en relación a la participación en lo mismo multi-seccional, I.F. reuente el trabajo que puede involucrar en el de que se hizo. Fallo el de participativo. Eso lo pone como pero justificar la necesidad de que participemos. Puede ser una respuesta a lo que plantea R.V. Que si ya hubo un de comunicación cual era el sentido de este número de? Pero en general todas conversan en la utilidad de este tipo. Sin embargo hay que acordar es, no pocas veces porarnos como CESAMCO entre los otros miembros - Discusión: Grabación. Nuevamente dele el tema de la falta de tiempo. Todos miran sus agendas y parecen buscar un espacio para poner cada uno de los cosas que hay que hacer - Caso: Grabación. Este caso más de lo o todos con una quinón, involucrarme. De pronto me vio como una más del equipo, girando acerca de los comunicaciones del usano y de como eso afecta el grupo de la PAB. luego de dos años

Grupo Autocuid  
 - Serolización  
 • Apoyo Hubo  
 • Independencia  
 → Independencia conjunta  
 dice  
 • Fortalecimiento  
 • Identificar necesidades  
 • Distribuir intereses

Grupo psicoterapia  
 • Referir tiempo individual  
 • Alivio sintomático  
 • Elaboración de estrategias  
 para enfrentar conflictos  
 • Enfoque tiempo experiencial  
 Humanista

R.V. reclama por el espacio reducido y porque no se puede hacer nada más que conversar y por qué no usar otros espacios fuera? El taller de niños se hizo en la Escuela Francis, pero R.V. reclama por que es muy complicado conseguir otros espacios y cambio del usano que más afecta su permeabilidad jurídica.

16/04/2009  
 S.T. más reuente temas administrativos y comentario que me pautamos dejar los fichos con espacios en blanco. luego pone el tema del de en lo Yérez Zabala y lo Pablo Menéndez y vuelve e insistir

en Barcelona siento como si cubriera volviendo o conociérame con una realidad que yo casi no estaba en mi vida cotidiana. La realidad que me había involucrado o sea parte de procesos de T.S. Una realidad que tiene implicaciones para los votos de las personas, más allá de los cuestionamientos que podemos hacer de ella, y lo más importante: una realidad que demandó y permite que uno haga cosas por combata. Siento que me vuelvo a conectar con esa demanda de hacer algo ante una situación que está generando sufrimiento, y con el lugar desde donde es posible hacer algo para ayudar. A diferencia de lo que me ocurría en BCN, acá si importa lo que hago yo. Lo que digo, lo que pienso, lo que siento eso tendrá repercusiones en la realidad que me involucra: la realidad que me gusta y que quisiera que fuera distinta. En BCN, siempre sentí que modo de lo que pasaba ahí me involucraba en realidad y

que modo de lo que yo hiciera impactaba en realidad.

Caso - Grabación.

Muvemento surge el tema de los hijos, pero a B.F. sólo le importa lo mío, cree que está en riesgo. Se discuten los derechos de intervención y ella defiende que lo mío está en riesgo. R.V. trata de conciliar los puntos de la intervención y finalmente en la ficha quedó planteado como PIT los tres puntos propuestos X R.V., porque madre se quiso Bernabé, como si eso me fuera lo importante se centró en advertirnos como actuar en relación a la usuaria. No le preocupó que quedé planteado en la ficha clínica, o ella le preocupa que la usuaria no se haga daño y que me dé a su hijo, pero lo que me preocupa es que me dé indicaciones muy precisas, que finalmente me han quedado planteadas en la ficha. R.V. se ve conada, el cual que todo el rato y eso también influye: todos desean avanzar rápido. Hay que cumplir con los PIT y aun faltan varias fichas y movimiento ST

Reunión de Coordinación (en la prisión):

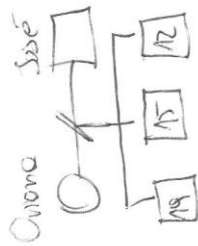
- Externo: Marcelo y Marlon
- Bomos Bajos: Jimeno y Cristóbal
- Anjochillos: Rodrigo y Sandra

23/04/2009

Los usuarios que han sido enviados a prisión del hospital x fallo de horas de psiquiatra en el CESAMCO deben empezar a ser devueltos. Este tema parece ser un problema para el equipo; algunos tienen cosas de preocupación y se lee en el ambiente que no hay claridad de cómo hacerlo. El tema de la falta de psiquiatras es sin duda, una carga extra para todos que además saben que de eso depende mucho de lo que se pueda hacer en el CESAMCO. El tema del ingreso se tiene y B.F. defiende que deben dar visitas por un psiquiatra del CESAMCO, aún cuando ya hayon sido vistos por otro psiquiatra del hospital. Creo que es la primera vez que veo algo así; o un psiquiatra que pro-

pone el tema de la "responsabilidad" por lo que ve el psiquiatra en el contacto directo con el usuario.  
¿Que obtiene B.F. de "ver al usuario" que no pueda obtener de los informes de psiquiatra del Hospital? En mi experiencia en el Int. Psq. de Sico era frecuente la relación de becarios de Psiquiatría, por lo que cada vez que uno se iba y llegaba otro, se solían repetir los recibos a los usuarios que ya tenían asignado un tlo. y no presentaban mayores problemas, sin necesidad de verlos. Solo los solía mirar los últimos antecedentes en la ficha clínica. En este caso, sin embargo, Bernardino necesita ver el usuario y no le basto con los antecedentes de otros psiquiatras que ya lo han visto. ¿Tendrá que ver con las diferencias con lo U.P. del Hospital? Bernardino cree poder ver algo que no han visto los psiquiatras del Hospital? El problema es que el resto del equipo sabe que una hora de atención de lo psiquiatra es demasiado valioso: nadie se miera ante los argumentos de Bernardino, al contrario, todos parecen estar de acuerdo, pero el mismo

30/04/2009  
 Cada vez es más frecuente el uso del "genograma" para presentar los casos. El ET lo dibuja en la zona y comienza a hablar de cada uno de los integrantes de la familia en la pizarra.



Cada caso tiene su signifiado y todos los eliminamos. Me uso y como concierne de que he entendiado en un segundo que significa cada caso.

El O es mujer, el □ es hombre, el // es una separación, etc. Este dibujo me dice mucho acerca de lo que me interesa y todo entendemos lo mismo.

-Caso: Grabación.  
 A partir del caso se da una discusión entre R.V. y C.P. → uno es el ET de la madre y el otro del hijo y ambos chocan. Ellos no ven lo mismo; para uno el marido e partir del cual se despierta el caso es la madre, y para el otro es el hijo. R.V. parece exigir que

la madre del niño le de solución. las soluciones que él ve a los problemas del niño. Pero C.P. ve otros problemas: los problemas de la madre. R.V. es cada vez más exigente. Parece ser que para él, el hecho de ser madre conlleva a ser responsable de todos los problemas de un hijo.  
 Ése le puede exigir a la madre que solucione un problema que está más allá de sus posibilidades? Creo que R.V. está queriendo que la madre solucione algo que no puede solucionar. El parece realmente enojado con la mujer, como si le hubiera hecho algo o el pero como por ejemplo del niño lo culpa desde un lugar de culpabilidad, cómo si no darse cuenta. Así también C.P. utiliza su saber experto para justificar. Ambas se han enfocado en una discusión que se escudo en teoría y términos técnicos, pero que podría ser la discusión de dos personas de una misma familia. Ambas es un completamente embuados en la defensa de sus respectivas cosas, pero a pesar de que los casos son, en principio, parte del mismo problema, no logran ver el problema en

hizo, pero en el equipo hoy consenso en relación a que no podemos solo hacer un test. Si estas cosas tenían que ver con situaciones sociales, el test no serviría; no nos podíamos empujar a validar un dp que en verdad no compartíamos. El tema genera discusión: No hay acuerdo en relación a que son capaces de hacer en lo U.P. del hospital. Parece ser que algunos decantaban más que otros, pero todos tienen una opinión. Algunos plantean la necesidad de debilitar la situación de maltrato, otros se preguntan si ya no lo habían hecho desde el hospital, algunos proponen evaluar pero otros proponen que no se puede esperar a evaluar; además, algunas proponen que hay que cargar la peseta de ayuda del chico, que eso es lo más importante, que le ayudemos a aprender y a llegar mejor con la mamá, pero otros se preguntan no estaban haciendo eso en el hospital.

Algunos no pueden creer que esto no haya sido denunciado, o el menos discutido por los profesionales del hospital, porque para hacer

evidente que hoy una situación de maltrato, y que se debe hacer algo en relación al entorno del chico. Ese algo no se puede determinar por un test de inteligencia. Todo el equipo está unido al respecto: madre duda de que hoy un problema psicológico que se debe abordar como tal, o si ya no existieran diferencias en relación a que son capaces en psicología de hacer algo al respecto. Luego planificamos la sesión de auto-ayuda. Me han pedido que yo prepare alguna actividad. Mirad de T.O se hace presente y todos ven en mí la encargada de planificar la actividad.

08/05/2009.

Por último recuerdo que se ha hecho de lo que se acordó la reunión pasada. S.T. nos propone hacer este ejercicio cada vez que lo intentemos una reunión dada que hoy mi-chaos cosas que se acuerdan y luego no se hacen. Acción que es porque habes estas sobrecargados, como queriendo justificarlo a pesar de que madre parece haberse sentido a Nuev. Inclusion T.G propone usar un psicólogo



vez acompañar a los visitas de rescate.  
Cada reunión del PAB. Pl llegamos a la conclusión de que debemos salir a buscar a los que faltan, y le decimos "rescate" como si fuéramos que rescatar de algo a quienes no están viviendo.  
A.6 nos ha planteado antes lo mismo: ¿Quién rescata a quién? ¿De qué los estamos rescatando, ¿por qué asumimos que es un rescate?  
Salimos con Rodrigo y Joel a hacer visitas a los usuarios PI y PAB. Nos fuéramos a buscar a ir a buscar a un usuario a su casa para llevarlo al Hospital de día. Antes de salir R y J me explican los razones de la visita: días antes el usuario se había presentado en el CESAMCO en estado de ebriedad pidiendo hablar con su ET -> Rodrigo. Finalmente se había despedido en el box de atención, luego, en el camino o lo caso del usuario R y J me piden el punto de la situación: el usuario había recibido una tarjeta y había preguntado a su mujer además de amenazar de muerte al padre de esto. Su mujer lo había dejado y él acudido al CESAMCO a pedir ayuda. Rodrigo, como su ET le había propuesto comenzar un tratamiento intensivo en el Hospital de Día y hoy en la fecha acordada para llevarlo allí. Luego Rodrigo suspira y nos dice "quizás con que

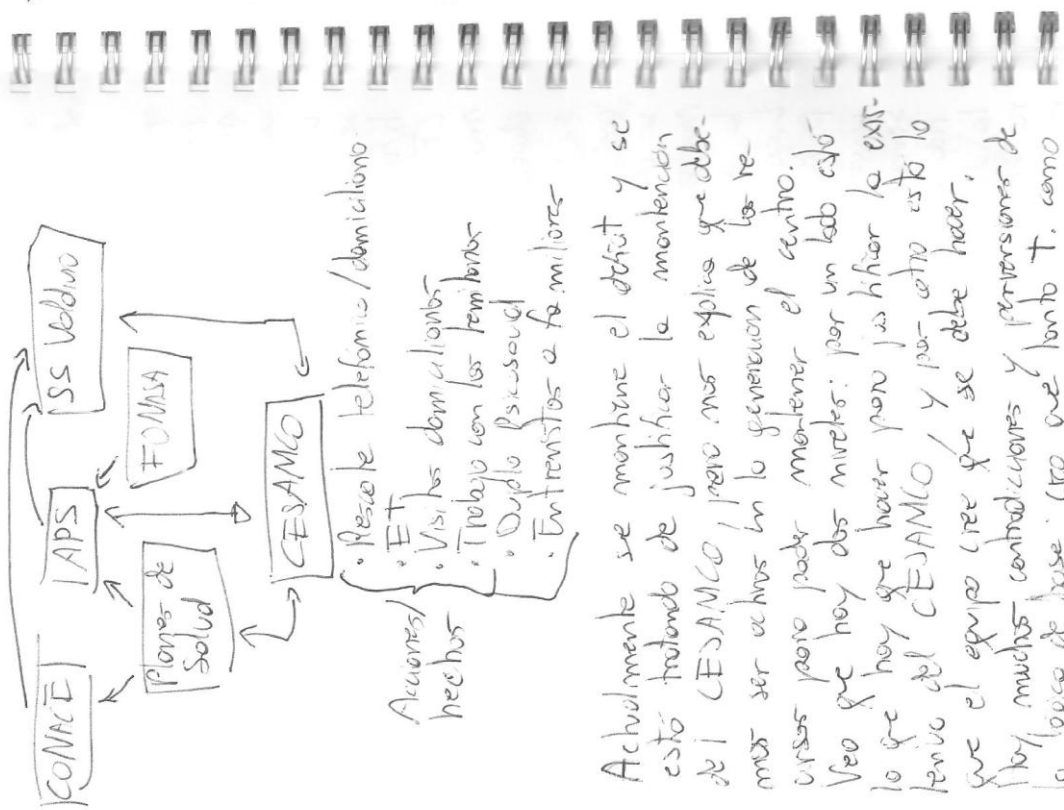
nos vamos a encontrar". Joel comenzó a bromear. Justo el día anterior había hecho un hueco un paciente psiquiátrico que se olvidaba en su casa y mandó a un policía que intentaba convencerlo de salir, para llevarlo al hospital. Rodrigo sigue con lo mismo y todos comenzamos a agregar elementos para darle vida a una película del asunto. J dice que lo vamos a encontrar con un tu-tu vaiondo ballet y R dice "o con una pistola" y los chicos pimbobos y quimbombos". J agrega "y diámbolo que te ama y que te tiene que amor" Nos reímos bastante del asunto, hasta que finalmente llegamos a lo caso del usuario. Es una población de casas de 40 mts<sup>2</sup> aprox. Todos los casitas son iguales pero los han pintado de diferentes colores. En la entrada está el usuario y se alcanza a ver el letrero del megallo que está su mujer. Los llamados "intercambios psicoemocionales" que nos ha decurrido Rodrigo en los reuniones, forman un cuerpo y realidad. "Paciente que se dedica a conducir un colectivo" "el grupo familiar vive también de un megallo que ha hecho la mujer" etc. Golpeamos

nos dice de dónde entre decirle. Solo entre  
Piedra, mirones J. y yo nos quedamos espe-  
rando fuera. Luego de unos minutos sale la  
y nos dice "no va a ir a ninguna parte. Dice  
que se siente muy mal". Nos quedamos un  
momento en silencio sin saber qué hacer. J  
propone insistir de nuevo, pero R. nos pro-  
pone dejarlo y volver mañana.  
De regreso al CESAMCO en el auto J rompe  
el silencio. "Debe haber estado todo es lo que  
sin hacer nada" "Debe estar super helado la  
cosa" Comenzamos a reír de su mujer que  
se fue, del desorden que vio R. el interior de  
la casa y finalmente R. nos dice "esperamos  
que mañana se sienta mejor y podamos llevarlo  
al hospital de día"  
Nos dirigimos a la CARVI A visitar a otro  
usuario. Es uno de los sectores populares  
más antiguos de Valdivia. Los casos son de  
un piso, algunos con amplios. Los pas-  
ajes son muy estrechos y no tienen mamparas  
por lo que damos varias vueltas buscando la  
dirección. Preguntamos a varias personas y  
nadie logra darnos una explicación clara.  
Nos extraña que nadie nos sepa decir con

exactitud indicaciones para llegar. Finalmente  
A. reclama el lugar llegamos a la direc-  
ción indicado en la ficha. Tocamos a la  
puerta y nos dice una mujer. Le preguntamos  
por el usuario y nos explica que este dur-  
miendo, dado que está trabajando de noche  
como guardia de seguridad. R. le pregunta  
cómo ha estado el usuario, luego, parece que  
se de cuenta de que no se ha presentado y reci-  
bió. Se presenta como el psicólogo del  
CESAMCO y la mujer parece cansada de estar  
más cómoda con la habitación. Le mostramos  
dice que el usuario está bien que ha vuelto con  
su mamá y que está trabajando. R. le pide  
que le diga que lo hemos venido a visitar y  
se despide. Por fin el silencio para cambiar  
nuestro espíritu vamos que este mejor.  
La situación: "que bueno que este mejor".  
Luego acordamos seguir en la ruta hacia los  
Piedra. Regresamos para visitar a la tía de otro  
usuario que yo te entrevistado hace dos  
semanas y que desde entonces no ha asis-  
tido a las reuniones. No podemos encontrar  
la dirección en la ficha. Solo hoy un número  
no de teléfono así que decidimos llamar y  
pedir las indicaciones para llegar, además de

el resto de los profesionales, efectivamente están comprometidos con la forma de trabajo del CESAMCO, pero el punto de invertir parte de sus tiempos en apoyar el equipo, sin embargo, para poder mantenernos como centro, todos debemos someternos a las implicaciones, antes de costo-eficacia, partiendo por la USMP del SS Valdivia; ellos, misquiere se plantean la posibilidad de cesar, por lo que deben existir el equipo.

El CONACE y FONASA son los que dan los recursos y por lo tanto, imparten que es lo que debemos hacer. Ellos son los que "compran" nuestro trabajo y por lo tanto, en la lógica de "vendedores de servicios", debemos producir aquello por lo cual nos pagan, con que creamos que eso, no es lo más importante ni lo que debemos hacer. Hoy es poco para los convenciones implicados en el trabajo de lo I. social? ¿tiene convenciones el vendedor de servicios? ¿cuáles son los recursos para modificar nuestras acciones en



nos preparando la reunión con anticipación y creemos que esto vez podremos ser más claros en relación a lo que hemos hecho. Cuando llego finalmente la psicólogo del CONACE nos miramos con expresión de complacencia. Como siempre hay café y galletitas y en general todos parecen bastante relajados, salvo la psicóloga del CONACE. Es una chica joven, morena, delgada, no muy alta. Me imagino que debe estar recién egresada. Tiene la actitud de quien está buscando que se le valide como profesional. Habla con lenguaje muy técnico y es pare estar torcida. Cuando finalmente vemos los reportes ella nos hace ver que no estamos cumpliendo con los planes y luego mira en sus guantes y nos dice que esto se muestra desde los últimos evaluaciones. Elle nos explica que lo que debemos hacer es ver que podemos hacer con los recursos que tenemos y según la población que obtenemos y comprime temas solo a eso. Nos dice que debemos evaluar a conciencia que es lo que realmente part-

mos ofrecer y no ofrecer más que eso. Tonia le responde que es algo "tramposo" porque si bien, solo nos podemos comprometer a PAB por el no de obtenciones, todos sabemos que en nuestro territorio, hoy muchos personas que más bien corresponden al perfil de un PI. También le insistió que hacer algo así, implicaría dejar de recibir pagos, aún cuando como CESAMCO, de todas maneras debiéramos tender a cubrir las necesidades de toda la población del territorio, dentro de los límites, el tema del consumo de sustancias era uno de los más graves. La psicóloga del CONACE parece cambiar de actitud y nos dice que ella viene a "quitar el equipo" dado que no sabe muy evolucionado. Aporta una actitud menos serena y honesta su postura se modifica. Ya no está tan distante como el principio. Luego vuelve sobre lo listo y empieza a revisar cómo están catalogados los usuarios. Las clasificaciones de PAB y PI según "compromiso psicológico" no tiene ninguna relación con las prestaciones establecidas para estos usuarios.

