

**25**

# Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa

Editor

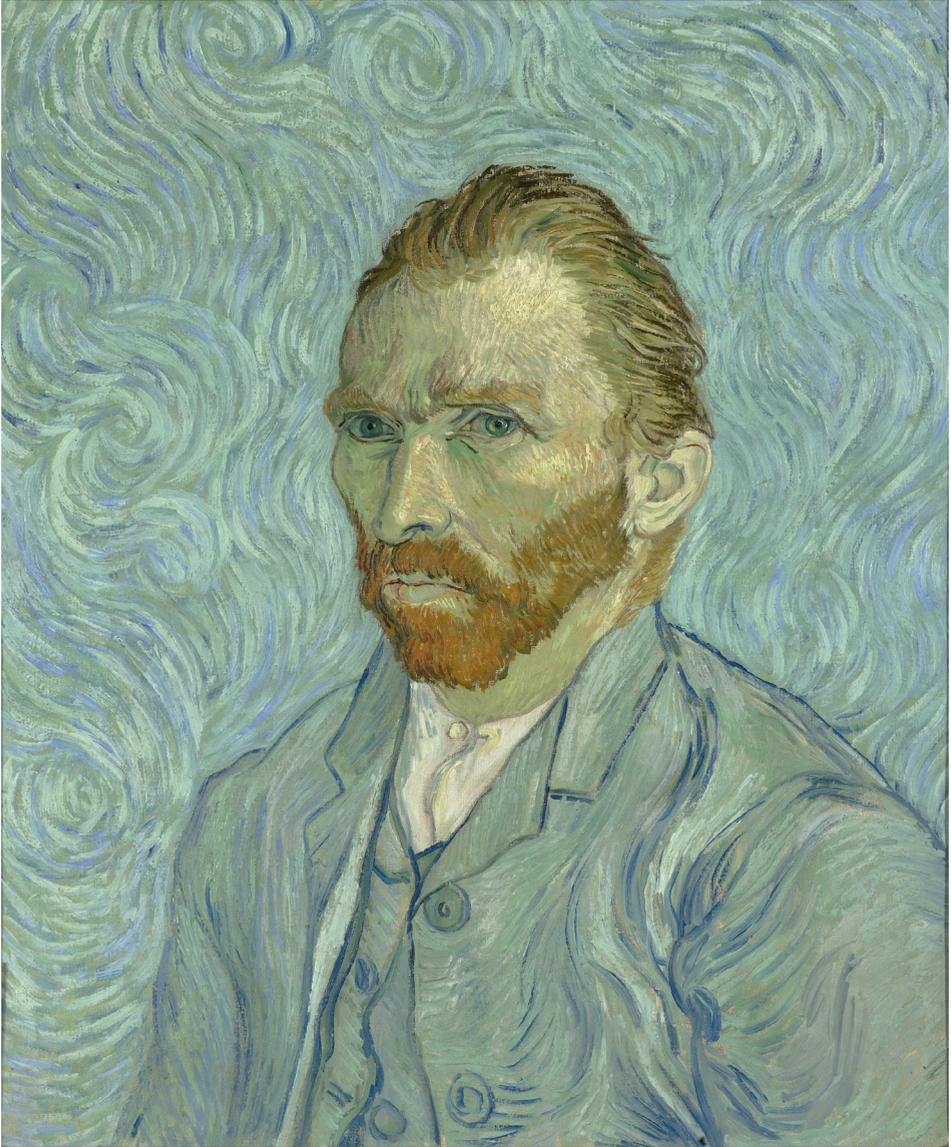
Omar Alejandro Bravo



 Editorial  
Universidad  
Icesi

Colectación  
**EL SUR ES  
CIELO  
ROTO**





---

**Imagen de Portada**

Vincent Van Gogh, Self-Portrait, 1889.

(Tomada de: [https://en.wikipedia.org/wiki/File:Vincent\\_van\\_Gogh\\_-\\_Self-Portrait\\_-\\_Google\\_Art\\_Project.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/File:Vincent_van_Gogh_-_Self-Portrait_-_Google_Art_Project.jpg))



# **25**

## **Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa**

Editor

Omar Alejandro Bravo



Una publicación de la  
Facultad de Ciencias Humanas  
Noviembre, 2023

### **Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa**

© Omar Alejandro Bravo (editor académico) y varios autores.

Cali. Universidad Icesi, 2023.

pp. 284; 17x23 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-628-7630-67-3

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.25.2023>

**Palabras Clave:** 1. Salud mental | 2. Atención (Psicología) | 3. Psiquiatría | 4. Psicoanálisis | 5. Psicología patológica y clínica

**Clasificación Dewey:** 616.89-ddc 21

---

© **Universidad Icesi**

**Facultad de Ciencias Humanas**

Primera edición / Noviembre de 2023

Colección «*El sur es cielo roto*»

**Rector:** Estaban Piedrahita Uribe

**Director Académico:** José Hernando Bahamón Lozano

**Decano de la Facultad de Ciencias Humanas:** Jerónimo Botero Marino

**Coordinador Editorial:** Adolfo A. Abadía

#### **Comité Editorial**

Roberto Gargarella [Ph.D.] / *Universidad Torcuato Di Tella, Argentina.*

Victor Lazarevich Jeifets [Ph.D.] / *Universidad Estatal de San Petersburgo, Rusia.*

Antonio Cardarello [Ph.D.] / *Universidad de la República, Uruguay.*

Javier Zúñiga [Ph.D.] / *Universidad del Valle, Colombia.*

Juan Pablo Milanese [Ph.D.] / *Universidad Icesi, Colombia.*

**Diseño de colección:** Natalia Ayala Pacini

**Diseño de portada y diagramación:** Editorial Icesi.

**Imagen de Portada:** Vincent Van Gogh, Ward in the Hospital in Arles, 1889.

(Tomada de: [https://en.wikipedia.org/wiki/File:Vincent\\_van\\_Gogh\\_-\\_Self-Portrait\\_-\\_Google\\_Art\\_Project.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/File:Vincent_van_Gogh_-_Self-Portrait_-_Google_Art_Project.jpg))

---

#### **Editorial Universidad Icesi**

Calle 18 No. 122-135 (Pance), Cali – Colombia

Teléfono: +57 (2) 555 2334 | E-mail: [editorial@icesi.edu.co](mailto:editorial@icesi.edu.co)

<https://www.icesi.edu.co/editorial>

Publicado en Colombia – *Published in Colombia*

La publicación de este libro se aprobó luego de superar un proceso de evaluación doble ciego por pares expertos.

La Editorial Universidad Icesi no se hace responsable de la ideas expuestas bajo su nombre, las ideas publicadas, los modelos teóricos expuestos o los nombres aludidos por el(los) autor(es). El contenido publicado es responsabilidad exclusiva del(los) autor(es), no refleja la opinión de las directivas, el pensamiento institucional de la Universidad Icesi, ni genera responsabilidad frente a terceros en caso de omisiones o errores.

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite título, autores y fuente institucional.

# Índice

- 07 — **Introducción**  
Omar Alejandro Bravo
- 13 — **Actualidad, pasado y perspectivas de la salud mental comunitaria/colectiva**  
Manuel Desviat
- 29 — **La Salud Mental Comunitaria en el Sistema de Salud Local, reto o utopía**  
Diana María Castrillón Libreros y María Adelaida Arboleda Trujillo
- 51 — **Modelo biomédico hegemónico y neoliberalismo: obstáculos para el modelo comunitario y otros avances en salud mental**  
Miguel Ángel Castejón Bellmunt
- 89 — **Violencia (post)colonial, trastornos psíquicos y síndromes “misteriosos”. Notas para una psiquiatría decolonial**  
Roberto Beneduce y Simona Taliani
- 115 — **Sobre la ética de la escucha en el arte de conversar**  
Francisco González Aguado y Luis Granell Ninot
- 141 — **Abordar la crisis en la comunidad: la hospitalización domiciliaria. Fundamentos y proceso**  
Carmen Cañada Gallego y Ana Moreno Pérez
- 171 — **Contener el derrumbe: la salud mental en la frontera entre lo legal y lo clínico\***  
Omar Alejandro Bravo

- 189 — **Salud mental y género: ambigüedades, re-funcionalización de la escucha terapéutica y politización del malestar**  
Alejandra Ordóñez Rodríguez
- 217 — **Cartografías grupales: atención a la salud mental y disidencias sexuales y de género**  
Maurício Cirilo Neto, Ana Carolina Rios Simoni, Magda Dimenstein, Maria Cecília Pedrozo Nomizo, Isabela Pinto Lucena Bezerra y Larissa Alves do Rêgo
- 249 — **Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico\***  
Martín Correa-Urquiza, Asun Pié Balaguer, Marta Coll-Florit, Eulàlia Hernández Encuentra y Salvador Climent
- 275 — **Sobre los autores**
- 279 — **Índice temático**

# Introducción

La salud mental puede ser entendida, desde Bourdieu, como un campo en el cual se pone en juego “un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él.” (Gutiérrez, 1997). De esta forma, en el campo de la salud mental, este espacio involucra diversas disciplinas, teorías e instituciones, que se disputan el patrimonio de ciertas prácticas y las teorías que las legitiman.

En términos históricos, el combate a las brutales prácticas manicomiales y las instituciones que las albergaban, por ejemplo, marcó un hito significativo en dichas disputas. A pesar de la ignominiosa persistencia de algunos dispositivos manicomiales, podría afirmarse que los manicomios han resignado la hegemonía y legitimidad para el tratamiento a la locura que alguna vez tuvieron, producto de la firme oposición construida por profesionales del campo psi, pacientes y familiares, siendo Franco Basaglia la referencia icónica en dicho proceso de lucha y transformaciones.

No obstante, ciertas prácticas que mantienen principios afines han venido ganando espacio y legitimidad en los últimos años. Nos referimos aquí a la creciente medicalización de los malestares sociales que la amplia oferta de medicación psiquiátrica, respaldada por la enorme propaganda de los laboratorios farmacéuticos y el apoyo inestimable de manuales del tipo DSM ha posibilitado, transformando en trastornos a los malestares comunes de la vida en sociedad. De alguna manera, las prácticas manicomiales desbordaron así los muros del hospital, extendiéndose al conjunto de la sociedad.

De esta forma, el sujeto puede omitirse de historizar su malestar y situarlo en un contexto histórico, social y cultural, para limitarlo a una disfunción química reparable por esa misma vía. Se trata entonces de corresponder a un ideal que la época impone: estar siempre feliz, productivo y dispuesto. No se requiere mucha sutileza política para emparejar esta exigencia con lo que el neoliberalismo propone, como parte de un modelo social basado en

el individualismo y la competencia, y donde se supone que el fracaso en alcanzar ciertas metas se debe a la falta de empeño personal y no a condiciones estructurales que lo impidan.

Por otra parte, otras prácticas definidas de forma general como alternativas, paradójicamente distantes en términos discursivos de esas políticas anteriores mencionadas, han ganado también consenso. Este amplio universo comprende todo tipo de terapias, basadas por ejemplo en el baile, la pintura o el empleo de aromas de supuesto potencial curativo, entre otras. En ellas también se puede omitir la historia del sujeto y las causas de su sufrimiento, siendo inclusive la propia teoría un elemento dispensable. Ciertas formas de expresión, cuando corresponden a los deseos y la cultura de los sujetos y grupos que la ejercen, pueden tener un potencial terapéutico; lo que se critica aquí es la imposición de esas prácticas de manera arbitraria y de acuerdo a los deseos y gustos de quien las impone.

En el medio de todo esto, contra todo esto o a pesar de todo esto, otras maneras de entender la salud mental intentan ganar espacios institucionales y legitimidad, en una lucha partisana, como bien lo define Manuel Desviat, uno de los autores de este libro.

Desde una diversidad de enfoques teóricos, que encuentran un punto de encuentro en el reconocimiento de una condición de sujeto atravesada por aspectos culturales y económicos que se expresan de forma singular, esta perspectiva de salud mental que aquí se sostiene se vincula necesariamente a un modelo de salud pública universal, equitativo e integral, basado en la prevención y la territorialización de la asistencia.

Cabe aquí introducir dos aspectos distintivos: en este modelo se suele hablar también de políticas de salud mental, asumiendo que esta propuesta se referencia con una política pública de carácter inclusivo y democrático. Los modelos terapéuticos que se basan en la medicalización del sufrimiento, antes mencionados y criticados, son también una política (quizás, más apropiadamente, una biopolítica), pero asumen con mayor dificultad ese carácter.

Por otra parte, el adjetivo comunitaria suele complementar esta perspectiva de salud mental. Esto último supone que en los espacios relacionales por los que cada sujeto transita hay aspectos eventualmente patologizantes pero también reparadores, y que esa dimensión reparatoria se vincula a la posibilidad de producir lazos sociales amplios, de carácter solidario.

De esta forma, desde este amplio espacio de acuerdos epistemológicos, éticos y políticos se propone el texto que aquí se presenta, producto también de intercambios anteriores y diversos con sus autoras/es. El mismo no tiene pretensiones manualísticas, en el sentido de intentar agotar los varios aspectos de este debate. Por el contrario, intenta ofrecer elementos de reflexión desde diversos puntos de vista y enfoques teóricos, siempre con la intención de contribuir a una construcción teórica, práctica y política necesariamente inacabada, pero que converge en la necesidad de una humanización de la atención en salud mental.

Desde esta perspectiva, y ya en lo que hace a los capítulos que componen este libro, el primero de ellos, de autoría de Manuel Desviat, se titula *Actualidad, pasado y perspectivas de la salud mental comunitaria/colectiva*. El lector/a encontrará aquí una historización rigurosa de este campo, así como una perspectiva clara y comprometida acerca de su posible devenir. La trayectoria intelectual y política del autor, así como su claridad conceptual, se expresan también en este texto.

El segundo capítulo, cuyas autoras son Diana María Castrillón Libreros y María Adelaida Arboleda Trujillo tiene como título *La Salud Mental Comunitaria en el Sistema de Salud Local, reto o utopía*. En el mismo se rescata una trayectoria de construcción colectiva en el campo de la salud pública en la ciudad de Cali donde, a pesar de las limitaciones de un sistema de salud de fuerte impronta neoliberal, se construyeron formas de atención a sectores vulnerables de la Comuna 20 de esta ciudad, de carácter amplio e incluyente. Las reformas actuales que se proponen al modelo de salud colombiano apuntan en este mismo sentido; también por eso este texto resulta pertinente.

El tercer texto es de autoría de Miguel Ángel Castejón Bellmunt. Se titula *Modelo biomédico hegemónico y neoliberalismo: obstáculos para el modelo comunitario y otros avances en salud mental*. El título expresa claramente la línea de análisis que aquí se sostiene, donde se señalan clara y rigurosamente las dificultades que la época plantea para la construcción de políticas y prácticas en salud mental comunitarias, relacionadas al imaginario neoliberal dominante y al modelo biomédico en el cual el primero encuentra puntos de contacto y apoyo. Contra esto, afirma el autor: “No son los Centros o Servicios, ni los Programas, ni las intervenciones especializadas o los fármacos los que pueden ayudar a cambiar el curso del sufrimiento humano. Más bien es sobre una forma de estar juntos y de comprender y compartir el sentido de ese encuentro sobre lo que se asienta una posible recuperación”.

El cuarto capítulo se denomina *Violencia (post)colonial, trastornos psíquicos y síndromes “misteriosos”. Notas para una psiquiatría decolonial*. Sus autores/as son Simona Taliani y Roberto Beneduce, de la universidad de Turín, Italia. La rica experiencia de trabajo con atención a migrantes en ese país y la sólida y amplia formación teórica de ambos/as autores/as permite comprender ciertas manifestaciones sintomáticas, ejemplificadas de manera pedagógica, desde la perspectiva cultural que las atraviesa, lo que habilita a colocar en cuestión algunas categorías diagnósticas, para dimensionar también la violencia que albergan. La propuesta de una etnopsiquiatría descolonizada, hecha en el final del capítulo, es de una enorme potencia teórica y política.

Se mencionó aquí con frecuencia la dimensión ética que la perspectiva de salud mental presente en este libro propone. El cuarto capítulo del mismo, titulado *Sobre la ética de la escucha en el arte de conversar*, de autoría de Francisco González Aguado y Luis Granell Ninot, traslada esa exigencia ética a la manera de escuchar el sufrimiento ajeno. Una entrevista clínica exige un ejercicio delicado de prudencia, respeto y sagacidad clínica, que los autores despliegan de forma pedagógica. Se propone aquí una ética de la escucha capaz de ayudar con la desalienación del sujeto, utilizando la oportuna y potente expresión de los autores.

El quinto capítulo se titula *Abordar la crisis en la comunidad: la hospitalización domiciliaria. Fundamentos y proceso*, y sus autoras son Carmen Cañada Gallego y Ana Moreno Pérez, de España. Los principios de salud mental aquí sostenidos encuentran en este capítulo una forma clara de su expresión y ejercicio concreto, a través del análisis de la atención en la red de salud mental de Alcalá, España, sus obstáculos, logros y desafíos. Este modelo, a través del compromiso de las/os profesionales que lo integran “se compromete con un modelo asistencial comunitario que tiene como objetivo la recuperación de las personas afectadas de sufrimiento psíquico”, según las propias autoras.

Los/as portadores/a de sufrimiento psíquico son también más vulnerables a la acción penal, sobre todo cuando padecen condiciones de exclusión social significativas. Sobre este tema trata el capítulo siguiente, de autoría de Omar Bravo y titulado *Contener el derrumbe: la salud mental en la frontera entre lo legal y lo clínico*. Los casos que allí se exponen y analizan, relacionados a personas privadas de la libertad en España, diagnosticadas con algún tipo de trastorno,

muestran esa vulnerabilidad social e institucional que, de tan significativas, encuentra en las brutales condiciones de la rutina carcelaria una contención que permite en algunos casos su relativa estabilización.

A la hora de hablar de violencia (s) y vulnerabilidades, es imprescindible referir a cuestiones de género, históricamente relegadas, eventualmente patologizadas, en el campo de la atención en salud mental. Esto hace Alejandra Ordóñez Rodríguez en el siguiente capítulo, titulado *Salud mental y género: ambigüedades, re-funcionalización de la escucha terapéutica y politización del malestar* en donde, a través de la exposición de un caso clínico, confronta “esta alianza del discurso de la medicina, la religión y la filosofía a lo largo de la historia y que circula en conjunto, consolida la diferencia y especificidad de lo femenino como inferior”, denunciando así lo que define como una politización del síntoma.

El capítulo titulado *Cartografías grupales: atención a la salud mental y disidencias sexuales y de género*, de autoría de Maurício Cirilo Neto, Ana Carolina Rios Simoni, Magda Dimenstein, María Cecília Pedrozo Nomizo, Isabela Pinto Lucena Bezerra y Larissa Alves do Rêgo, encuentra puntos de contacto con el texto anterior, a partir del relato de la experiencia “de constituir un Grupo de Apoyo Psicosocial a la Población LGBTQIA+ como un dispositivo para dismantelar las formas instituidas/manicomiales de lidiar con las disidencias sexuales y de género y sus interseccionalidades.” en la ciudad de Natal, Brasil. Este capítulo permite también entender la manera en que la salud pública brasileña incorporó políticas de salud mental amplias y democráticas, resistentes también a los embates conservadores recientes.

El último capítulo de este libro lleva como título *Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico*. Sus autoras/es son Martín Correa-Urquiza, Asun Pié Balaguer, Marta Coll-Florit, Eulàlia Hernández Encuentra y Salvador Climent, de Barcelona, España. El Día del Orgullo Loco, motivo del análisis realizado en este texto, se define de manera ejemplar como “un episodio de cuestionamiento a la preeminencia del relato biomédico y a sus impactos en la reproducción de las lógicas del estigma; un grito común a modo de cirugía epistemológica sobre lo dado”.

De esta manera, este libro abarca una serie de temas y enfoques teóricos producidos desde diversas disciplinas, países y espacios institucionales, convergentes en los principios políticos y éticos ya señalados. A partir de estas coordenadas generales se construye una expectativa en torno a su lectura: que la misma

pueda contribuir a fortalecer modelos de atención en salud mental amplios e inclusivos, que reconozcan el carácter también político de los padecimientos psíquicos, lo que significa colocar en cuestión un modelo social basado en la explotación y la violencia.

---

## **Omar Alejandro Bravo**

Universidad Icesi, Colombia

## **Referencias**

---

Gutiérrez, A. (1997). *Bourdieu y las prácticas sociales*. Universidad nacional de Córdoba, Argentina.

**01**

**Actualidad, pasado  
y perspectivas de  
la salud mental  
comunitaria/colectiva**

---

**Manuel Desviat**

Universidad a Distancia de España

*Visualizar otro mundo posible, más humano, solidario, participativo, fundado en la justicia social y los derechos humanos, en otra estética y ética de la vida (...) nos compromete desde el escenario de la salud y la salud mental a buscar caminos trasformativos en aquella parte que nos compete en la producción de subjetividad social (Madariaga Araya, Carlos; Oyarce Pisani, Ana María; Martínez-hernández, Angel; Menéndez Spina, 221AD)*

Vivimos tiempos de crisis en la teoría y en la práctica de los oficios de la Salud Mental. Crisis que afecta tanto a la llamada psiquiatría biológica, incapaz de encontrar una base orgánica en que sustentarse, como a la salud mental comunitaria atrapada por urgencias asistenciales y recetas rehabilitadoras y, sobre todo, por un contexto político global adverso, que está integrando buena parte de sus conquistas, adecuándolas a los intereses del mercado. Cada época configura una respuesta técnico-científica según la demanda social y la determinación política de la clase hegemónica. Marina Garcés, en su libro *Nueva ilustración radical*, (2017) denuncia la desinstitucionalización de las humanidades en las universidades, donde se prioriza un proyecto educativo global que privilegia el saber biológico, físico, digital. Mundo reducido a tecnociencia que cerca el pensamiento, y lo subordina a la lógica del dato y de la mercancía. La pregunta que se alza de inmediato es qué queda del conocimiento si lo desalojamos de las humanidades que dan forma y sentido a la experiencia humana.

En los oficios de la salud mental no cabe duda que en las últimas décadas la lógica de los mercados predomina en el campo de las disciplinas psi convirtiendo a la sanidad en fuente de ganancia y la salud en una mercancía más. Pues si hay una determinación político social sobre los consensos académicos y profesionales en el conjunto de las ciencias de la salud (de la que depende el grado y tipo de cobertura que se procura a la población, su universalidad o poquedad y la priorización y relevancias de los servicios), en el campo de la psiquiatría y la psicología la dependencia político institucional afecta además a los modelos de intervención y a la concepción misma del «enfermar». Mientras que las técnicas reconocidas para operar determinado cáncer o curar una tuberculosis solo cambian cuando alcanzan una mayor eficiencia demostrada clínica y socialmente (otra cosa es la equidad y la universalidad o no del acceso a ellas), en Salud Mental la teoría psicopatológica y la clínica pueden cambiar en unos pocos años según muda el poder político. No

podemos olvidar la paradoja constituyente de la psiquiatría, que nace con un doble mandato del recién creado poder burgués: curar y controlar. Un mandato donde las respuestas del cuidado no responden a las necesidades de la población sino a aquellas del poder hegemónico en cada momento dado, y dónde el objetivo último de la cura es la adaptación a la normalidad convencional o la exclusión del diferente.

La cuestión ahora para la acción en salud mental comunitaria, colectiva, es de qué forma se puede salir de la crisis ocasionada por la de la trampa de la integración en la sanidad neoliberal ¿Cuáles son las fortalezas y habilidades, las herramientas conceptuales y prácticas que se fueron construyendo tras décadas de reformas psiquiátricas, de programas comunitarios? ¿Cuáles mantienen su vigencia? ¿Qué es necesario reformar de la Reforma Psiquiátrica?

Venimos insistiendo que, de la crisis, el trauma y las catástrofes, se puede salir fortalecido o derrotado para siempre. Se trata, ante el conflicto y el trauma, de fortalecer las defensas, las fortalezas, conocer las flaquezas propias y tomar conciencia de los factores que han precipitado la crisis, incluyendo los propios. Décadas de experiencias comunitarias han dejado una cultura, testimoniando que otra práctica y otras herramientas conceptuales, estrategias y procedimentales en torno al sujeto y a la comunidad, son posibles. Se trata de resignificar estrategias y prácticas, ampliando las alianzas para hacer frente al discurso hegemónico en la academia y en la calle. Y, sobre todo, hacer valer en este contexto antropofágico –el neoliberalismo todo lo traga, lo metaboliza, lo diluye o lo vomita– que no todo vale, que hay un dónde (la comunidad y la universalidad) y un cómo (el qué hacer). Que la salud mental comunitaria no es solamente trabajar en dispositivos en el territorio ni unas disciplinas encapsuladas en un saber estanco, ajenas al saber profano y a la determinación social, es acción colectiva, participada, subjetiva y social.

En la confusión atórica y ahistórica que domina el discurso psi sobre la salud mental comunitaria, el propósito de este texto es exponer qué es y no es la acción en salud mental comunitaria. Pero también y, casi en primer lugar, ¿qué es la psiquiatría biológica y la sanidad centrada en los complejos empresariales técnico-fármaco-hospitalario? ¿Cuáles sus fundamentos científicos, su psiquiatría basada en evidencias? Algo imprescindible para poder enfrentarla en debate académico y público y para poder abordar las posibles alternativas de sostenibilidad y desarrollo de la salud mental colectiva.

## **La reducción biológica y la medicalización indefinida**

Un síntoma, un diagnóstico, un fármaco. Desde las últimas décadas del siglo pasado se puede resumir la enjundia de la asistencia psiquiátrica habitual con estas tres palabras. A las que podríamos añadir un consejo o un adiestramiento conductual, cuando se cuenta, subalternamente, con la psicología. La cosa es simple: buscamos o creamos un malestar (el síntoma), le otorgamos un diagnóstico (de dudosa o nula fiabilidad) y comercializamos un medicamento o una nueva indicación para un fármaco ya en uso (un antidepresivo para la timidez o un ansiolítico para circunstancias adversas) o costosas pruebas de alta tecnología completamente innecesarias. Robert Whitaker (2015), un estudioso de la producción y consumo de psicofármacos en EE.UU. describe rigurosamente en su libro *Anatomía de una epidemia* la implicación de las instituciones sanitarias, profesionales y de usuarios en la elaboración del relato que les ha convertido en el tratamiento psiquiátrico dominante tanto de trastornos mentales graves como de síntomas comunes de malestar psíquico, cuando no han servido para la creación de falsas enfermedades.

El hecho es que según se cerraban hospitales psiquiátricos y se creaban redes de atención en la comunidad en los países más avanzados de la Reforma Psiquiátrica, crecía el peso de la psiquiatría biológica aupada por el desarrollo de las neurociencias y, sobre todo, por la prepotencia de la empresa farmacéutica que se fue adueñando de la investigación, la docencia y la clínica, a partir de finales de los años ochenta (aparece el Prozac, y pocos años después los nuevos antipsicóticos, con un incremento del precio desorbitado) que va a colonizar el universo todo de la salud mental. El síntoma convertido en signo sustituye a la psicopatología, el protocolo a la escucha. La falla orgánica a la biografía. El delirio, pasa a ser solo ruido. La depresión, un traspie con la serotonina. Los psicofármacos, la bala de plata, pronta solución sin enredar en el conflicto singular, el medio y la sociedad en la que se vive. Quedan fuera los determinantes sociales y la producción de subjetividad. Solo cuerpo, una cartografía de órganos y fluidos, pero sin la implicación emocional que la medicina de la antigüedad les atribuía. La seducción de las imágenes de las regiones del cerebro

fuertemente coloreadas electromagnéticamente,<sup>1</sup> las inmensas posibilidades abiertas por la biología molecular y la compulsión por los datos, nublan los avances de la psicoterapia y la acción comunitaria, retrotrayéndonos al secular dilema cartesiano, cuerpo-mente, que debería ser hoy irrelevante, pues difícilmente se puede concebir el cuerpo sin la mente, ni entender la mente sin el cuerpo. Y, por otra parte, desconociendo que esos avances científicos no se han visto prácticamente reflejados aún en el campo de la salud mental, donde la psiquiatría biológica se reduce poco más que a la farmacología y el datismo de sus “evidencias”.<sup>2</sup>

Joanna Moncrieff deja bien claro la impostura de la psiquiatría biológica en cuanto su modelo descansa en la hipótesis de “que el fármaco ejerce sus efectos terapéuticos revirtiendo una anomalía biológica subyacente o enfermedad”, cuando en realidad “los fármacos influyen en la expresión de los síntomas psiquiátricos al inducir estados biológicos alterados” (2013, p. 40)

Los fármacos psiquiátricos son psicoactivos. Esto significa que hay fármacos que afectan al sistema nervioso y alteran la forma en qué pensamos y sentimos (...) como el alcohol, el cannabis, la cocaína y la heroína. Todas estas sustancias hacen que las personas se sientan y comporten de un modo diferente cuando las tomas (...). El modelo centrado en el fármaco sugiere que tomar medicamentos psiquiátricos sirve simplemente para sustituir el estado original del problema mental por el estado mental inducido por el fármaco. Si la perturbación es muy severa, el estado anormal inducido por el fármaco puede ser considerado preferible por el paciente o por las personas que están intentando ayudarlo (Moncrieff, 2013, pp.40-41)

Moncrieff compara el funcionamiento del fármaco psiquiátrico con el efecto del alcohol en la fobia social, pero del que nadie puede hacernos creer que actué revirtiendo un desequilibrio químico o, corrigiendo un déficit de alcohol en el cerebro.

---

1. El término SPECT es un acrónimo de “Single Photon Emission Computed Tomography” (Tomografía de emisión por fotón único), una técnica compleja que permite obtener imágenes sobre el funcionamiento de diferentes regiones cerebrales.

2. La lectura común que se hace de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) considera la evidencia como una certeza algo que la aleja de la ciencia que no trabaja con certezas cerradas, quedando siempre abierta a nuevas probabilidades.

Lo sorprendente es, como escribe Alberto Fernández Liria en el *Fiasco de la psiquiatría biológica* (2022) que a pesar de esa abrumadora incapacidad de encontrar una base para su modelo de desequilibrio bioquímico, haya sido durante décadas hegemónica, asentando las bases del sufrimiento mental como enfermedad orgánica y eliminando otras posibles formas de entender los problemas que atendemos para la mayor parte de los profesionales y de la población (Fernández Liria, 2022). El hecho es que la evidencia científica del desequilibrio químico como fundamento de la llamada psiquiatría biológica se mantiene, en cuanto es una verdad que establece el Poder, convirtiendo la salud mental en objeto de consumo, en mercancía, mientras la episteme reformista, anclada en la acción comunitaria y en la necesidad de una conceptualización psicopatológica, plural, dinámica, en continuo desarrollo, se va perdiendo acosada por la presión de una sociedad medicalizada que busca en las consultas de la salud mental soluciones prontas, *positivas*, no conflictivas. Pero no podemos olvidar que la noción de verdad pertenece a la retórica del poder, diría Rafael Sánchez Ferlosio, pues determinadas verdades [como las verdades de la psiquiatría basada en la evidencia], son siempre falsas, como lo demuestra que su éxito no se componga de estudiosos, sino de guardaespaldas (Sánchez Ferlosio, 1993).

## **La cultura de la reforma. estrategias y herramientas. ¿Qué es y no es salud mental comunitaria? ¿Qué es la salud mental colectiva?**

Hay un cuándo, la fuerza renovadora de los movimientos sociales en los años sesenta y el auge de las nuevas orientaciones de la salud pública: la llamada Nueva Salud Pública,<sup>3</sup> con su énfasis en la prevención; y el desarrollo de la Atención

---

3. La nueva salud pública, o promoción moderna de la salud, tiene su base en un documento ministerial para debatir la cuestión sanitaria titulado *A New Perspective On the Health of Canadians*, que será conocido por el nombre de su autor principal, Marc Lalonde, un abogado por entonces ministro de Sanidad. El *Informe Lalonde* (Lalonde, 1974), que era un diagnóstico comunitario de la salud en Canadá, señalaba que gran parte de las muertes prematuras e incapacidades que sufrían los canadienses eran prevenibles, por lo que era preciso desplazar la prioridad sanitaria hacia la prevención. El argumento: la salud resulta de un conjunto de determinantes: ambiente (natural y social), estilo de vida (comportamiento individual que afecta a la salud), biología humana (genética, fisiopatología y organización de los servicios).

Primaria. La Organización Mundial de la Salud incita a un cambio de estrategia: la responsabilidad de la sanidad pública ya no es solo la reparación del daño o el control de las epidemias, sino hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, de la demanda que acude y de la que no acude. La medicina se piensa como rama de la salud pública; la psiquiatría como parte de la salud mental. Y en salud mental la OMS propone en su Asamblea de 1953 ampliar la mirada de la atención psiquiátrica a la prevención, el desarrollo de servicios comunitarios y revisar la asistencia manicomial. De hecho hay un amplio movimiento tras la Segunda Guerra mundial de denuncia de la situación de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos, experiencias de transformación en plena guerra en el Reino Unido y en la Francia ocupada<sup>4</sup> y, sobre todo, la convicción creciente entre los profesionales de la ineficacia, el fracaso como instrumento terapéutico del hospital psiquiátrico, del manicomio, y la urgencia ética de la restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales. Razones técnicas y éticas de las que nace la Reforma Psiquiátrica (Desviat, 2020c).

El cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad, se convierte pronto en el objetivo común de todos los procesos de reforma psiquiátrica; desinstitucionalización y consecuente encuentro con la comunidad que plantea la necesidad de desarrollar nuevas herramientas, desde la clínica, a la prevención y a la rehabilitación. Junto con la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general; y la modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos de los pacientes.

El propio discurrir de la reforma, su encuentro con las comunidades y los territorios, crea nuevas necesidades, nuevos sujetos surgidos de la desinstitucionalización, y, por tanto, nuevos derechos, un entramado psicosocial complejo que enlaza con las gentes de la diferencia y la marginación social, la necesidad de ampliar la mirada, deslocalizar el trato a las casas, las calles, los barrios, a los lugares de encuentro social, extender la acción terapéutica subjetiva, social, políticamente.

Lo que supone tres grandes desplazamientos que van a configurar el modelo comunitario: 1) Del sujeto enfermo a la comunidad, 2) Del hospital a los centros comunitarios, 3) Del psiquiatra al equipo. Desplazamientos que suponen

---

4. Son conocidas las experiencias inglesas y francesas en pleno conflicto bélico, pero casi se desconocen sus antecedentes, las experiencias precursoras durante la guerra civil Española (M Desviat, 2021).

la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico, en palabras del siquiatra y psicoanalista francés Jacques Hochmann autor de libro clásico de la psiquiatría del sector, *Pour une psychiatrie communautaire* (Hochmann, 1971).

Algunos principios y exigencias para que podamos hablar de salud mental comunitaria:

- La salud mental comunitaria exige un servicio público universal de sanidad y servicios sociales.
- La estrategia de intervención se traslada toda la población, incorporándose la prevención, el diagnóstico comunitario, grupos vulnerables, población de riesgo, intervención en crisis.
- En la ordenación de los servicios se pasa del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental.
- Trabajo en red, redes complejas con recursos formales e informales. Continuidad de cuidados
- Exige la transversalidad, en la multiplicidad de actores y escenarios y la necesidad del conocimiento de unos saberes, académicos y profanos, que van más allá de lo meramente técnico sanitario.
- Importancia de la comunidad, no sólo como usuaria
- La psiquiatría comunitaria supone pasar de la curación al cuidado y a la rehabilitación, cuyo objetivo último es conseguir la mayor autonomía para personas con trastornos graves y persistentes en un medio lo más normalizado posible.
- Un campo que amplía la mirada médica y psicológica a lo social, lo ambiental, lo antropológico, lo político sin tener que renunciar a lo subjetivo ni a lo biológico
- Rompe las dicotomías individuales/social, biológico/psicológico. Articula un eje clínico con un eje social y de salud público.
- Desplazamiento del poder terapéutico, del espacio y de beneficio terapéutico. Derechos de los sufridores psíquicos y familiares. Reformulación de las técnicas y creación de nuevas herramientas (rehabilitación, intervención en crisis, epidemiología comunitaria...) Flexibilidad en la programación, los pacientes cambian los programas no, obligándoseles a adaptarse, y si no se adaptan son considerados como intransigentes y difíciles, no tratables.

Se suele situar el hecho inaugural de la psiquiatría comunitaria o preventiva en la promulgación de la Community Mental Health Centers ACT, que estableció la creación a escala nacional de CSMC para la prevención y asistencia de los enfermos mentales en todo el territorio estadounidense),<sup>5</sup> presentada con un famoso discurso desintitucionalizador por el presidente John F. Kennedy en la Cámara de Representantes en 1963, en respuesta a las denuncias de la situación de los enfermos internados en los hospitales psiquiátricos, donde según sus palabras, “con frecuencia la muerte constituía la única esperanza firme de liberación” ( Kennedy, 1963, p. 2).

Son tiempos del *New Deal*, de la tímida lucha contra la pobreza de la administración estadounidense.<sup>6</sup>

Para Gerald Caplan, cuyo libro *Principles of Preventive Psychiatry* (Nueva York, 1964) se convirtió pronto en texto fundacional de la salud mental comunitaria, la Ley de creación de los Centros de Salud Mental Comunitarios, abalada por el discurso presidencial, era el comienzo de una revolución en la psiquiatría norteamericana, en cuanto “rubricaba que la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del enfermo mental y la discapacidad mental debían considerarse una responsabilidad *comunitaria*” (Caplan, 1966, p.21).

En realidad, es el libro de Caplan escrito un año después del mítico discurso de Kennedy el que estrena la psiquiatría comunitaria o preventiva, elaborando sus elementos conceptuales fundantes. La noción de prevención adoptada por Caplan fue trasladada de la Salud Pública extrayendo categorías de ésta, los niveles clásicos de prevención, para organizar la atención comunitaria en salud mental. Una teoría etiológica inspirada en el modelo de la historia natural de las enfermedades de Leavell y Clark que presupone una linealidad en el proceso salud-enfermedad-cuidados, que puede permitir detectar personas que podrían llegar a desarrollar una patología mental para tratarlas precozmente. Tratamiento lo más precoz posible que vamos a encontrar también en los objetivos de la

---

5. Edición en español en Paidós en 1966 el de Caplan y en Amorrotu., 1972, el de Jacques Hochmann.

6. Esta preocupación por la salud pública, la salud mental, y las condiciones sociales de vida, va a ocupar un breve periodo de la historia de un EEUU sacudido –son las décadas sesenta– por la guerra de Vietnam, la protesta estudiantil, el movimiento hippie, Cuba, las guerrillas en América Latina, la Nueva Izquierda.

política de sector francesa y que con todos sus falsos positivos se programa en la práctica actual.

La expresión ‘psiquiatría preventiva’, escribe, “se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir, en primer lugar, la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (‘prevención primaria’); en segundo lugar, la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (‘prevención secundaria’), y, por último, el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (‘prevención terciaria’)” (Caplan, 1966, p. 34)

Para la intervención preventiva, un concepto pasó a ser estratégico: el concepto de ‘crisis’, construido fundamentalmente a partir de las nociones de ‘adaptación y desadaptación’ social, oriundas de la sociología, y de la psicología del yo.

La Reforma psiquiátrica y el desarrollo conceptual y práctico de la salud mental comunitaria, van mucho más allá de la psiquiatría preventiva descrita, con aportaciones fundamentales en la política del Sector francesa, en la psiquiatría en el territorio italiana, entre otras experiencias, o en la crítica antipsiquiátrica,<sup>7</sup> pero es en Caplan y la psiquiatría de los CSMC donde puede verse claramente la influencia de la Nueva Promoción de la Salud, o Nueva Salud Pública, que va a estar presente en el conjunto de reformas y en muchos de los proyectos de cambio que se llaman comunitarios, y que diferencia la concepción preventivista de la salud mental colectiva.

Destacaré, no obstante, la Psiquiatría del Sector y la Psicoterapia Institucional en Francia (Audisio, 1980; Hochmann, 1971), la Psiquiatría en el Territorio, basagliana, con las experiencias emancipadoras de Gorizia y Trieste y la Ley 180 que clausura el manicomio (Basaglia, 1972; Jervis, 1977; Rotelli, 2010) la desinstitucionalización inglesa (Desviat & Moreno, 2012), o los procesos llevados a cabo en Quebec y España, Chile, Brasil y Perú. Aunque estos tres últimos procesos los trataré en el apartado siguiente, pues se acercan más a la salud mental colectiva.

---

7. Remito al lector interesado a mis libros *La Reforma Psiquiátrica, Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva, Acciones de salud mental comunitaria*, o al reciente artículo *Evolución histórica de la salud mental* (Manuel Desviat, 2020b).

### Experiencias de reforma y salud mental comunitaria

1. La Psiquiatría de Sector en Francia (II Guerra Mundial)
2. La Comunidad Terapéutica y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (II GM)
3. La Psiquiatría Comunitaria en EEUU (acta Kennedy, 1963)
4. La Psiquiatría en el Territorio (Italia, 1969; Ley 180)
5. La Psiquiatría en el Área de Salud, España (LGS, 1986)
6. La Reestructuración psiquiátrica en América Latina (La Declaración de Caracas, 1990)
7. Brasil, la reforma psicosocial Saúde Mental Colectiva (Manifiesto Bauru y 2ª Conferencia Nacional de Saúde Mental)
8. Nuevo modelo de atención a la salud mental, Hidalgo, México 2000.
9. Plan Chileno de Salud Mental (2000),
10. Colombia (Cali),
11. Perú
12. Experiencias piloto: Siloe (Colombia), Soteria (EEUU), Diálogo abierto (Laponia)

## De la salud mental comunitaria a la salud colectiva

La salud mental comunitaria, como acabamos de exponer, enmarca su actuación en los principios de la salud preventiva, que si bien supone un cambio importante al considerar los factores ambientales y las condiciones de vida determinantes de la salud, y no tan solo los factores biológicos y el sistema sanitario, centra estos factores en personas y grupos vulnerables, y en una responsabilidad individual la prevención de esos factores, sin tener en cuenta la vulnerabilización y, sobre todo, que todos estos determinantes de la salud, están subsumidos en un factor estructural, la determinación social.

Ante los límites de la salud pública preventivista y el pensamiento organicista de la atención a la salud, se origina en el cono sur americano una nueva manera de pensar *en* salud, en palabras de Mario Testa, a partir de la medicina social latinoamericana, de la que surge la salud mental colectiva. Una nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad-cuidado que adopta una perspectiva crítica, política, que rescata la subjetividad en lo colectivo. Una posición ética y comprometida frente a la sobrevaloración de los *estilos de vida* de la Salud Pública hegemónica, que hace descansar los hábitos saludables en cada persona, haciéndole responsable del cuidado o descuido que hace con su vida y, por lo tanto, del pago sanitario en que pudiera incurrir. El sujeto neoliberal se quiere como empresario de sí mismo, pero también de su salud. Algo en verdad obsceno si consideramos las posibilidades de hábitos saludables de una gran mayoría de la población en países pobres y ricos.

He aquí por tanto la diferencia, cuando hablamos de salud mental colectiva nos referimos a una corriente de salud mental comunitaria, que da un paso más allá resignificando estrategias y herramientas conceptuales y técnicas, desde una posición social y política crítica con la sociedad que produce o favorece el sufrimiento mental. Una acción comunitaria y una clínica ampliada que tiene en cuenta tanto las determinaciones del sujeto como las de la sociedad en la que vive y que encuentre su base teórica en una psicopatología cuya condición de posibilidad es la totalidad social y los derechos de los pacientes.<sup>8</sup>

La reforma psiquiátrica brasileña constituye uno de los máximos exponentes de la salud colectiva, en la medida en que sitúa el debate de la enfermedad mental y su tratamiento no solo como algo exclusivamente técnico, sino que afecta a toda la sociedad y nos enfrenta con cuestiones fundamentales como la diversidad, la solidaridad, la cotidiana alienación; pues, en alianza con otros segmentos de la sociedad civil organizada, participa de la lucha política por la transformación estructural de la sociedad. Y esto por que la forma que tienen de pensar la asistencia la Reforma brasileña supone una toma de posición en el debate político que atraviesa todo el orden social.

Está el compromiso político y está un nuevo hacer asistencial, terapéutico que sustituye el *recovery* por la emancipación, al igual que está haciéndose en los centros de salud mental comunitarios en Perú, una reforma que ha iniciado su andadura hace unos pocos años. Son estas avanzadas alternativas en la estrategia y la acción comunitaria, unidas a nacientes planteamientos críticos en la epistemología psicopatológica y la fuerza de los movimientos en primera persona de sufridores psíquicos las que pueden permitir una nueva epistemología y clínica psiquiátrico-psicológica, una nueva manera de enfrentar la salud mental.

---

8. La perspectiva de los Determinantes Sociales preconizada por OMS (2009) y su contraparte de las Determinaciones Sociales propuesta por la Salud Colectiva, se diferencian principalmente con las limitaciones que tiene la propuesta de la OMS para definir estrategias concretas de acción. transformativa sobre los determinantes estructurales; se detiene en una factorialización de sus componentes lo que la debilita como herramienta de cambio; la Salud Colectiva, por el contrario, centra su análisis en la capacidad que pueden tener los agentes sociales y comunitarios para hacerse cargo de problematizar y modificar este nivel estructural.

## **Una clínica otra, la clínica (trato) participada.**

Planteaba en *Cohabitar la diferencia. Salud mental en lo común* (Desviat, 2020a) que si hay un asunto a resolver, si queremos ir más allá de una mera reforma de la estructura de los servicios y de algunos avances relevantes pero puntuales en la práctica asistencial, es la cuestión de la acción terapéutica, de la clínica. Poderosos movimientos de usuarios, la cuestionan. Buena parte de los profesionales de la rehabilitación psicosocial plantean que no es cosa de ellos. La psiquiatría hegemónica la niega en su reduccionismo biológico al prescindir de la subjetividad, de la semiología y de la psicopatología. Al igual que hace el cognitivismo más duro. Autores del movimiento de la lucha antimanicomial y activistas de la salud mental plantean que todo es clínica o que todo es política, pues ahora lo que hay que tratar es una sociedad enferma, donde predomina la alienación en todos los órdenes de la vida. Sin dudar de la alienación social como predisponente a la alienación patológica, estoy con la Princesa Inca cuando dice: la locura es dolorosa, que nadie lo olvide (Princesa Inca, 2011), o en todo caso, digamos que, en muchos momentos y persona, puede serlo. Negarlo, idealizar la locura, es ignorar el sufrimiento que conlleva, y por tanto su cuidado profesional y profano.

Y de eso se trata. Ese es el reto de la Salud Mental participada, colectiva, por muy a contracorriente que se situó en tiempos adversos. Un modelo de salud mental comunitaria que parte de la re-lectura del proceso de salud-enfermedad, que enmarca su praxis en la Salud Pública como salud colectiva fundamentada en los determinantes sociales, en los modos de vida y la producción de subjetividad frente a la corriente dominante hoy basada en el preventivismo del “el estilo de vida” y la consiguiente responsabilidad individual. Una formulación conceptual que parte de la subjetividad crítica (enfoque psicopatológico desarrollado por Fernando Colina y Laura Martín (Martín, Laura; Colina, 2018); de la noción de clínica ampliada (Campos, 2007; Onocko, 2013) y de una clínica que llamo participada pues consistente en la incorporación del sufridor psíquico en todo el proceso terapéutico. Una clínica de la escucha y el diálogo, horizontal, negociadora siempre en la prescripción de la terapia o el fármaco; que reclama un trato cómplice, no pastoral, donde el saber profesional se nutre dialógicamente de la psicopatología crítica y de la experticia en primera persona;

que exige un trato donde la “curación” no es lo es a cualquier precio y donde lo normal es la diversidad; una clínica que no sea patrimonio de psiquiatras y psicólogos; una clínica de-en-la-calle, de-en-el-mercado-, de-en-la-casa, del acompañamiento-donde-sea-necesario; un hacer terapéutico respetuoso con la diversidad étnica, cultural, de género, donde se pueden establecer límites, pero no, normas; una clínica que trate de la estabilización del sujeto en crisis, lo que no implica necesariamente su normalización. Una clínica, en suma, en continua construcción, que avive la responsabilidad y el desempeño social frente a la pasividad y el victimismo, que agite el deseo en la persona y en la comunidad como síntoma de estar vivo.

Así definen la clínica (trato) Laura Martin y Fernando Colina:

Tratar con alguien no es enseñarle nada... Consiste fundamentalmente en no estorbar, asistir a las defensas del sujeto y ayudarle a reconocer las partes de sí mismo que debe calibrar para regular su angustia. Es acompañarle. Ser su cómplice por un tiempo, pues no es más que alguien que está solo y perdido en un mundo que a veces no significa nada y, otras, significa demasiado (2018, p. 248).

En definitiva, la salud mental participada, colectiva, debe trabajar por la concienciación del sufridor psíquico de sí mismo, no para que asuma su “conciencia de enfermedad”, no para que se haga así mismo paciente enfermo como seña de identidad. Es un modelo asistencial empeñado en la emancipación y la cohabitación más que en la adaptación, en el trabajo en redes psicosociales, en la acción poblacional sin olvidar nunca lo singular; en la continuidad de cuidados individual pero imbricada en el medio social.

Por otra parte, si consideramos la acción en la comunidad, al trabajar con la vulnerabilidad y no solo con los síntomas, puede apoyarse en las redes comunitarias ya creadas o favorecer la formación de otras *ad hoc*, puede involucrar a la sociedad facilitando la participación de múltiples sectores, evitando la fragmentación de esfuerzos y estableciendo nuevas alianzas. Si la salud mental comunitaria está implantada en el territorio cuenta con el conocimiento epidemiológico de la zona, sus grupos de riesgo, los barrios más vulnerables al contagio, rutinas, tipos de empleo, puntos de apoyo para la difusión de las medidas protectoras, líderes naturales, resistencias. Puede priorizar los servicios e identificar a quienes más lo necesitan. Puede, en acontecimientos

traumáticos como la pandemia de COVID 19, considerar los factores sociales y determinantes de la salud mental y el sufrimiento psíquico, atendiendo especialmente a las personas más desvalidas, los entornos más inseguros. Sabe que la respuesta no puede ser únicamente sanitaria. Qué hay que posibilitar el quédate en casa. Qué el dilema no puede ser: hambre o contagio. Y sabe, algo que las Administraciones y las autoridades sanitarias parecen ignorar: que hay que cuidar al profesional. El personal sanitario y los agentes sociales y de salud, tienen que enfrentar el sufrimiento de los otros y el propio estrés y miedo por al contagio suyo y de sus allegados. Las instituciones públicas y la sociedad están obligadas a su cuidado, a la consideración pública de su labor más allá de los aplausos de los balcones o de los políticos en las asambleas y parlamentos. Un reconocimiento que pasa por fortalecer sus medios, por dotar de suficientes recursos sociales y sanitarios a los sistemas públicos de atención, por escuchar sus quejas y sus propuestas.

Hoy se habla mucho de cambio civilizatorio, como en 2008, en pleno desastre financiero, ante un sistema que no nos protege ni social ni sanitariamente y devasta el ecosistema del planeta y su futuro, pero “¿cuánto tardaremos en pasar página y acomodarnos a la supuesta “normalidad” que ha provocado estas catástrofes? ¿Cuántas catástrofes serán necesarias todavía para que reneguemos de un sistema que mira para otro lado mientras la gente muere por falta de medicamentos y vacunas en buena parte del mundo, se hacina o perece en las fronteras de la UE o EEUU, o duerme en las aceras aún en las ciudades de las naciones más ricas?

## **Referencias bibliográficas**

- Audisio, M. (1980). *La psychiatrie de secteur*. Toulouse: Privat.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Campos, G. W. S. (2007). *Saúde Paidéia*. Sao Paulo: Hucitec.
- Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Desviat, M. & Moreno, A. (2012). *Acciones De Salud Mental*. Madrid: AEN.
- Desviat, M. (2021). *Francesc Tosquelles, política y psiquiatría*. En:

Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq. 2022: 42(141): 285-292

Desviat, M. (2020a). *Cohabitar la diferencia. Salud mental en lo común (2a)*.

Madrid: Síntesis.

Desviat, M. (2020b). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. En: *Educación Social. Revista de intervención Socioeducativa*, 75, 17-45.

Desviat, M. (2020c). *La Reforma Psiquiátrica (2a)*. Valladolid: La Revolución Delirante.

Fernández Liria, A. (2022.). El fiasco de la psiquiatría biológica. <https://ctxt.es/es/20220701/Firmas/40333/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepressivos-alberto-fernandez-liria.htm>

Garcés, M. (2017). *Nueva ilustración radical*. Barcelona: Anagrama.

Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. París: Du Seuil.

Jervis, G. (1977). *Manual crítico de psiquiatría*. Barcelona: Anagrama.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. In *Vasa*. <https://doi.org/H31-1374>

Madariaga, C.; Oyarce AM; Martínez-Hernández, A; Menéndez Spina, E. (2021). *Repensar la salud mental colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas*. Santiago de ChileTajamar: Contrkorriente.

Martín, L.; Colina, F. (2018). *Manual de psicopatología*. Madrid:Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro*. Barcelona: Herder.

Onocko Campos, R. (2013). *Psicoanálise & saúde coletiva*. Sao Paulo: Hucitec.

Princesa Inca. (2011). *La mujer-precipicio*. Barcelona: Libros del silencio.

Rotelli, F. (2010). *Che cos'è la salute mentale*. Trieste: Gianni Palcic.

Sánchez Ferlosio, R. (1993). *Vendrán años más largos y nos harán más ciegos*. Barcelona: Destino.

Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia*. Madrid: Capitan Swing.

# **02**

## **La Salud Mental Comunitaria en el Sistema de Salud Local, reto o utopía**

---

**Diana María Castrillón Libberos**

Red de Salud de Ladera ESE y Pontificia Universidad Javeriana Cali

**María Adelaida Arboleda Trujillo**

Universidad del Valle

Colombia atraviesa por un momento coyuntural. La elección de un gobierno de corte progresista, con una ministra de salud, psiquiatra, crítica del actual sistema general de seguridad social en salud, da la sensación de una posibilidad de cambio. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993, las dinámicas de mercado han dominado el panorama y con ello se ha limitado el desarrollo de programas que integren el territorio, los equipos de atención primaria con sus diferentes disciplinas, la participación de la comunidad y las especialidades clínicas.

En el presente documento, intentaremos reflexionar acerca de las posibilidades de un proyecto que integre lo comunitario con la clínica en salud mental, tomando como ejemplo el equipo psicosocial de la Red de Salud de Ladera ESE, en el que participa el programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle, proyecto que tuvo sus inicios en la década de los ochenta del siglo pasado, en lo que antes se denominaba el Centro de Salud de Siloé, que en ese momento hacía parte del Núcleo Primario de Salud (NAP) Siloé, que a su vez pertenecía al SILOS 1. El proyecto inicialmente integraba la formación de pregrado de medicina en centros de atención primaria y la prestación de servicios de psiquiatría en el nivel primario de atención; recibía el nombre de “Atención Primaria en Psiquiatría”. Más adelante desde el 2000 se denominó psiquiatría comunitaria, con la consigna de integrar la corriente desinstitucionalizadora de los sesenta de Europa y Estados Unidos, con los elementos de la medicina social, al integrar abordajes preventivos, asistenciales y de rehabilitación (Arboleda-Trujillo, 2014). Para el proyecto es nuclear la atención territorializada, priorizando la atención a poblaciones vulnerables y la participación de la comunidad.

Históricamente desde entonces, esta relación entre el centro asistencial y el equipo académico ha estado facilitada por el interés particular de las directivas del centro de salud inicialmente y luego de la red de atención de la que posteriormente hizo parte, así como de la coordinación académica del programa, no como parte de una política territorial a la atención del sufrimiento psíquico, ni de una línea general del sistema general de seguridad social en salud, situación problemática, que ha implicado un trabajo en contracorriente no exento de obstáculos.

Expuesto el problema, revisaremos lo que consideramos es un programa de salud mental comunitaria, el marco normativo actual, que posibilita o dificulta su inclusión en el sistema general de seguridad social en salud y finalmente describiremos el caso particular de la Red de Salud de Ladera, su programa y

discutiremos las condiciones que consideramos necesarias para su implantación como parte de la política pública.

## **La Salud mental comunitaria**

Definir qué es la salud mental y específicamente, la salud mental comunitaria, es un asunto complejo, no exento de discusión. La conceptualización de estas nociones depende del énfasis o del vértice desde el cual se mire. Como diría Manuel Desviat, pensada como personal de salud o como ciudadanos, como una responsabilidad individual o como un asunto colectivo, desde una mirada eminentemente patologizante y asistencialista o desde una apertura a la salud como un continuo en donde cabe el bienestar y el sufrimiento (Desviat, 2020a)

Interpretado desde un sentido amplio, en la salud mental comunitaria cabe toda acción o proceso, tendiente a generar bienestar o si se quiere, en un sentido más objetivo, en todo aquello que mejore la calidad de vida de los individuos y su comunidad. En contraste, podemos encontrar definiciones pragmáticas, apegadas al hacer de unas disciplinas, ocupadas del sufrimiento psíquico y sus determinantes en relación con grupos humanos específicos, generalmente con alto grado de vulnerabilidad, en espacios participativos y generando alternativas de apoyo y atención por fuera de los espacios asilares tradicionales. Podría conceptualizarse también como un campo (Galende, 2015), desde el sentido de relaciones, posiciones, agentes y por supuesto sus estrategias, influencias externas y dinámicas que busca romper con la hegemonía de la disciplina psiquiátrica, que se ha proclamado históricamente como autorizada para nominar, clasificar y gestionar el tratamiento del malestar psíquico, para abrirse a un campo heterónimo, donde se posibilita el diálogo entre disciplinas, sectores y donde el sujeto sufriente pasa de tener un papel pasivo frente al decir de su dolor, para tener una voz activa en la definición del mismo y su tratamiento. Otro enfoque posible es pensarlo como un modelo, que, de alguna manera, recoge aspectos de la dirección deseada de los productos, las acciones de los participantes y las relaciones entre agentes, sus posiciones y la dinámica e interacción con campos como el político y económico.

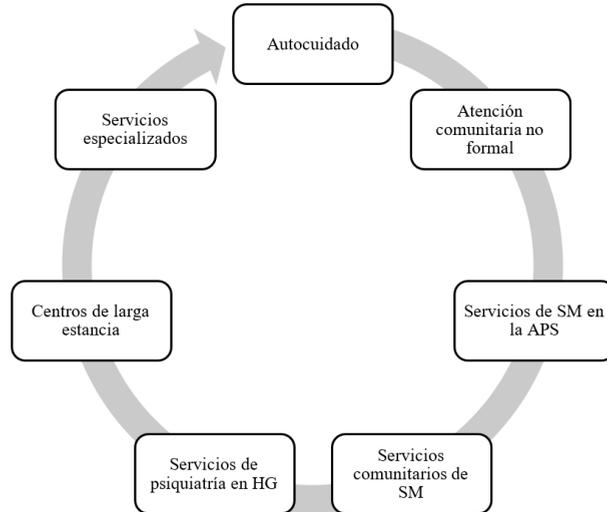
En ese sentido, entendemos la salud mental comunitaria como un modelo basado en un consultante miembro de una comunidad, cuya vida se encuentra determinada por las especificidades de un territorio, con un sistema de creencias y un marco normativo que le da sentido a lo que considera salud o sufrimiento. Con un conjunto de instituciones con las cuales interactúa para el desarrollo de diferentes aspectos indispensables para sus procesos de salud y enfermedad, por ejemplo, los prestadores de salud, las instituciones educativas, protección, justicia, producción, entre otros, que se conjuga con las dinámicas sociales del barrio o comunidad donde habita, el modelo de familia en el creció y que establece pautas comportamentales que a su vez ha contribuido a la configuración física y psíquica de un individuo, en conjunción con sus bases hereditarias.

La salud mental comunitaria como modelo organizativo inserto en un sistema de salud, requiere una zonificación sanitaria, descentralizada, pensada en las particularidades de cada territorio, que optimice los recursos locales, genere participación comunitaria y construcción de red, permita integrar abordajes promocionales, preventivos, asistenciales, rehabilitadores y paliativos, en contraste con la hegemonía hospitalocéntrica de un sistema centrado en la economía, pensada en la reducción de costos de las aseguradoras (Desviat, 2020a)

En relación con la conformación de dispositivos, disciplinas y sectores que facilitan un modelo de salud mental comunitario, se requiere la presencia de equipos de salud mental especializados (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermeros con formación en salud mental y profesionales de rehabilitación) organizados, ya sea en centros específicos de salud mental comunitaria, dispuestos en el territorio, o como parte de los equipos de un centro de salud general de la zona (Figura 1). Estos equipos deberían tener la posibilidad de realizar atención oportuna y cercana a la comunidad, dispensar medicamentos en el mismo centro o cerca a este, realizar visitas en terreno en caso necesario, contar con la participación de otros agentes clave, presentes en la comunidad: educadores, recreacionistas, líderes comunitarios, líderes espirituales, facilitadores de inclusión laboral, etc. Se debe contar con camas dispuestas para atención en crisis, camas en hospitales generales, ya sea en servicios generales o conformando unidades mentales, articulados con servicios de cuidado intermedio tales como hospitales día y residencias u hogares protegidos (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

## Figura 1

Servicios de un modelo de salud mental comunitario



Modificado de Servicios de salud mental – OMS/WONCA – 2007. Funk et al. *Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental*, p. 107 (Organización Panamericana de la Salud, 2009)

Entonces, lo comunitario en salud mental, visto desde esta perspectiva, permite: restituir el lugar del sufriente en su proceso de salud y enfermedad al desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad hacia los sujetos; reduce el estigma producto del aislamiento en instituciones mentales, reduce las brechas en la atención en la propuesta de una práctica integral, reduce los costos directos e indirectos y protege los derechos de los consultantes.

Las experiencias de lo comunitario y lo colectivo, no están exentas de riesgos. Como menciona Desviat, podría caerse en la psicologización y psiquiatrización de lo cotidiano, donde se termina por reproducir e insertar un discurso patologizante en la comunidad (Desviat, 2020a).

Excedería los límites de este texto, centrar la discusión en cada una de las acepciones de salud mental o si se trata de colectivo o comunitario, por ello nos limitamos a describir ésta última. Nuestra intención es ubicar al lector

en un aspecto específico de la salud mental comunitaria, que nos es útil para reflexionar acerca de su lugar como modelo en el actual sistema general de seguridad social en salud colombiano.

## **El sistema de salud en Colombia**

El sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) colombiano, tiene un modelo de competencia regulada, con integración público-privada y dos regímenes de aseguramiento. Tiene como principal fuente de financiación el aporte de los ciudadanos, quienes cotizan directamente y a través de sus empleadores, además de los recursos fiscales provenientes de impuestos generales (Calderón et al., 2011). Son actores del sistema: los usuarios quienes pertenecen al régimen contributivo –trabajadores formales y pagadores independientes– o al régimen subsidiado, estos últimos caracterizados a través de la encuesta del SISBEN, donde se ha determinado su nivel de vulnerabilidad económica. También hacen parte las Instituciones prestadoras de salud (IPS), las aseguradoras o Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y el Estado como regulador del sistema, que administra y distribuye los dineros a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Tal como está descrito en el preámbulo de la Ley 100 de 1993, el SGSS se trata de

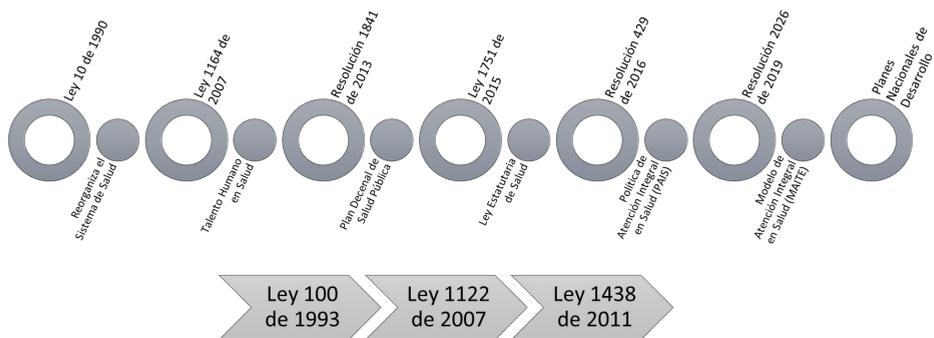
...el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar cobertura integral de las contingencias... (pág. 1 Preámbulo)

Los planes de cubrimiento o planes de beneficios se condensan en el denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), donde se establecen las actividades, tecnologías y servicios, a las que puede acceder un usuario del sistema. Las EAPB administran los recursos públicos de la salud, contratan a las IPS y establecen la viabilidad de la oferta de servicios requeridos por los usuarios afiliados.

Hasta la fecha, se han realizado dos modificaciones al sistema de salud, la primera en 2007, donde se incluyó por primera vez de manera explícita, aspectos de salud mental, y una segunda, en 2011 que desarrolla la sostenibilidad financiera del sistema e introduce las Redes Integradas de servicios de salud, que en teoría otorgan relevancia a la salud pública y a la integración hospitalaria, sin embargo, esto en un sistema centrado en el mercado y la competencia, no se tradujo en fortalecimiento territorial, por el contrario, llevó a las aseguradoras a la búsqueda de atención en los prestadores que ofertan su trabajo a menor costo (Franco-Giraldo, 2012). Ninguna de las dos reformas produjo un cambio significativo al conjunto del sistema. Complementan el sistema, un conjunto de leyes y normas que han estructurado las competencias territoriales en salud, el papel de los actores, el lugar de la salud como derecho fundamental y las prioridades que los diferentes gobiernos establecen a través de los planes nacionales de desarrollo, la política de organización del sistema acompañado de los dos modelos propuestos, MIAS y posteriormente MAITE, entre otras. (ver figura 2).

## Figura 2

Sistema General de Seguridad Social en Salud



Fuente: Diseño propio

El SGSS ha sido exitoso en lo que concierne al nivel de cobertura, con cifras superiores al 97% para los colombianos (Gaviria, 2014), con menor gasto de bolsillo (43% en 1995 a 14% en 2014), sin embargo, esto no ha significado un acceso efectivo a los servicios de salud por parte de todos los usuarios. Son varias las razones de ello: Las aseguradoras, bajo una premisa de sostenibilidad del sistema y buscando contener el gasto, niegan medicamentos y tratamientos ordenados por los profesionales de las IPS (Corcho, 2017), el modelo es primordialmente asistencialista, con las tasas de hospitalización más altas de América Latina y una atención primaria de salud con obsolescencia técnica y poca capacidad resolutoria, con grandes inequidades entre territorios, con altas concentraciones de recurso humano e instituciones en áreas urbanas y limitación de recursos en áreas dispersas (Gutierrez-Sourdis, 2018). La organización de las redes integradas de salud (RIAS) no se tradujo en articulación de actores, por el contrario, persiste la fragmentación de la atención, centrada en la enfermedad, no en el consultante como miembro de un territorio. Finalmente, no hay una integración real entre las acciones colectivas propuestas desde salud pública (Plan Decenal de Salud Pública), con las acciones individuales manejadas desde el POS.

Colombia contó con una política nacional de salud mental desde 1998 (Resolución 2358), que retomó las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud, expuestas en la Declaración de Caracas de 1990: unidades de salud mental en hospitales generales para manejo de las fases agudas de la enfermedad, manejo de las situaciones agudas o crónicas en ambientes comunitarios, integración social del sujeto con sufrimiento mental y con participación de la familia, actividades de rehabilitación basadas en comunidad, sin embargo, ésta no tuvo gran impacto en la conducción del modelo.

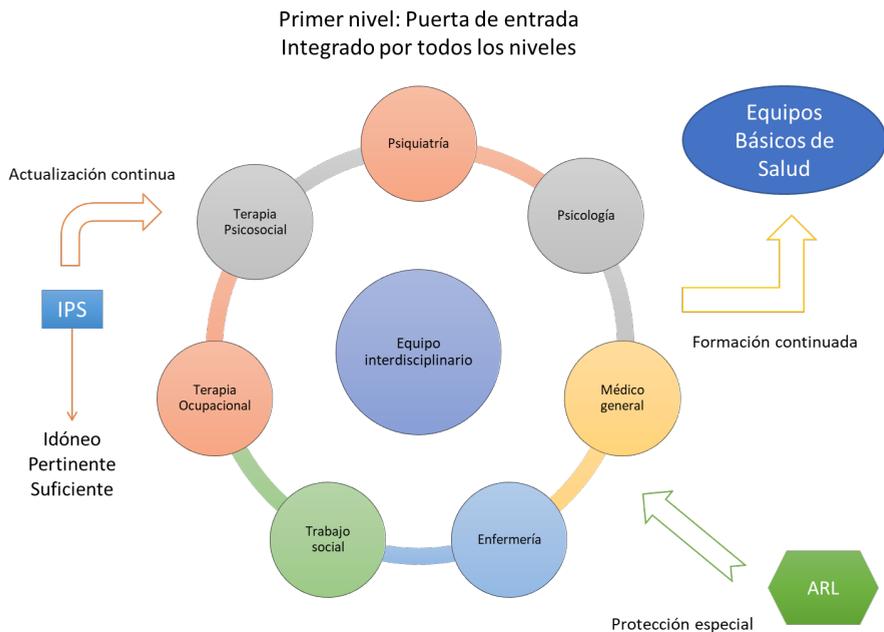
Se realizaron varios intentos de nueva política en la primera década del siglo XXI, pero solo hasta el 2013, se sancionó una ley específica en salud mental, la Ley 1616 o “Ley Esperanza”, desde la cual se suscribió a una definición de salud mental como

... un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Art. 3, Ley 1616 de 2013 «Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones», 2013)

Esta ley también explicitó definiciones como trastorno y discapacidad mental, que en adelante, normatividades posteriores han utilizado, además, enunció los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, propuso un modelo organizativo de base comunitaria (figura 3), con intervenciones lo menos restrictivas posibles para los individuos y sugirió un conjunto de disciplinas para los equipos de salud mental; desafortunadamente, no ha contado con decretos reglamentarios para su adecuada implementación.

### Figura 3.

Modelo organizativo propuesto en la Ley 1616 de 2013



Fuente: Ley 1616 de 2013, adaptación propia

Finalmente, en 2018, treinta años después de la primera política, se suscribió una nueva Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886) que insta a generar un plan nacional de salud mental quinquenal, en principio

correspondiente a la dimensión Convivencia Social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 1841 de 2013) e incluye dentro de su visión el fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque de atención primaria en salud, la promoción de la rehabilitación basada en comunidad y la inclusión social, traducidas en los objetivos en atenciones integrales de base comunitaria con fortalecimiento de los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental. A la fecha, aunque la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública caducó, no se ha sancionado un Plan Nacional de Salud Mental, sólo se publicó un documento preliminar para la para la vigencia 2014-2021. Veremos si con el nuevo gobierno, las intenciones de cambio se traducen también en actualizar y ajustar la normatividad en salud mental.

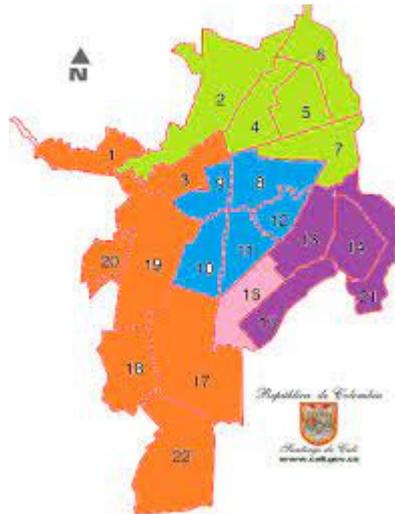
## **El Distrito de Santiago de Cali y la red de servicios en salud**

Desde el 2018, Santiago de Cali fue recategorizado como Distrito especial, condición que le permite tener acceso a recursos directamente de la nación e incrementar su autonomía del nivel departamental (Ley 1933 de 2018 «por medio de la cual se categoriza al municipio de Santiago de Cali como distrito especial, deportivo, cultural, turístico, empresarial y de servicios», 2018). De la mano del cambio administrativo, se propuso una reorganización en siete localidades, seis urbanas y una rural, conformada por los 15 corregimientos (Figura 4). Las localidades urbanas, reagrupan las 22 comunas. La Localidad 3 por ejemplo, agrupa 53 barrios del piedemonte de la cordillera occidental que se encuentran en las comunas 9, 17, 18, 19 y 20, con una población aproximada de 157.301 habitantes.



## **Figura 5.**

Distribución Red de salud de Santiago de Cali



Fuente: Documento Plan de Desarrollo ESE Centro 2016-2019

## **Territorio de la Red de Salud de Ladera ESE**

La Red de Salud de Ladera fue creada en 2003 mediante el Acuerdo 106 de 2003 de Consejo Municipal de Santiago de Cali (Acuerdo 106 de 2003, 2003). De las cinco ESEs municipales, es la responsable del 82% del territorio del Municipio de Cali, que corresponde a un área bruta de 45.739.6 hectáreas, con un cubrimiento del 32% del área urbana y 96% del total del área rural del territorio municipal. De acuerdo con la división territorial del municipio, corresponde a las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20. El área rural de Montebello, Buitrera y Felidia, con sus respectivos corregimientos. La ESE cubre el sur, oeste y centro de la Ciudad de Cali, incluyendo zona de ladera y plana (Muñoz Garzón, 2020)

De acuerdo con la información aportada desde la administración de la Red de Salud de Ladera, para el 2022 la población registrada en la zona de influencia es de 489.626 personas, de los cuales 32.397 corresponden al área rural. De esta

población total de la zona, la Red de Salud de Ladera tiene contratada a través de diferentes EAPB a 179.626 personas. Para el 2021, el 87% de la población contratada se encontraba en el régimen subsidiado y 13% eran vinculados (sin afiliación). En la distribución por comunas de la población contratada para la atención en la Red de Ladera, la mayor parte se encontraban registrados en la Comuna 20 (30%), seguidos por la Comuna 18 (24%) y la Comuna 3 (19%). En relación al curso de vida, en esta contratación predomina la población entre los 29 y los 59 años (40%), seguido de los jóvenes entre los 18 y los 28 años (19%) y los mayores de 60 años (16%), en la población infanto-juvenil, tanto los menores de 5 años como los escolares entre 6 y 11 años corresponden al 8% cada uno y los adolescentes el 9%<sup>1</sup>.

La Red de Salud de Ladera está compuesta por 37 IPS, donde se prestan servicios de baja complejidad en recuperación de la salud, detección temprana, diagnóstico y protección específica, rehabilitación, entre otras. Para garantizar una atención integral, la Red de Ladera presta servicios complementarios de mediana complejidad en medicina interna, medicina familiar, pediatría, ginecología, nutrición y psiquiatría. Se han organizado los servicios para que cada comuna cuente con una IPS Cabecera (hospital, centro de salud) y otras IPS satelitales (puestos de salud) para dar respuesta a las necesidades de salud identificadas por los usuarios del territorio (Figura 6) (Red de Salud de Ladera ESE, 2022)

De acuerdo con el portafolio de servicios de la Red de Ladera, entre los programas y servicios prestados por la Red de Salud de Ladera, se incluye las Rutas Integrales de atención en salud (RIAS) propuestas desde el Ministerio de Salud (Resolución 3202 de 2016 «Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones», 2016), tanto aquellas correspondientes a las actividades promocionales y de mantenimiento de la salud a lo largo del curso de vida, como de poblaciones específicas como la materno perinatal y aquellas que consideran grupos de riesgo (ver Tabla 1)

---

1. Fuente: área administrativa Red de Salud de Ladera ESE.

**Tabla 1**

Rutas de Atención Integral en Salud en la Red de Salud de Ladera ESE.

RIA	Programas
Ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud por curso de vida	Primera infancia Infancia Adolescencia Juventud Adulthood Vejez
Ruta integral de atención para la población materno perinatal	Atención preconcepcional Atención del puerperio Control prenatal Atención de emergencias obstétricas Atención y control del recién nacido
Ruta integral de atención en salud para grupo de riesgo (con riesgo o presencia de alteraciones)	Cardio-cerebrovasculares Enfermedades respiratorias crónicas Alteraciones nutricionales Trastornos mentales, trastornos del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas y adicciones, trastornos psicosociales y del comportamiento Alteraciones de la salud bucal Detección temprana de cáncer de cervix mama, próstata y colon Enfermedades infecciosas Trastornos visuales y auditivos Trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes

Fuente: Portafolio de Servicios, Red de Salud de Ladera ESE, 2022

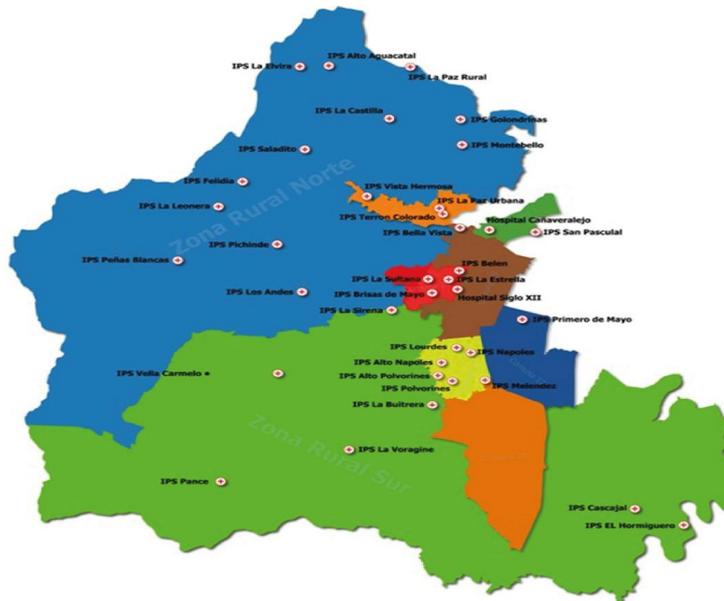
Otros programas presentes en la Red son:

- *Atención integral por grupo interdisciplinario*: consulta médica general, consulta médica familiar, dermatología, ginecología, obstetricia, pediatría, psiquiatría, medicina interna, oftalmología, medicina alternativa, nutrición, consulta odontológica general, especializada y ortodoncia, enfermería, vacunación, servicios amigables, salud sexual y reproductiva.
- *Rehabilitación integral*: Fisioterapia, terapia Ocupacional, del lenguaje y respiratoria, trabajo Social y psicología.
- *Ayudas diagnósticas*: Laboratorio clínico, rayos x, ecografías y electrocardiogramas.
- Atención intrahospitalaria: Hospitalización general, urgencias y partos.

- *Unidad especializada de Telesalud:* Medicina general, nutrición y dietética, medicina general, medicina familiar, medicina interna, ginecología, pediatría, psiquiatría y psicología.
- *El centro holístico comunitario:* Uno de los programas banderas de la institución, funciona en la IPS Meléndez, integra la prestación en salud mental: psicología, psiquiatría, trabajo social, medicina integrativa, acupuntura, terapia neural y desintoxicación con metadona.
- *Atención Extramural:* Conformada por los programas de salud familiar y comunitaria, rehabilitación basada en la comunidad RBC y atención a víctimas. Cuenta con equipos de salud que recorren los territorios, visitan las familias que lo requieren por para los programas de promoción y mantenimiento de la salud, por situación o condición de salud y jornadas de atención en las comunidades.

## Figura 6.

Mapa ubicación geográfica IPS Red de salud de Ladera E.S.E.



Fuente: portafolio de servicios Red de Salud de Ladera E.S.E 2022

## La Comuna 20

La comuna 20 cuenta con un área de 243,95 km<sup>2</sup>, está ubicada al sur occidente de Cali, en la zona de Ladera, administrativamente está conformada por 8 barrios y tres urbanizaciones: Belén, Siloé, Lleras Camargo, Tierra Blanca, Brisas de Mayo, Pueblo Joven, El Cortijo, Belisario, La Sultana, Urbanización Cañaveralejo, Urbanización Venezuela, Cementerio Carabineros. Según las proyecciones del DANE para el 2022, la población es de 59,261 habitantes (Muñoz Garzón, 2020), que corresponden principalmente a personas ubicadas en los estratos 1 y 2 (Morales Garzón, 2019).

En la comuna 20 la red de servicios está conformada por 6 IPS entre las que están el Hospital de Siloé Siglo XXI, que cuenta con servicios de consulta externa, programas de promoción y mantenimiento de la salud, consulta de especialistas, complementación terapéutica, atención psicosocial, urgencias, partos y hospitalización y 5 IPS: Estrella, Sultana, Brisas de Mayo, Belén y Sirena, que tienen servicios de consulta externa con énfasis en promoción y mantenimiento de la salud, consulta odontológica, atención psicosocial, además de toma de muestras de laboratorio, se cuenta con equipos de salud familiar y comunitaria que hacen visitas domiciliarias a las familias de la comuna que son identificadas por la EAPB, o por el equipo de seguimiento al riesgo con alguna vulnerabilidad que ameritan atención en casa.

El Hospital de Siloé Siglo XXI, cuenta con un equipo propio de salud mental conformado por dos profesionales de trabajo social y dos en psicología. Las acciones de este equipo son: *Fomento de la salud*, que incluye la educación en promoción de la salud mental y factores protectores, valoración de estado mental de los consultantes y sus familias, además del seguimiento al riesgo. *Atención ambulatoria*, con procesos psicoterapéuticos, aplicación de protocolos en salud, bajo la normatividad de las líneas de salud mental. *Atención de urgencias*, donde realizan valoración de los casos de riesgo psicosocial, violencias, comportamientos autolesivos, consumo de sustancias psicoactivas y consultantes sin red de apoyo. *Capacitación*, dirigida a funcionarios de la IPS (Morales Garzón, 2019).

En la Comuna se cuenta con dispositivos comunitarios que como explica Morales Garzón, citando a Serrano, son espacios de interacción y participación social/comunitaria de acogida, fortalecimiento y generación de redes de apoyo

entre sujetos (Morales Garzón, 2019), donde se abordan diferentes necesidades de la población, confluyen allí la comunidad y actores sociales del territorio. Hay 7 organizaciones que se ocupan de aspectos educativos (diferentes a las instituciones educativas formales), para población tanto infantil como adulta; 13 dispositivos relacionados a acciones de recreación y deporte, incluyendo zumba, fútbol, etc.; 15 dispositivos de bienestar comunitario, que incluye 3 comedores comunitarios; 1 dispositivo que tiene una base espiritual religiosa, pero que apoya a personas diversas, migrantes, desplazadas o víctimas de conflicto armado; 2 unidades de transformación social que atienden primera infancia, 11 dispositivos de arte y cultura, que incluyen grupos de danza, música, teatro; 16 grupos de tercera edad, en los que participan 521 personas, 3 bibliotecas comunitarias, 2 dispositivos de orientación o asesoría a personas víctimas de conflicto armado, 3 dispositivos animalistas, 12 dispositivos de voluntariado y 2 de emprendimiento<sup>2</sup>.

## **Programa de salud mental comunitaria en la Comuna 20**

En la actualidad, el programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle realiza actividades académico asistenciales en la IPS Siloé Siglo XXI. El equipo de trabajo de psiquiatría está conformado por dos docentes, médicos psiquiatras, médicos residentes de segundo año de psiquiatría. Contamos ocasionalmente con médicos residentes de tercer año que realizan electiva en nuestro programa, tanto de nuestra propia escuela como de otros programas nacionales e internacionales. Participan estudiantes de cuarto año de medicina y cirugía de la Universidad del Valle y estudiantes de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, coordinados en las intervenciones de rehabilitación basada en comunidad por una profesora de Terapia Ocupacional, con maestría en Intervención Psicosocial (Hernández-Carrillo et al., 2021).

Las actividades de este equipo se conjugan con las realizadas por el equipo psicosocial de la Red de Ladera, los equipos básicos de atención y los equipos extramurales. Se expresan a partir de:

---

2. Fuente: Matriz de recursos Comuna 20. Comité Intersectorial Comuna 20

- Actividad clínica ambulatoria en consulta externa de psicología, psiquiatría y trabajo social, donde el principio básico es la atención integral, de calidad, oportuna y continua. El consultante establece un vínculo terapéutico con un tratante, sin las interrupciones habituales del sistema. La meta es evitar en lo posible que su cuadro tenga que ser manejado en una institución mental de mayor complejidad, que se realice su atención de manera regular con todos los profesionales de los programas –tanto los preventivos como los específicamente asistenciales– con los que se encuentre vinculado ya sea por curso de vida o por circunstancia especial y por lo tanto, todo el grupo conozca las intervenciones que realizan los otros equipos.
- Interconsulta psiquiátrica e intervención del equipo psicosocial (psicología y trabajo social) a consultantes que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización y obstetricia.
- Visita domiciliaria a personas con sufrimiento psíquico y sus familias, con situaciones especiales, que requieren intervención del equipo psicosocial en terreno
- Rehabilitación basada en comunidad, dirigida por Terapia Ocupacional y Fonoaudiología de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, que en conjunto con consultantes del territorio y otros que se han sumado al grupo, crearon el dispositivo “Mentalmente Sanos”, en conjunto con personas con discapacidad mental, que eligen participar de manera libre y voluntaria, que busca promover la inclusión social y las habilidades sociales en la vida cotidiana, reducir el estigma e integrar a sus miembros a la comunidad (Ortiz & Satizabal, 2019)
- Actividades de educación continuada en temas relacionadas a salud mental dirigido a equipos extramurales y equipos básicos de atención en salud (EBS). Para ello se ha empleado la modalidad de talleres, conferencias y más recientemente, la utilización de un blog al cual pueden acceder los profesionales y donde encuentran información práctica en relación a la salud mental, estigma y situaciones clínicas frecuentes en la atención primaria. En la elaboración del material participan los médicos residentes y los estudiantes de medicina y cirugía.
- Estudios de caso en conjunto con los miembros de los equipos psicosociales. De acuerdo con la situación específica, se invita a otros equipos y a funcionarios de las aseguradoras si es pertinente.

- Participación en el Comité Intersectorial de la Comuna 20, como uno más de los equipos presentes en el territorio, se interactúa con diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales, dispositivos comunitarios, líderes de la comunidad, para el abordaje de necesidades y problemas percibidos en el territorio.
- Actividades extramurales de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, en jornadas de salud programadas y concertadas en áreas específicas del territorio, con otros equipos de la Red de Salud de Ladera y otros sectores.

## **Discusión**

---

La Organización Panamericana de la Salud ha insistido desde la década de los noventa del siglo pasado, en un cambio de modelo centrado en los hospitales psiquiátricos a una atención digna y de calidad en la comunidad, ha recogido experiencias exitosas que muestran la posibilidad de manejar las crisis agudas en camas de hospitales generales y en la implementación de soluciones habitacionales en comunidad para personas con dificultades familiares y sociales que presentan un trastorno mental grave y crónico (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Ello implica, fortalecer la capacidad de los sistemas locales de salud mental, incluyendo la capacitación y sensibilización de los equipos básicos de salud, apoyar e integrar las redes no profesionalizadas con sus dispositivos comunitarios. No se trata de cerrar abruptamente los hospitales mentales. Es necesario repensarse el papel de la alta complejidad en salud mental, el tipo de servicio que prestaría a las redes locales de salud mental, su integración no hegemónica en el sistema. Desviat anota que una atención comunitaria en general, requiere además de la universalidad del sistema, que ésta sea equitativa, descentralizada y participativa, con integración de los diferentes niveles de atención, continuidad desde los procesos educativos hasta la rehabilitación, financiado con dineros públicos, atendiendo a sufrientes y no sufrientes (Desviat, 2020b).

Algunos autores consideran que no es posible la convivencia de los hospitales psiquiátricos monovalentes (públicos o privados) con un sistema de salud

mental comunitario ya que, en las experiencias a lo largo de la historia, los primeros terminan por quebrar cualquier posibilidad de abordaje continuo en comunidad y acaparan en un sentido mercantil, el presupuesto público en la atención de enfermedades mentales, los servicios ofertados y los clientes del sistema. La OPS reconoce incluso, como ejemplo de lo que denomina la transinstitucionalización, que, en la región de las Américas y el Caribe, los hospitales psiquiátricos no se han modificado de manera sustancial como modelo asilar, que es más bien un cambio de denominación a hospital neuropsiquiátrico, centro de salud mental, hospital escuela, instituto de salud mental entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Una situación emblemática de lo que representa la falta de integración en el sistema, sucede cuando una persona con sufrimiento psíquico, no tiene los recursos sociales para retornar a la comunidad, por ejemplo por ausencia de familiares o incapacidad de éstos para asumirlo, allí entonces comienza lo que administrativamente denominan “estancia social”, que cronifica una situación hospitalaria en alguien que requeriría otro tipo de recurso del sistema, con el agravante que este cubrimiento deja de ser responsabilidad de las aseguradoras pero tampoco encuentra un doliente en los servicios de protección o bienestar social (en algunos países ministerios).

Las redes primarias de atención deben asumir la responsabilidad de lo que otros servicios y dependencias no asumen, lo que genera costos que en la mayoría de los casos no son reconocidos por ningún ente, el modelo de salud implica que las IPS deben generar estrategias para ser autosostenibles, por lo tanto la alta demanda de pacientes con cronicidad mental pasan a ser vistos como una oportunidad de generar ingresos, desconociendo la importancia de que en baja complejidad el abordaje al paciente se realice garantizando la relación del especialista con los equipos de atención primaria y el entorno comunitario.

Un cambio real de modelo en salud mental requiere el desarrollo de un plan nacional de salud mental anudado a la política nacional de salud mental, con estrategias concretas dirigidas a reestructurar la red y los servicios locales de salud mental, con incentivos académicos y económicos a los profesionales y las instituciones que desarrollan actividades comunitarias, apoyando la investigación y la producción de material técnico que permita difundir las experiencias, generando estrategias masivas de comunicación para reducir el estigma y acercar a la comunidad a una acción proactiva, tanto en las estrategias promocionales

y preventivas en salud mental, como en el acompañamiento y apoyo a los sujetos y las familias cuando se presentan enfermedades mentales, que no los desvincule de la vida en comunidad.

## **Referencias bibliográficas**

- Arboleda-Trujillo, M. A. (2014). Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle en Cali-Colombia. Universidad Nacional de Lanús.
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Corcho, D. C. (2017). El proceso de la ley estatutaria: La lucha por la hegemonía política del derecho a la salud en Colombia [Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/22338>
- Desviat, M. (2020a). *Cohabitar la diferencia: Salud mental en lo común*. Editorial Síntesis. <https://www.sintesis.com/diversos-75/cohabitar-la-diferencia-ebook-2839.html>
- Desviat, M. (2020b). *La reforma psiquiátrica*. La Revolución Delirante.
- Franco-Giraldo, Á. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 865-877.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.
- Gaviria, Alejandro. (2014). El costo del progreso. *Finanzas & Desarrollo*, 51(4), 21.
- Gutierrez-Sourdis, Catalina. (2018). *El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención*. Fedesarrollo.
- Hernández-Carrillo, M., Gil, J. P., Londoño, R. A., Rojas, C. R., & Arboleda-Trujillo, M. A. (2021). Caracterización de la consulta de salud mental comunitaria de un centro de atención primaria en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.003>

Ley 1616 de 2013 «Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones», Ley 1616 de 2013 (2013).

Ley 1933 de 2018 «por medio de la cual se categoriza al municipio de Santiago de Cali como distrito especial, deportivo, cultural, turístico, empresarial y de servicios», Pub. L. No. 1933 (2018).

Acuerdo 106 de 2003, (2003).

Resolución 3202 de 2016 «Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones», (2016). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Morales Garzón, E. M. (2019). *Construcción participativa de una estrategia de atención integral a víctimas de violencia sexual*. Universidad Icesi.

Muñoz Garzón, L. E. (2020). *Análisis de la Situación Integral de Salud ASIS Red de Salud de Ladera ESE año 2020*. Red de Salud de Ladera ESE.

Red de Salud de Ladera ESE. (2022). *Portafolio de servicios*. <http://www.saludladera.gov.co/docs/Transparencia%20y%20Acceso%20Informacion%20Publica/6.%20Participa/Portafolio%20De%20Servicios%20RED%20DE%20SALUD%20LADERA%202022.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud mental en la comunidad* (J. J. Rodríguez, Ed.).

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.

Ortiz, D., & Satizábal, M. (2019). Mentalmente Sanos: Una experiencia con enfoque comunitario. *Revista de salud pública*, 21(1), 122-127.

# **03**

## **Modelo biomédico hegemónico y neoliberalismo: obstáculos para el modelo comunitario y otros avances en salud mental**

---

**Miguel Ángel Castejón Bellmunt**  
Miguel Ángel Castejón Bellmunt

Desde que, aproximadamente a mediados del siglo pasado, algunos países occidentales desarrollados económicamente iniciaron sus procesos de reforma psiquiátrica, se han ido acumulando experiencias, datos y movimientos sociales que dan testimonio de lo que podría considerarse una *gran decepción*, respecto a las expectativas generadas.

Aunque es innegable el enorme beneficio que, para las personas hospitalizadas, supuso liberarse del encierro y de las condiciones inhumanas de vida en los manicomios, el nuevo abordaje no fue capaz de mejorar las cosas a nivel global. Siguieron aumentando de forma alarmante en los países occidentales el número de personas que se suicidan, el de quienes padecen malestares o trastornos mentales severos y las listas de los que sufren discapacidad y dependencia por razones de salud mental. De forma que, en su último y más completo informe (OMS, 2022), la Organización Mundial de la Salud, sigue insistiendo en la necesidad de transformar las actuales políticas de atención a la salud mental. En este capítulo se plantean y desarrollan brevemente tres razones relacionadas para explicar por que no fuera posible la instalación de un modelo comunitario para atender la salud mental.

En primer lugar, se plantea que la nueva Atención Primaria de Salud que se buscó desarrollar tras la Segunda Guerra Mundial, donde la salud se comprendiera de forma integral y explicada por las condiciones de vida de las personas, nunca llegó a ser una realidad y dejó a la salud mental sin la base ideológica imprescindible para hacerla realmente comunitaria.

En segundo lugar, se expone cómo el auge y expansión de los modelos Económicos neoliberales que defienden la mínima regulación del estado y donde el individuo es el máximo responsable de todo lo que le ocurre frenaron cualquier posibilidad de que la salud mental de las personas pudiera explicarse por algo más que por causas físicas ubicadas *dentro* de ellas y/o por sus conductas incompetentes o inadecuadas.

Y en tercer lugar, para que el modelo comunitario nunca llegara a implantarse realmente, resultó un actor imprescindible el *modelo biomédico hegemónico* (a partir de ahora, MBH) (Campos, Menéndez, 1992)<sup>1</sup>. Este modelo era el mismo que

---

1. En el capítulo, al hablar de MBH se hace referencia tanto a la psiquiatría biológica como a la psicología sanitaria y clínica y a otras disciplinas y prácticas como la rehabilitación psicosocial cuando asumen que el sufrimiento psíquico y sus síntomas y rasgos psicológicos

operaba dentro de los manicomios antes de las reformas psiquiátricas y disfrutó a partir de los años 50 de enorme crédito social, gracias a los éxitos de la medicina en otras áreas de la salud. De esa manera el MBH dispuso de legitimidad para diagnosticar como *supuestas* enfermedades mentales a las personas que sufrían psíquicamente. Realizado el diagnóstico que confirmaba la causa orgánica, el MBH, en alianza ahora con la industria farmacéutica, estaba listo también para reparar los problemas y reintegrar cuanto antes a las personas a su vida social y productiva. Quedaba así clausurada la posibilidad de que pudieran ser cuestionadas las condiciones de vida y la organización social y económica como aspectos influyentes en la aparición de los sufrimientos y malestares.

No obstante lo anterior, en estos últimos 50 años de atención fuera de los hospitales, se han podido desarrollar, con buenos resultados, modelos alternativos al biomédico basados en la construcción de la subjetividad de quien sufre psíquicamente, en el respeto a su voluntad y derechos, en el apoyo mutuo, la calidad de la relación terapéutica y en sus condiciones de vida como explicativas de su condición mental.

## **La decepción de la atención primaria**

Cuando tras las guerras mundiales se aceleraron los cambios sociales, económicos y políticos en el mundo, con la aparición de nuevas potencias económicas como Rusia, India, China o Brasil, el gran desarrollo industrial y tecnológico y la globalización incipiente empezaron a generar enormes desigualdades sociales, tanto entre países, como dentro de ellos, entre las personas. Pronto se documentó que esas condiciones de necesidad (conocidas luego como *determinantes sociales*) y, en concreto, las desigualdades socioeconómicas entre personas eran la base de los problemas de salud en general y, en concreto, de los crecientes malestares y problemas de salud mental (Wilkinson y Pickett, 2009). Si se querían hacer las cosas de forma realmente diferente a lo que el MBH proponía y resultaba insuficiente, era necesario un nuevo modelo de

---

asociados puede ser explicado casi exclusivamente por causas biológicas (en concreto, por alguna patología cerebral).

salud, capaz de incorporar las variables socioeconómicas y las condiciones de vida a las explicaciones sobre la mejor o peor salud de las personas.

Desde los años 70 empezó a gestarse ese nuevo modelo, conocido luego como *Atención Primaria de Salud*, hasta llegar a la conferencia de Alma Ata en 1978 con un lema y objetivo muy ambicioso: “salud para todos en el año 2000”. Desgraciadamente, como nos relata Tejada de Rivero (2013), coordinador general de la conferencia<sup>2</sup>, pronto empezó a fraguarse su fracaso y a perderse la oportunidad de un auténtico cambio:

Por esa época se fue acuñando el término de Primary Health Care, pésimamente mal traducida como “atención primaria de salud”, la que, hay que reconocerlo, no ha contribuido significativamente a su genuina interpretación y cabal entendimiento. Por un lado, la palabra “atención” induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos (resaca mental del modelo flexneriano). Por otro lado, la palabra “primaria” induce a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico y de tercera o cuarta clase; *es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres. El término en Alma-Ata tenía otra acepción que consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario.*

Así, a mediados de la década de los setenta, se presentaron oficialmente, en los cuerpos de gobierno de la OMS, los primeros informes sobre estas nuevas formas no clásicas de cuidado de la salud. En mayo de 1977 se convocó a la conferencia mundial que se realizaría en septiembre de 1978. Pero antes, en 1976 y 1977, se planteaba y acababa de aprobar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, la cual requeriría de formas no tradicionales para poder ser alcanzada. La atención primaria de la salud sería entonces esa nueva forma; es decir, la estrategia e instrumento idóneos para alcanzar tan ambiciosa meta” (Tejada, 2013, p. 284).

Desgraciadamente, la traducción de “*Primary Health Care*” como “*Atención Primaria de Salud*” en lugar de “*Cuidado Integral de la Salud por todos y para todos*”, tal como Rivero de Tejada defiende que siempre se mantuvo en la conferencia (no existen grabaciones de la misma), acabó consolidando todo el cambio de modelo en una simple “dotación de un paquete de prestaciones

---

2. David A. Tejada de Rivero fue subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985, coordinador general de la conferencia de Alma-Ata y dos veces ministro de salud de Perú.

básicas”, distorsionando así el sentido originario e impidiendo que se iniciara un auténtico cambio de paradigma.

El contenido sustantivo y trascendental del término (Atención Primaria de Salud) ha sido simplificado, encogido y distorsionado de manera increíble, inclusive por las propias agencias organizadoras de la Conferencia Internacional de 1978.

Con cierta regularidad, y para cada década que pasa desde esa fecha, se preparan ejercicios evaluativos sobre su aplicación y resultados; pero, lamentablemente, ellos inciden más en neutros y mecánicos ejercicios numéricos de simple confrontación de metas cuantitativas programadas con resultados obtenidos. Por su parte, cada gobierno trata de justificar que está cumpliendo con el compromiso de Alma-Ata, sin entrar a analizar si lo que se hace se trata efectivamente de atención primaria y de salud. No se ha hecho, formal y seriamente, un análisis crítico de lo que ha pasado en más de treinta años, para saber, entre otras cosas, acerca de los esfuerzos reales, nacionales e internacionales, por entender y ver cómo ha sido tratada la esencia genuina de su significado en los países del mundo” (Tejada, 2013, p. 285).

De hecho, cuando se aplica el nuevo paradigma de trabajo que propone la Atención Primaria de Salud (la que debería denominarse “Cuidado Integral de la Salud por todos y para todos”) lo que realmente hace es ofrecer cuidados médicos a enfermedades, como si las padeciera un cuerpo abstracto, sin sujeto ni contexto social. El que estaba llamado a ser un *nuevo* modelo de salud se quedó, salvo honrosísimas excepciones, en un modelo reparativo, alejado de cualquier concepción integral, con poco que ver con la prevención y la promoción comunitaria de la salud.

La escasa vocación de los gobiernos e instituciones internacionales de salud para cumplir con Alma-Ata y construir un modelo realmente diferente y alternativo que fuera capaz de facilitar una vida saludable, quedó patente desde el principio. Esta “rebaja” en lo acordado estuvo facilitada, siempre según Rivero de Tejada, por el hecho de que UNICEF<sup>3</sup>, una de las instituciones organizadoras de la conferencia (la otra fue la organización Mundial de la salud, OMS) dependiera para su subsistencia de donaciones voluntarias de los países. Este hecho hizo que quisiera facilitar la tarea de cumplir con Alma-Ata a las auto-

---

3. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, más conocido como UNICEF, es una agencia de la Organización de las Naciones Unidas con sede en Nueva York que provee ayuda humanitaria y desarrollo a niños y madres en países en desarrollo.

ridades de salud de esos mismos países sin tener que hacer grandes cambios (San Fernando TV, 2018).

Esta falta de dotación presupuestaria al nuevo enfoque ya en 1980 fue documentada por Golberg y Huxley (1980). Ellos dejaron patente la relación inversa entre necesidades de salud en la población y la correspondiente asignación de recursos materiales de los gobiernos. En la base de su pirámide de necesidades, donde más porcentaje de personas necesitamos de atención en salud, es donde menos recursos de todo tipo se asignan. Al contrario, en la cima de la pirámide, en los hospitales y unidades médicas especializadas, donde apenas el 1% de las personas requieren ser atendidas, es donde se invierten más recursos.

La trascendencia de esta paradoja que se repite hasta nuestros días, es aún mayor si se piensa que la forma de trabajar en la base de la pirámide con la población en comunidad, es construida con los parámetros y criterios de la cúspide: los de la medicina más hospitalaria y tecnológica, ajenos a las dinámicas sociales y relacionales propias de las comunidades donde vivimos. Esta colonización médica del saber proscribía la realidad social, ignora los saberes profanos y populares y rechaza cualquier participación o autoorganización de la ciudadanía para reflexionar sobre las relaciones entre bienestar y condiciones de vida y de trabajo.

Pero realmente, Alma-Ata sí estaba llamada a abrirnos la mente a una comprensión y visión de la salud diferente, entendida como una realidad social demasiado compleja como para ser encasillada en el llamado “sector salud”.

Se pudo reconocer [en Alma-Ata] sin dudas, que el empleo, las condiciones de contextos ambientales, ecológicos, culturales, sociales y políticos, el poder adquisitivo de los ingresos familiares, la disponibilidad y adecuado uso de alimentos, el acceso al agua potable, la disposición sanitaria de excretas y basuras, y otros elementos de saneamiento básico, los niveles y contenidos de la educación, las condiciones de vivienda, etc., eran tanto o más importantes que los hospitales, los centros y puestos de salud, los médicos y otros profesionales, técnicos y auxiliares” (Tejada, 2013, p. 287)

Y esa nueva concepción de la salud era completamente coherente con el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud hace de los denominados determinantes sociales de la salud y de sus influencias:

... las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud” (OMS, 2022)

Lo cierto es que difícilmente podrá desarrollarse una salud mental comunitaria si la salud general carece de ese sentido de *cuidado integral* hacia la vida de todas las personas y si no se reconoce lo esencial de que *toda* la comunidad participe en ese cuidado. Sin una atención primaria que esté en contacto con las condiciones de vida en las comunidades donde se vive, sin equidad, solidaridad o justicia social, el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria es una quimera imposible de hacerse realidad y quedará reducida a un mero servicio médico más.

Hoy día, más de 40 años después de Alma Ata puede confirmarse que ninguna forma nueva de entender la salud se ha puesto en marcha. Y, lo que es más grave, ni se ha intentado pese a los desastrosos y cada vez peores resultados en términos de salud que hay en el mundo. Los centros de salud ambulatorios se conciben como clínicas médicas ubicadas en la comunidad pero subordinadas, conceptual y administrativamente, a la lógica del hospital. Sin mirar a la comunidad para comprender su situación y organizar su atención, quienes utilizan esos servicios quedan, habitualmente y de forma paradójica, desconectados y aislados de sus propias comunidades porque las respuestas que se les ofrecen no cumplen con la función de integración social sino de *reparación* individual.

## **El individualismo neoliberal y sus consecuencias en salud mental**

Si ya se ha demostrado suficientemente que los factores sociales influyen en la salud general de las personas, la salud mental no se ha quedado atrás. Hace más de 10 años y con datos proporcionados por entidades poco dudosas de anticapitalistas, como la OCDE y el Banco Mundial, Wilkinson y Pickett (2009) en la obra *“Desigualdad: un análisis de la (in) felicidad colectiva”* ya dejaron

evidencia de que son las sociedades jerárquicas y desiguales las que acaban teniendo más altas cotas de malestar y sufrimiento psíquico en su población. Este tipo de sociedades que miden la dignidad de la persona en función de sus propiedades y riqueza material, consiguen generar una ciudadanía estresada, subordinada, con escasa autonomía y sin apenas algún entramado social que les proteja y defienda. En estas condiciones, es fácil que las personas suelen ser vulneradas en sus derechos sociales para luego acabar resultando vulnerables (fisiológicamente hablando), con el consiguiente y posterior empeoramiento de su salud (merced al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal) (Castejón, 2022).

James Davis<sup>4</sup>, recupera en su obra “*Sedados*” una entrevista de 1981 en *The Sunday* con la ex-primera ministra británica Margaret Thatcher (1925-2013) que resulta muy ilustrativa y esclarecedora de lo que la política neoliberal supuso para la salud de las personas. La ex-primera ministra británica, máximo exponente del capitalismo neoliberal, reconoce en su entrevista:

Mi objetivo no es la política económica, lo que quiero cambiar es la manera de actuar y los cambios en la economía son el medio para cambiar esta forma de actuar. Cambiarla significa intervenir directamente sobre el corazón y el espíritu de la nación. La economía es el método, el objetivo es transformar el corazón y el espíritu (Davis, 2022, p. 32)

Se trataba entonces de fomentar en las personas lo que para Thatcher eran virtudes importantes como la autosuficiencia, la autonomía y la responsabilidad exclusivamente personal. Con esas características implantadas en las mentes de las personas, Thatcher aspiraba a poder terminar, de una vez, con la participación y la regulación que el estado venía haciendo en la economía para mejorar la vida de las ciudadanas. Un modelo de economía y de sociedad que, por cierto, había dado lugar, tras las guerras mundiales, a la época reciente de nuestra historia con mayor crecimiento económico y bienestar personal y social en los países donde se pudo desarrollar. Lo que conocemos como socialdemocracia fue la forma más creíble y que más se acercó a la promesa del capitalismo de conseguir sociedades prósperas y saludables para todas. Bajo ese régimen

---

4. James Davis, graduado en Oxford es profesor de Antropología Social y Psicoterapia en la Universidad de Roehampton (Londres, Reino Unido) y cofundador de la Secretaría de Todos los Partidos para la Farmacodependencia Prescrita.

social donde el estado velaba por la justicia social, se desarrollaron sistemas de protección social y sanitaria, se creó empleo y se realizaron fuertes inversiones públicas para mejorar los servicios. Pero no era suficiente para Thatcher. Donde había intervención del estado, ella y el neoliberalismo veían una oportunidad de negocio privado que se estaba perdiendo.

Para conseguirlo debían hacernos creer que sin la intervención del estado, las personas seríamos más libres y más capaces de desarrollar nuestras iniciativas y proyectos personales. La declaración de guerra del neoliberalismo a cualquier tipo de regulación del mercado, su creciente freno al gasto social, a la desnacionalización y privatización no solo consiguieron, tras décadas de aplicación, “transformar las estructuras más profundas de nuestra sociedad sino también las estructuras íntimas de nuestra existencia psicológica, personal y moral” (Davis, 2022, p. 37).

Lo cierto es que el neoliberalismo y su doctrina económica, libre de regulaciones y aranceles y sin ningún freno al libre mercado, recorrió e implantó el modelo de vida individualista y competitivo propio del mundo anglosajón en aquellos años (liderado por Ronald Reagan, presidente de los EEUU de Norteamérica y por Margaret Thatcher). Los medios de comunicación de masas, las redes sociales y la cultura (las artes, la televisión...) y las instituciones y grupos relevantes de nuestra sociedad (Parlamentos, jueces, familia, escuela, ...) fueron, gracias a la globalización, durante los años 80, los portavoces y altavoces del modelo en todo el mundo. Desde entonces, vivimos bajo el imperio del *yo*, de la autosuficiencia personal, de la independencia y del elogio de lo que “uno mismo”, “sin contar con nadie”, puede lograr.

En paralelo, se estaba terminando con cualquier atisbo de crítica a las condiciones laborales y a la cooperación entre personas. Si las personas sufrían bajo el modo de vida capitalista, la explicación era su falta de capacidad, su carácter débil. Se nos llenó la cabeza de entrenamientos en competencias y asertividad para enfrentar tareas y poder estar a la altura de las exigencias en contextos de trabajo que, aunque eran realmente inhumanos, eran presentados como lógicos y normales en los que los que *fallaban* eran las trabajadoras. Los sindicatos perdieron fuerza porque el empresariado estaba dejando de tener responsabilidad sobre el malestar de las trabajadoras. El hombre y la mujer quedaban solos y solas frente al mercado.

Pero lo cierto es que desde que nacemos, hombres y mujeres estamos orientados a las demás. Nos necesitamos unas a otras, para sobrevivir primero y para ser personas después. La subjetividad que nos hace sujetos no es más que un producto social empezado a construir desde el momento mismo en que cada madre sabe que va a serlo y empieza a proyectar en ello los anhelos del mundo social y cultural al que pertenece y que, a su vez, la construyó a ella. Se crece asimilando e integrando las experiencias relacionales junto a los procesos neurobiológicos que las acompañan. Y es, en esa organización psíquica, localizada en el cuerpo pero invisible y sin ubicación concreta, donde hay que aprender a buscar las claves del ser humano, de su placer y de su sufrimiento. Nuestra intimidad e identidad, por tanto, no solo no es ajena al mundo y sus valores sino que es fruto de ellos. Y así el individualismo, principal valor del capitalismo neoliberal, tal como quería Thatcher, se infiltró en nuestras vidas y se coló en nuestros corazones. Conseguir las cosas sin ayuda empezó a ser alabado socialmente y, al contrario, tener que contar con alguien era síntoma de debilidad y flaqueza. Y así, hombres y mujeres, programados para el vínculo y el encuentro con las demás, conseguimos estar más solos y solas que nunca.

Vivek H. Murthy<sup>5</sup>, ha liderado en las últimas décadas en su país, la lucha contra la soledad y a favor del bienestar mental de las estadounidenses. En su obra reciente “*Juntos*” (Murthy, 2022) dedica varios capítulos a documentar los efectos beneficiosos para la salud de la relación y las redes sociales. Y, al contrario, a ofrecer pruebas de los efectos negativos que la soledad tiene en la salud de las personas. Joan Cacciopo, psiquiatra y psicólogo fue el primero en comparar la soledad con el hambre y la sed y su trabajo en la Universidad de Chicago, desde 1999 permitió documentar los efectos nocivos de la soledad no deseada y los nefastos efectos psicológicos que acarrea a quien la experimenta. Una de las consecuencias más nocivas y documentadas de la concepción individualista de la vida que está terminando con las redes vecinales y de amistad. Redes y contacto social que han sido clave en la resolución de los momentos más difíciles de nuestra existencia individual y colectiva. No solo tiene mayor esperanza de vida quien tiene más amigas (Davis, 2022) sino que, en los momentos de riesgo cierto de muerte nada puede sustituir al rostro familiar,

---

5. Vivek H. Murthy, cirujano general de los EEUU de Norteamérica, antes con Obama y ahora con Biden

el apretón de una mano o al gesto compasivo de otro ser humano, aunque sea una desconocida. La reciente pandemia por Covid-19 nos ha dejado un reguero de testimonios en ese sentido. También en las catástrofes naturales o en cualquier atentado terrorista, la historia nos ha dejado constancia de que siempre la primera respuesta solidaria, la más eficaz y espontánea es la de las vecinas y ciudadanas que, antes que pensar en su propia salvación, corren en auxilio de quien les necesita.

Está en nuestros genes el ayudar y el pedir ayuda (Solnit, 2020). Y haber renunciado a ello tiene un alto precio: cada vez más desigualdades sin atender en nuestras sociedades, cada vez más malestar, cada vez más consultas en los centros de salud mental por malestares de la vida cotidiana (Ortiz, 2013), cada vez más fármacos antidepresivos y ansiolíticos contra la ansiedad como única respuesta cuando surgen las dificultades psicosociales de algún tipo, como lo fue la reciente Covid-19 (EMCDDA Trendspotter Briefing, 2020).

Y cada vez más suicidios... Hace escasos dos meses salía a la luz el “*Barómetro Juvenil. Salud y Bienestar*” de dos prestigiosas fundaciones españolas (Fundación Mutua Madrileña y FAD Juventud) que alertaban del aumento hasta en 4 veces de las ideas suicidas de jóvenes españoles: hasta un 44,3% de jóvenes han pensado en ello en algún momento del año 2021 (Sanmartín y otros, 2022). Algo generalizado al mundo occidental capitalista y hasta lógico si tenemos en cuenta que, en este modelo, se considera una vergüenza pedir ayuda. De hecho, en el estudio comentado, hasta el 34% de las encuestadas reconocían haber sufrido un trastorno de salud mental sin haberse atrevido a solicitar ayuda profesional.

En el ideal de bienestar, según el guion seguido por el plan neoliberal, *lo sano*, es situarse en una actitud de competitividad, de optimismo y positividad máxima para alcanzar los mayores logros económicos y la mejor posición social. Quien no alcanza o no se ubica en ese planeamiento, cuando consulta al especialista en salud mental, lo habitual es que se le responsabilice a él o a ella del problema. Algo estará haciendo mal o algo no funcionará bien en él o ella, si suele estar triste, habitualmente con preocupaciones, si no pueden estudiar o trabajar y piensan, incluso, en quitarse la vida. De forma que, finalmente, solo queda diagnosticarles y tratarles en el marco del MBH.

## El auge y la hegemonía del modelo biomédico en salud mental

Los enormes logros que hasta mediados del siglo cosechó la medicina frente a múltiples dolencias que la humanidad había padecido desde siempre (todo tipo de infecciones, neumonía, escarlatina, difteria, tuberculosis,...) y la capacidad de los laboratorios para sintetizar sustancias químicas (sedantes, antihistaminas, anticonvulsivos y anestésicos) que actuaban con éxito sobre el sistema nervioso central, no se correspondían con las enormes limitaciones y falta de respuestas que la medicina tenía frente a los problemas de salud mental (Whitaker, 2015). Por entonces, las psiquiatras de los manicomios disponían de *formas, menos específicas y elegantes*, de actuar sobre el cerebro y la conducta de sus pacientes.

... Primero llegó el coma diabético. Se inyectaba a los pacientes una elevada dosis de insulina que les provocaba comas hipoglucémicos y cuando los reanimaban con una inyección de glucosa, según informaba el New York Times, ‘los cortocircuitos del cerebro desaparecen y se restauran los circuitos normales y vuelven con ellos la cordura y la normalidad’. Después llegaron las terapias convulsivas. Se empleaba un veneno llamado Metrazol o un electroshock para provocar en el paciente un ataque epiléptico y cuando el paciente despertaba estaba libre de pensamientos psicóticos y con mucho mejor ánimo (al menos eso decían los psiquiatras clínicos). El último tratamiento ‘revolucionario’ fue la lobotomía, la destrucción quirúrgica de los lóbulos frontales que al parecer producía una cura instantánea. Según explicaba el New York Times, esta ‘cirugía del alma transforma en pocas horas a los animales en tiernas criaturas’’

Con la enfermedad mental convertida ya en una preocupación primordial del país, y teniendo en cuenta que la conciencia de ello llegó precisamente cuando los antibióticos estaban venciendo a las bacterias asesinas, era fácil que todos vieran dónde podría hallarse una solución a largo plazo. El país podía depositar su fe en los poderosos transformadores de la ciencia”.

Debemos comprender que los problemas mentales son tan reales como la enfermedad física, y que la ansiedad y la depresión requieren terapia activa lo mismo que la apendicitis o la neumonía – afirmaba el doctor Howard Rusk, profesor de la Universidad de Nueva York, que escribía una columna semanal para el New York Times. Todos ellos son problemas médicos que requieren tratamiento médico” (Whitaker, 2015, p. 54).

Y pronto llegó la clorpromazina, el primer fármaco con el que se aspiraba a poder abandonar aquellos tratamientos tan aberrantes y empezar a tratar el

sufrimiento psíquico como si se tratara de cualquier otra enfermedad física. Aunque el fármaco se obtuvo inicialmente como antihistamínico, al darse cuenta el cirujano naval francés Henri Laborit de sus efectos tranquilizantes, consiguió que se administrara por primera vez en el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Militar Val de Grâce de París, el 19 de enero de 1952 a un paciente de 24 años, con un episodio maníaco con síntomas psicóticos (Medrano, 2012).

Laborit, agudamente, se percató de que inducía también una cierta indiferencia en el paciente, una “quietud eufórica”, que definió como ataraxia, término que deriva del griego “ataraktos” (imperturbable, sin excitación, sin confusión, calmado, sereno) y “ataraktein” (estar calmado). Esta observación, de la que arranca su propuesta de utilizarla en el tratamiento de la agitación de pacientes psiquiátricos, está detrás de uno de los primeros términos utilizados para referirse al grupo terapéutico de la clorpromazina, el de “atarácticos”. En su momento la ataraxia fue definida también como “lobotomía química”, una idea que en los años 50 podía constituir una adecuada tarjeta de visita, dada la amplia difusión de la que gozaba la Psicocirugía, cuyo creador, Egas Moniz, había recibido además el Premio Nobel en 1949, sólo tres años antes de la introducción de la clorpromazina. (Medrano, 2012, p. 852)

Aunque nunca se llegó a cumplir la aspiración biomédica de encontrar fármacos específicos para cada una de las enfermedades identificadas, desde la aparición de la clorpromazina, la psiquiatría y otras disciplinas de ‘*lo psi*’, pudieron empezar a aplicar, fuera ya de los manicomios, *con la cabeza bien alta y como hacían el resto de ramas de la medicina* el modelo biomédico a los problemas humanos que se expresaban con manifestaciones de dolor psíquico. Y desde entonces, el MBH ha sido capaz de asimilar e incorporar, de forma ya subordinada a él, cualquier alternativa que se ha venido generando desde los años 30 del siglo pasado hasta la actualidad.

... surgieron toda una serie de cuestionamientos, pero también de propuestas alternativas y/o complementarias, entre las que podemos enumerar la medicina psicosomática, la medicina humanista, la corriente psicosociobiológica, la atención primaria integral, la medicina holística, la antipsiquiatría, la medicina social crítica, las propuestas de reducción de daños y de reducción de riesgos, las corrientes feministas incluidas las perspectivas de género, y la autodenominada vulnerabilidad estructural, así como toda una variedad de recuperaciones de las medicinas tradicionales, paralelas y complementarias. Estas y otras propuestas han tratado de modificar —a veces en forma radical— las orientaciones biomédicas dominantes, generando alternativas, pero que

luego de un tiempo desaparecen, o se incorporan al Modelo Médico Hegemónico (MMH) en forma subordinada y redirigidas por las orientaciones hegemónicas... Es decir que, si bien algunas de estas corrientes han modificado ciertos aspectos del MMH, no lo han transformado de manera sustantiva, en gran medida debido a la “apropiación” que la biomedicina ha hecho de ellas a través de su constante pragmatismo (Menéndez, 2020, p. 3).

En definitiva, la hegemonía del modelo biomédico es indudable gracias a su pragmatismo pero también por razones de índole político y social, como recuerda Menéndez (2020). No hay que olvidar que es el MBH quien acaba legitimando nuestras formas de relacionarnos, de trabajar y producir y, en general, de vivir. Gracias al diagnóstico clínico y tratamiento de quien presenta dificultades en esas áreas, asignándole alguna enfermedad mental o carencia personal (déficit, incompetencia...), se evita plantearse que el dolor psíquico de la persona pudiera ser responsabilidad, en alguna medida, del sistema de vida y sociedad neoliberal. Llegando a determinar quién padece una enfermedad y quién no, a quién debe aislarse o tratar contra su voluntad, el MBH realiza un impagable servicio a quienes desean que las cosas establecidas no se cuestionen.

## **¿Por qué el MBH no resulta adecuado en salud mental?**

Debe quedar muy claro que no se resta importancia a los logros trascendentes que, a lo largo de la historia, la medicina ha alcanzado para mejorar nuestra salud y condiciones de vida. Lo que se plantea aquí son una serie de cuestiones críticas que, una vez conocidas, permiten preguntarse si las características del MBH no añaden más problemas que soluciones cuando se aplican a la salud mental.

No habiendo posibilidad en este capítulo para tratar de forma extensa las razones que limitan al MBH en el campo de la salud mental, se remite al lector a otro lugar donde se expone de forma más extensa y detallada estas limitaciones (Castejón, 2022).

5.1.- La vulneración de derechos que genera el MBH

5.2.- La dificultad del MBH para diagnosticar las supuestas “enfermedades” mentales.

5.3.- El “sospechoso” mercantilismo del MBH

5.4.- La dependencia y cronicidad que genera el MBH.

5.5.- La deshumanización del MBH

## **La vulneración de derechos que genera el MBH**

No es un asunto menor que el MBH aplique sus criterios y tratamientos por la fuerza a quien no los acepta voluntariamente. Se naturalizan así los cientos de ingresos hospitalarios involuntarios que ocurren a diario en todo el mundo por razones de salud mental. En España, el *Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura*, del *Defensor del Pueblo de España* (2018), contabilizó hasta 33.000 ingresos para la evaluación y el tratamiento contra la voluntad de las pacientes por motivo de su salud mental. Son 90 personas en España que deben ser ingresadas forzosamente, cada día, por su salud mental. En esas circunstancias, es frecuente que ya en el traslado al hospital existan situaciones violentas y que, una vez ingresadas, se justifiquen sujeciones, inmovilizaciones físicas, aislamientos, ... y otras vejaciones. Todo ello de dudosa legitimidad como recoge y denuncia el *Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental* (2018) publicado por la Confederación de Salud Mental España:

Un joven catalán falleció en la provincia de Barcelona tras una contención física realizada en 2018 durante un traslado involuntario. Las mujeres con problemas de salud mental continúan sufriendo una doble discriminación, violencia machista y prácticas como la esterilización forzosa. A las personas con discapacidad psicosocial se les niega con frecuencia su derecho a tomar decisiones respecto a temas esenciales que atañen a su salud y tratamiento. Se enfrentan también a múltiples barreras en su acceso a la justicia, lo cual no garantiza la igualdad de condiciones con las demás personas...

*¿Se están respetando los derechos humanos de las personas que en España tienen algún problema de salud mental? Todos los años, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, nos hacemos la misma pregunta. Y cada año, buscamos la respuesta y nos encontramos con un claro y rotundo “no”. Los derechos de las personas con problemas de salud mental se ven vulnerados casi a diario, en diferentes formas y contextos, como se puede ver en los ejemplos de casos reales arriba descritos. (Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental, 2018, p.3)*

Desgraciadamente, la vulneración de derechos es una constante a lo largo de la historia del tratamiento biomédico todo “por el bien de las personas tratadas”. Recordemos que se premió a Moniz con el Premio Nobel por haber inaugurado en 1936 las llamadas lobotomías, operaciones quirúrgicas cuyo mérito, básicamente, consistía en terminar con la condición humana de las pacientes. No se duda de la intención de ayudar en la mayoría de los casos ni de que los fármacos puedan hacerlo en muchos casos. Pero llama la atención tal falta de autocrítica en un modelo que aspira a ser científico y se pudiera pensar, ante tal actitud y una eficacia tan limitada, que su objetivo fuera, más que cuidar y ayudar a las personas, tenerlas sedadas y bajo control.

## **La dificultad del MBH para diagnosticar supuestas enfermedades mentales**

Animada por el éxito de la medicina en otros campos, la psiquiatría intentó aplicar, sobre todo a partir de 1980 con su DSM-III, el método positivista y acabó reduciendo la psicopatología a una simple y exhaustiva descripción de conductas observables y *anómalas* (según la moral y cultura de cada época) organizadas en categorías. Las dolencias mentales y los sufrimientos psíquicos definitivamente pasaban a ser diagnosticados y tratados como si de cualquier otra enfermedad se tratase. Y así pasó de los 106 diagnósticos que ofrecía el primer DSM-I en 1952 hasta los 182 del DSM-III y los 216 del actual DSM-5 en el año 2013. No deja de ser significativo y digno de reflexión que en los últimos 70 años hayan aparecido 70 nuevos trastornos mentales según el MBH.

Pero la existencia de locuras silenciosas y de sufrimientos cotidianos que quien los padece nunca llega a compartir, que evolucionan y permanecen ocultos hasta que se desencadenan y explotan de formas repentinas y sorprendentes, dan cuenta de lo limitado que resulta identificar el estado mental de una persona utilizando su conducta observable (Leader, 2013).

De cualquier forma, pese a sus afanes clasificatorios, la psiquiatría nunca ha podido acreditar para sus categorías diagnósticas algunas características que los propios Kraepelin y Bleuler también buscaron sin éxito (Read et al., 2006) y, sin las cuales, es difícil acreditarlas como enfermedades.

Para ser consideradas como tal, las enfermedades mentales...

5.2.1.- deben poder diferenciarse con claridad unas de otras.

5.2.2.- deben tener un pronóstico sobre su evolución.

5.2.3.- deben responder a los tratamientos que se orientan a sus causas.

5.2.4.- deben poder acreditar una causa u origen biológico (orgánico, funcional o genético) conocido.

## **Las enfermedades mentales deben poder diferenciarse con claridad unas de otras.**

La necesidad de validez (que una enfermedad pueda diferenciarse de otra) y fiabilidad (que colegas diferentes puedan diagnosticar las mismas enfermedades en los mismos pacientes) es lo primero que debe poder acreditar un diagnóstico médico y es algo en lo que sistemáticamente falla la psiquiatría. Quizás el hecho más importante en este sentido es el experimento del psicólogo David Rosenhan publicado en *Science* (1973) bajo el nombre de “*On being sane in insane places*”, demostrando la incapacidad de la psiquiatría para identificar la locura frente a la cordura. Rosenhan envió a pacientes sin ningún trastorno mental a diferentes hospitales psiquiátricos sin que, en ellos, sus especialistas pudieran identificarlos. Posteriormente, cuando uno de los hospitales le desafió a que lo intentará de nuevo y Rosenhan aceptara el reto, el hospital dijo haber identificado a 41 “falsos pacientes”, Rosenhan confesó que no había enviado a nadie al hospital.

Pero además es conocido y está bien documentado que se diagnostican de forma diferente a las mismas personas en diferentes países y según paciente y profesionales provengan de diferentes contextos socioeconómicos y culturas (Leader 2020, p. 45).

No resulta sorprendente, a partir de aquí, la colección de diagnósticos que acumulan a lo largo de su vida las personas con problemas de salud mental. Las consecuencias de tanta confusión no son menores para estas personas sino que contribuyen a su estigma, a las dudas y la desconfianza, a la desesperanza y al abandono de los tratamientos, entre otras consecuencias.

## Las enfermedades mentales deben tener un pronóstico sobre su evolución

Algo que ha podido comprobar cualquiera que haya estado en contacto alguna vez con personas diagnosticadas psiquiátricamente es la enorme variabilidad que tienen en su evolución. Esto es debido a que, en realidad, como se dice arriba, el MBH, interesado exclusivamente en saber *qué tiene* la persona para *tratarla* cuanto antes, no dedica tiempo a *tratar con* ella y no tiene oportunidad de saber *qué le pasa, qué experimenta y qué claves pueden acercarnos a comprender su sufrimiento*.

Ni la evolución de la esquizofrenia, que es el prototipo de trastorno mental incurable, puede ser predicha y hasta la Organización Mundial de la Salud ya hace años que lo ha confirmado.

Después de un siglo de devastación para millones de personas, la idea de un resultado consistente y negativo ha sido cuestionada por algunas fuerzas destacadas de la psiquiatría. Un Informe del año 2001 sobre el Estudio Internacional sobre la Esquizofrenia (International Study of Schizophrenia, IsoS) de la OMS concluye: 'Como las expectativas pueden ser un factor de recuperación muy importante, los pacientes, sus familias y los clínicos necesitan oírlo [...]El IosS se une a otros estudios para eximir a los pacientes, los cuidadores y los clínicos del paradigma de cronicidad que ha predominado en las corrientes de pensamiento durante la mayor parte del siglo XX'. (Harrison et al. 2001, p. 513) (Read et al. 2006, p. 58)

Si ante un diagnóstico como la esquizofrenia que goza dentro del MBH de tanto consenso sobre su evolución negativa debe ser cuestionado a la luz de las investigaciones y de la evidencia de que personas con ese diagnóstico recuperan sus vidas, ¿cómo podremos asegurar algo sobre la evolución de esa u otras supuestas enfermedades?

Y lo que resulta más peligroso, sabiendo que las expectativas de recuperación son fundamentales para explicar la evolución de los problemas, ¿podría ser que las infundadas expectativas negativas del MBH estén dificultando la recuperación, a modo de profecía autocumplida?. O, dicho de otra forma, las injustificadas expectativas negativas ¿no estarán dificultando mayores y más amplias recuperaciones de los pacientes diagnosticados?

## **Las enfermedades mentales deben responder a los tratamientos que se orientan a sus causas.**

Desde la aparición de la clorpromazina, las ilusiones del MBH de encontrar fármacos que consiguieran algo más que sedar y tranquilizar a las pacientes fueron enormes. Pero...

...estas grandes esperanzas se han visto defraudadas y asistimos actualmente “desde dentro y fuera de la psiquiatría” a un creciente escepticismo acerca del éxito de los psicofármacos debido a su limitada eficacia, la carga de efectos secundarios y el punto muerto en que se encuentra el desarrollo de nuevas moléculas, asistiéndose incluso a la retirada de grandes compañías farmacéuticas de la investigación en psiquiatría. ...surgen críticas incisivas contra el uso de los psicofármacos por parte de metodólogos de prestigio, centradas en la escasa calidad de los estudios ECA (Ensayos Clínicos Aleatorizados<sup>6</sup>), la minimización de efectos adversos y daños a largo plazo, y la influencia omnipresente, interesada y distorsionadora del MHMIC<sup>7</sup> en todo el proceso de su investigación, regulación, marketing y guías de prescripción, objetadas con vehemencia por otros autores en nombre de los, a su juicio, logros obtenidos por la psiquiatría del “mundo real”, cuya práctica no se ha modificado hasta la fecha. En síntesis, pues, existe una brecha amplia entre las evidencias científicas y las creencias de prescriptores y gestores de los servicios, así como una práctica clínica que sobrevalora la efectividad de los psicofármacos y cultiva creencias y mitos no sustentados en hechos (Mármol y col.2018, p.174).

Uno de los mayores peligros del MBH es su insistencia en medicar, a la fuerza si es necesario, a personas que no encuentran ningún beneficio en ello. Parece un modelo con dificultades no solo para respetar las decisiones de las personas, sino para valorar su estado físico y emocional cuando está frente a ellas. La teoría de que hay una causa bioquímica que explica el sufrimiento parece más poderosa que la evidencia y el testimonio de la persona frente al profesional.

---

6. Ensayos clínicos aleatorizados son estudios en los que los participantes se asignan al azar a grupos separados para comparar diferentes tratamientos u otras intervenciones.

7. MHMIC: *Mental Health Medical Industrial Complex*.

## **Las enfermedades mentales deben poder acreditar una causa u origen biológico (orgánico, funcional o genético) conocido**

Finalmente, una característica que se espera cumplan las enfermedades es que puedan acreditar una causa biológica. Algo que a día de hoy y como se decía arriba, no ha ocurrido con ninguna de las enfermedades mencionadas en las sucesivas clasificaciones de enfermedades (DSM o ICD) elaboradas por el MBH para la salud mental. Y ello pese a los esfuerzos e ingentes inversiones económicas realizadas para ello. Ni causas genéticas específicas, ni alteraciones estructurales o funcionales que puedan ser identificadas con las sofisticadas técnicas de neuroimagen disponibles en la actualidad o con otras pruebas objetivas (Fernández Liria, 2022).

La hipótesis de la farmacóloga británica Johana Moncrieff<sup>8</sup> viene a explicar la razón por la que muchas veces los fármacos ayudan a quienes los toman a superar la angustia y pueden sentar las bases de su recuperación (Moncrieff, 2013). Según esta “hipótesis centrada en los fármacos”, la explicación tiene que ver con los *efectos tóxicos* que producen los fármacos en el sistema nervioso central y que, en algunas ocasiones, pueden servir para aliviar el sufrimiento. De la misma forma, dice Moncrieff, que un poco de alcohol puede ayudar a alguien a vencer su ansiedad social, sin que digamos por ello que su timidez estaba causada por un déficit de alcohol en el cerebro. Las diferencias entre usar los fármacos siguiendo una u otra hipótesis son enormes. Por ejemplo, quien lo haga para *curar* la enfermedad, pensando que está corrigiendo un estado anormal en el cerebro, estará en una posición muy difícil para optar por retirar los fármacos si los resultados no son favorables o el deseo de la persona fuera ese.

Finalmente, sobre el asunto de la causalidad biológica, es muy relevante y clarificadora la explicación de Amaia Vispe (enfermera especialista en salud mental) y José Valdecasas (psiquiatra) en su imprescindible blog “PostPsiquiatría”<sup>9</sup>. En ella, se reflexiona sobre el hecho de que determinar o no como enfermedades ciertas condiciones biológicas o unos comportamientos concretos, es un

---

8. Joanna Moncrieff es profesora en el University College de Londres y es fundadora y presidenta de Critical Psychiatry Network, agrupación de psiquiatras opuesta al modelo biologicista y al ejercicio de la coacción sobre el paciente.

9. Ver enlace <http://postpsiquiatría.blogspot.com/>

acto social y cultural y no científico o propio de las ciencias naturales. Es una sociedad determinada la que decide lo que debe ser considerado enfermedad y por tanto debe ser tratado.

El hecho biológico es objeto de la ciencia natural, pero el acto de definir un hecho biológico como enfermedad o no, es un acto cultural, objeto por tanto de las ciencias sociales.

En este orden de cosas, el razonamiento desde los puestos de la psiquiatría biológica es que, si encuentran la causa genética del TDAH<sup>10</sup> (cosa que no se ha hecho, aunque algunos lo vayan anunciando antes de tiempo) o de cualquier otra enfermedad mental (cosa que tampoco se ha hecho), ello demostraría de hecho la existencia de dicha enfermedad.

Pero este razonamiento es mentira.

Porque encontrar la causa genética de algo no demuestra en absoluto que ese algo sea una enfermedad. Ser pelirrojo implica poseer determinado patrón genético y se hereda de forma clara. Pero ser pelirrojo no es una enfermedad.

El código genético implica una determinada configuración en el organismo humano. A lo mejor, implica un temperamento más exaltado e inquieto, más tendencia a la distraibilidad (por no hablar del sin duda clave papel que la educación del niño y sus circunstancias sociales y familiares juegan en todo ello). Pero si encontramos un gen o varios que determinan ese temperamento, ello en absoluto demuestra que tal temperamento sea una enfermedad, Es nuestra cultura la que escoge que los niños deben estar quietos y atendiendo para no ser considerados enfermos (pero no demasiado, o les consideraremos depresivos). Y para lograr esa socialización, por otra parte imprescindible en el ser humano, se escoge la desresponsabilización de todos: niños, padres, maestros y sanitarios... Mal camino, nos parece” (Vispe y Valdecasas, 8 octubre 2011)

## **El “sospechoso” supuesto mercantilismo del MBH**

La subordinación del paradigma biomédico a la industria químico-farmacéutica y la existencia de un complejo médico empresarial conocido como *Mental Health Medical Industrial Complex* (MHMIC) (Sadler, 2013) ya ha sido de-

---

10. TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

nunciada sistemáticamente desde los años 60 y no solo por orientaciones más sociales de la salud, sino por los propios académicos defensores del modelo biomédico (Menéndez, 2020).

Esta presencia tan poderosa de los intereses empresariales en el ámbito de nuestra salud asusta porque, a la luz de algunas informaciones, resulta difícil no sospechar que los intereses comerciales estén por encima del interés genuino por la salud y el bienestar de las poblaciones. Se ha conocido, por ejemplo, el diseño e implementación en Japón de campañas orientadas a introducir en la cultura del país el concepto de depresión para luego poder vender los ISRS<sup>11</sup>. Otro buen ejemplo de estos intereses comerciales son los intentos de abrir mercado entre los jóvenes, sin base científica alguna, para los antipsicóticos atípicos o el desarrollo de nuevos fármacos para niños y adultos de algo que, como el TDAH, sigue sin tener ninguna evidencia objetiva de existencia (Mármol y col., 2018).

Además, existen buenas razones para tener dudas razonadas sobre la calidad de la investigación que sustenta a muchos de los psicofármacos que luego se prescriben. Dudosas metodologías, escasa independencia de las agencias estatales de medicamentos, relevancia clínica mínima de los resultados, y escasa atención a los efectos adversos son algunas de las objeciones conocidas (Vispe y Valdecasas, 2008, p. 232) que, en muchos casos, han supuesto sanciones económicas y condenas muy importantes en diferentes países a la industria y a sus directivos (Vispe y Valdecasas, 2018).

## **La dependencia y cronicidad que genera el MBH**

Además de la dudosa eficacia de los psicofármacos debemos considerar los efectos a largo plazo de los tratamientos. Si realmente se hubieran descubierto los fármacos que resuelven los sufrimientos de las supuestas enfermedades mentales, sería lógico pensar que no estuvieran aumentando como lo están haciendo, ni debería de ir en alza el número de personas que, siguiendo tratamientos a largo plazo, se suman a las crecientes listas de personas con discapacidad permanente

---

11. ISRS: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia

y dependientes por algún trastorno mental (Whitaker, 2015:15). España, por ejemplo, es un buen ejemplo de esta incoherencia. A la vez que es el país del mundo que más psicofármacos consume (JIFE<sup>12</sup>, 2020), las enfermedades mentales son la segunda causa de discapacidad (solo por detrás de las enfermedades osteoarticulares como la artrosis) (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

Los psicofármacos se muestran poco eficaces a la hora de obtener la remisión sintomatológica y menos aún la recuperación. Dado que, además, todos ellos pueden producir daños graves, la investigación actual no deja claro, incluso tras varias décadas de uso masivo, el balance riesgo/beneficio a largo plazo de los más habituales, sean antipsicóticos, antidepresivos o estimulantes (Mármol y col, 2018, p.174).

La relación entre consumo de fármacos a largo plazo, escasa recuperación y alto riesgo es hoy día bien conocida e implica un debate técnico y ético permanente para las profesionales que pueden prescribir los fármacos y una cuestión central y vital para quien debe tomarlos o no. Efectivamente, la cronicidad y la dependencia de los fármacos y del sistema no es la única forma en la que los tratamientos farmacológicos a largo plazo pueden robar la vida a quienes los siguen: también contribuye a ello la ganancia de peso, el sueño y cansancio constante, el embotamiento, la alteración de la vida sexual..., que generan, en mayor o menor medida, en prácticamente todos los casos.

Muy frecuentemente las personas abandonan sus tratamientos o los alteran significativamente sin contar con criterios técnicos y ayuda profesional que permita afrontar de forma segura la discontinuidad de los fármacos (Fernández y Fernández 2021). Que la deprescripción de fármacos sea una realidad frecuente en los servicios públicos de salud mental es necesario no solo por justicia y respeto a los derechos de quienes los toman. También, en muchos casos, la nula efectividad de los fármacos obliga a la deprescripción para evitar los daños a corto y largo plazo. Y, en tercer lugar, porque, afortunadamente existen estudios (Bergström y col, 2018 y Wunderink y col., 2013) que apuntan a que las recuperaciones a largo plazo se obtienen con dosis bajas y discontinuidad de los fármacos, antes que con dosis altas y sin *descansos*.

Finalmente, evitar recaídas a toda costa con sobremedicación es una estrategia basada en la infundada falta de esperanza en la recuperación e impide que las

---

12. JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

personas puedan generar algún tipo de estrategia y recurso psicosocial ante las experiencias difíciles (psicóticas, por ejemplo) que les permitan enfrentarlas y/o superarlas al medio y largo plazo.

Al embotar las capacidades mentales de los individuos, los tratamientos farmacológicos comprometerían la capacidad del sujeto psicótico para construir sus propias defensas contra la experiencia de la locura.

Una vez que vemos la psicosis como un trabajo que requiere construcción y creación, hay un riesgo grave y real de que el uso de fármacos a largo plazo lo ponga en peligro de forma irreparable. Y de hecho, algunos estudios han puesto de manifiesto un declive progresivo en la mejoría de los pacientes durante los últimos cuarenta años más o menos, como si la narcotización de la psique del paciente bloqueara la producción de procesos de estabilización genuina y duraderos” (Leader, 2013, p.42).

## **La deshumanización en la atención que acarrea el MBH**

Cuando se cree que el problema del sufrimiento psíquico está ubicado en el cerebro o depende de otra característica biológica, no resulta extraño que no se invierta tiempo en conocer más a la persona. Las consultas son tan breves, tan poco frecuentes, en lugares tan poco agradables y con un trato tan impersonal que pocas veces llegan a sentirse cuidados y a compartir sus experiencias y emociones.

Y es que justo ahora, cuando la medicina se humaniza y personaliza para adaptar y ajustar al máximo el tratamiento a cada persona y hacerlo más efectivo, en salud mental, paradójicamente, el MBH ajusta las dosis del fármaco pero avanza hacia la despersonalización. Y no le importa renunciar a lo que realmente es terapéutico y sanador cuando hablamos de emociones: la relación entre personas. Favorecido por el MBH, las consultas actuales públicas de salud mental son mayoritariamente espacios donde se prescriben fármacos, se habla de los efectos secundarios de estos y de cómo solventarlos (generalmente con otros fármacos). Sin contexto, se va hacia una psiquiatría expendedora de fármacos y hacia una psicología clínica que responsabiliza a la paciente de su incompetencia para ser feliz y disfrutar de bienestar en la vida.

## Algunas ideas para pensar modelos alternativos

Se han expuesto razones por las que los diagnósticos psiquiátricos no cumplen con los requisitos mínimos para poder considerarlos como enfermedades y cómo el empeño en ello puede acarrear más problemas que ventajas. Se ha visto que este MBH no logra frenar el aumento de malestares y sufrimientos psíquicos en el mundo, que los tratamientos farmacológicos no son tan efectivos como se anunciaba y que, pese a ello, suelen ser impuestos contra la voluntad de las personas.

Pero, obviamente, lo anterior no significa que se niegue que las personas sufrimos emocionalmente ni que los tratamientos farmacológicos pueden ayudarnos a enfrentar la angustia. Lo que sí significa es que no todo lo que genera dolor, malestar, crisis personal, soledad y confusión sean enfermedades que deban ser tratadas bajo el paradigma biomédico.

Desde que nacemos, hombres y mujeres están orientados a los demás. La subjetividad que nos hace personas se empieza a construir como un producto social desde el momento mismo en que cada madre sabe que va a serlo y empieza a proyectar en ello los anhelos del mundo social y cultural al que pertenece y que, a su vez, la construyó a ella. Se crece asimilando e integrando las experiencias relacionales junto a los procesos neurobiológicos que las acompañan. Y es, en esa organización psíquica, localizada en el cuerpo pero invisible y sin ubicación concreta, donde hay que aprender a buscar las claves del ser humano, de su placer y de su sufrimiento.

Cuando las personas piden ayuda, el mayor error del MBH suele ser reducirlos a sus cuerpos y desatender su subjetividad y complejidad psíquica que los define como sujetos. Lo singular de cada uno/a de nosotros/as resulta habitualmente “cosificado” y reducido a “marcas” superficiales y observables, dignas de atención solo por el mero hecho de ser “infrecuentes” o “anormales” (Castejón, 2022, p. 491).

Cuando en nuestra intervención clínica nos limitamos a eliminar los síntomas –a golpe de pastilla, mediante reconducciones psicológicas o a través de simples consejos– no hacemos otra cosa que dejar a los sujetos más desamparados de lo que estaban. Los devolvemos a la casilla de salida, sin el medio protector que les permitió avanzar en el camino de la curación y la estabilidad.

Todo síntoma tiene un porqué en su origen y en su forma. Tiene un sentido, en definitiva, que no necesitamos tanto interpretar como respetar, a la vez que

atendemos con prudencia a la razón que lo ha conformado, a su contenido y a la relación que mantiene con la historia y las circunstancias de esa persona” (Martín y Colina, 2018, p.15)

Muchas veces no se llegará a comprender el origen del sufrimiento. Pero el respeto a quien sufre como sujeto complejo y biográfico que es (con *bio* de biografía e historia, más que de biología) y a los síntomas que haya podido construir “para enfrentarse y defenderse”, será la mejor compañía y apoyo posible que se le pueda ofrecer en el proceso. Dicho en palabras de Fernando Colina, “se puede dar trato sin tratamiento pero no puede proponerse o iniciarse un tratamiento sin tener en cuenta el trato que se ofrece. El trato es la condición de posibilidad de cualquier tratamiento” (Martín y Colina, 2018, p. 243).

Más allá de teorías y de clasificaciones psicopatológicas con sus etiquetas diagnósticas, el cuidado oportuno, antes que un método o una técnica, será un asunto de *encuentro* entre personas, una cuestión de derechos y de humanidad sensible. Somos seres humanos y nuestra esencia es la capacidad de vincularnos afectivamente por lo que nuestra atención debe nutrirse de intervenciones que faciliten seguridad, amistad, participación, justicia y amor.

Serán otras formas de encontrarse y de comprender el sufrimiento, antes que los contenidos o las actividades las que harán que los encuentros resulten terapéuticos. No hay quirófanos para la salud mental. No son los Centros o Servicios, ni los Programas, ni las intervenciones especializadas o los fármacos los que pueden ayudar a cambiar el curso del sufrimiento humano. Más bien es sobre una forma de estar juntos y de comprender y compartir el sentido de ese encuentro sobre lo que se asienta una posible recuperación.

## **Repensando el trabajo comunitario en salud mental. El programa de microáreas de Trieste**

Sin duda el neoliberalismo hegemónico en los últimos 50 años, ha hecho muy bien su trabajo, fabricando los sujetos ideológicos necesarios para que el sistema social actual se perpetúe (Cucco, 2004). Nuestra subjetividad, construida con los valores sociales capitalistas de la competitividad y el triunfo personal, es esencialmente individualista y asume que la responsabilidad del sufrimiento

es básicamente de cada persona, ya sea por causas de sus características biológicas, ya sea por su conducta y/o falta de competencias. Y es el sujeto actual autosuficiente quien debe superar las dificultades, a ser posible, “por sí misma”, sin contar con los demás.

No hay ninguna referencia en este modelo al instinto de sociabilidad que se ha desarrollado entre los hombres y las mujeres a lo largo del proceso de su evolución como especie y que nos permitido comprobar la fuerza y el placer que otorga el sentimiento de estar unidos. Ha sido la solidaridad humana y la dependencia recíproca lo que ha creado la base de nuestras comunidades y nuestros mayores logros como sociedad (Kropotkin, 2016). Pero se nos ha expropiado la posibilidad de esa comunidad en la que podríamos, de forma solidaria, gestionar nuestras propias vidas para vivirlas con mayor bienestar.

Para desprestigiar “lo comunitario” se ha pretendido identificar con lo subdesarrollado, lo antiguo, lo pobre, lo romántico, lo acientífico.... y se ha enfrentado a la idea de progreso, a la libertad del consumo, a la independencia de todos y de todos.

Cuando los dispositivos de atención salieron del hospital y se ubicaron en la calle para trabajar y atender allí las necesidades de las personas con problemas de salud mental, se encontraron y se encuentran que no existe comunidad. Que no es posible tener la experiencia personal de la ayuda mutua, de pertenecer ni de participar de forma solidaria y de forma espontánea en ninguna comunidad. Y cuando se habla, en nuestro campo de salud mental, de integración comunitaria de las personas en riesgo de exclusión social por su sufrimiento psíquico prolongado, nos enfrentamos a la dura realidad que no existe comunidad en la que puedan integrarse.

Los recursos que trabajan en la comunidad, para llamarse legítimamente comunitarios, deberían estar a disposición de las vecinas y ser sensibles a su realidad. Estando en el mismo territorio, debería resultarles más fácil conocer y atender las necesidades de esas comunidades próximas. Pero es frecuente que los recursos especializados en salud mental que están ubicados en la calle, estén tutelados por el hospital, que sean una extensión suya y que funcionen con la misma lógica que el hospital, la del MBH y el individualismo. Estando ubicados en la comunidad, la mirada de los recursos no deja de ser, de reojo, al hospital y muy pocas veces miran y tratan de atender las necesidades de la gente

del barrio donde se ubican. Y siempre las necesidades son sanitarias o clínicas y las respuestas casi nunca sociales, sino centradas en el hospital y los fármacos.

Casi nunca los recursos en la calle ayudan a que el MBH pueda *relajarse* y ampliar sus historias clínicas con los detalles biográficos de las personas. Salvo honrosísimas excepciones, no existe en las redes asistenciales occidentales, que se llaman comunitarias, algún intento organizado de implicar a lo social en la comprensión clínica del sufrimiento psíquico.

Merece mucho la pena escuchar de Franco Rotelli, psiquiatra e íntimo colaborador de Franco Basaglia, explicar la forma en que se abordó (y se sigue haciendo) en Trieste (Italia) el cierre de su Hospital Psiquiátrico y su sustitución por un Sistema de Servicios Territoriales de Salud Mental. Rotelli diseñó, en 2005, los Distritos SocioSanitarios como conexión de los servicios sanitarios y sociales, buscando promover la salud más allá de lo sanitario. Y dentro de los Distritos, creó el Programa de Microáreas, como forma de cuidado integral de los ciudadanos, contando con ellos para realizarlo.

El Programa que interviene en pequeños territorios de entre 500 y 2000 habitantes es, en palabras de Rotelli, como un ‘pez piloto’: conecta espacios ‘sin muros’, de uso común, abiertos a dinámicas de autogestión, con un saber técnico, sociosanitario, puesto a disposición de las necesidades de los usuarios, a partir de la complejidad misma de su vida, de la vida de cada uno y de los barrios en los que se insertan las microáreas. La intención es forzar la práctica biomédica y experimentar cómo se conecta la responsabilidad institucional hacia la vulnerabilidad con la vida cotidiana de la ciudad” (Colectivo Entrar Afuera<sup>13</sup>, 2018, p.129)

Franco Rotelli<sup>14</sup>: “La cuestión es la siguiente: hemos logrado montar una organización con sensibilidad para registrar las necesidades, para diseminar aquí y allá antenas, para crear redes, de un modo aún no todo lo generalizado que se debería, si se quiere, pero ¿vamos por un buen camino? Me parece que las narraciones permiten entrever que los servicios no se quedan mirando desde fuera, sino que

---

13. El Colectivo Entrar Afuera (Madrid, abril de 2017) es un colectivo de investigación formado por Marta Pérez, Francesco Salvini, Irene Rodríguez y Marta Malo. Véase: <http://entrafuera.net>

14. Fragmento literal de una entrevista denominada “Servicios que entrelazan historias” realizada a Franco Rotelli por Giovana Gallio que aparece transcrita en la obra de 2018, “Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida”, editado por Cristina Vega Solís, Raquel Martínez Buján y Myriam Paredes Chauca.

se constituyen como mirada interna hasta hacerse parte de la historia de los sujetos; entran dentro de las historias hasta constituir los fragmentos de sujeto y de subjetividad que se desprenden de los relatos. Los servicios cumplen con su labor o, por lo menos, me parece que las historias demuestran que los servicios están haciendo su trabajo, que es el de pasar de la medicina de la muerte a la medicina de la vida, de una medicina naturalizada a una medicina subjetivizada. Consciente del cuerpo biológico, pero consciente también del hecho de que, cuando se habla de enfermedad, estamos hablando en realidad de un artefacto institucional, de una construcción que es a un tiempo cultural y social, resultado y producto de muchas variables” (Vega, Martínez y Paredes, 2018, p. 130).

La comunidad que nos salva y nos protege no existe. Más bien, en la mayoría de los casos y fruto en buena parte de una ideología individualista y competitiva, las comunidades que existen resultan agresivas y excluyentes. El trabajo comunitario debe orientarse a construir espacios donde las relaciones entre las personas sean de respeto y de justicia, de aceptación y validación de las experiencias inusuales, de afecto y cuidado mutuo. Esos espacios y los grupos de personas que los ocupen serán espacios de salud (*terapéuticos*, en términos clínicos) capaces de generar nuevas subjetividades, conscientes y conocedoras del origen de su sufrimiento.

## **Repensando los espacios asistenciales**

Algunos *tratos* esencialmente humanos no son posibles en muchos de los espacios asistenciales organizados según los criterios y enfoques del MBH. Ser empático, escuchar, respetar el ritmo del otro y tomarse el tiempo necesario para dialogar y comprender es un lujo inalcanzable en muchas sesiones que pretenden ser terapéuticas. Y los profesionales se desesperan por ello y salen agotados de sus jornadas de trabajo.

Pero los más perjudicados son las personas que acuden a estos lugares buscando ayuda. Quien fue víctima de algún tipo de abuso (y muy frecuentemente los pacientes psiquiátricos lo han sido), pueden verse retraumatizadas si son, de nuevo, abusadas y deshumanizadas (Elliott, 2005). Y la situación vivida para que esto ocurra no tiene que ser muy aparatosa o llamativa como lo son los ingresos involuntarios, los tratamientos forzosos o sufrir sujeciones mecánicas. Lo que se conoce

como *coerción blanda* es una forma de control y abuso más sutil y frecuente pero igualmente dañina (Alonso, 2019) y capaz de retraumatizar a quienes la soportan.

... los usuarios de los pisos supervisados están hipervigilados, con menos libertad. Tienen que ser buenos a la hora de hacer la cama, la comida, cumplir horarios... Con los usuarios que viven en sus casas no nos vamos a meter en esas cosas como a qué hora se ducha. (Alonso, 2019)

Este tipo de coerción que suele darse en dispositivos residenciales y que tiene que ver más con objetivos de control social que con el cuidado genuino, son posibles porque se fundamentan e inspiran en *modelos de déficits e incapacidad* y porque quienes la aplican suelen depender del hospital, bien administrativamente bien en la organización jerárquica asistencial.

Frecuentemente, las propias cuidadoras de estas residencias dejan constancia amarga de algunas de estas formas de controlar a las personas y de ordenar sus vidas, de generarles sentimientos de incapacidad propios de quien padece una enfermedad incurable:

... [tienes la] sensación de trabajar en un entorno en el que a menudo se imponen normas innecesarias, más intensas cuanto más tiempo pasan los usuarios/as en el dispositivo, creándose dinámicas que infantilizan a los sujetos y cronifican las dificultades por las que teóricamente han sido derivados a esos recursos (Carmona, 2016).

Pero, hay alternativas. Nunca han dejado de existir y cada vez son más y se abren paso entre la coacción y el control, gracias a sus buenos resultados y, sobre todo, por la satisfacción que expresan quienes los utilizan cuando están en crisis y sufriendo.

Estas alternativas se asientan en modelos relacionales que conocen la causalidad que existe entre la experiencia de las personas, muchas veces traumática y su sufrimiento y diagnóstico psiquiátrico actual. En ellas se prima la empatía, la confianza, la esperanza, el apoyo mutuo y la atención a las necesidades concretas de la vida, frente al ataque a toda costa al síntoma. Sus trabajadoras utilizan el *acompañamiento* y *el trato* como forma no autoritaria de estar presentes y disponibles. Reconocen el carácter de expertas en su propia experiencia de las personas que sufren y son muchas las que habiendo tenido experiencias de sufrimiento psíquico, ahora prestan su apoyo en esos recursos de atención en crisis a quienes lo están pasando mal (*peers*). En todos estos lugares se confía

en que las cosas pueden ir a mejor, se orientan al futuro y a la resolución de los problemas concretos para vivir.

Las experiencias de Drayton Park en Londres<sup>15</sup>, una casa de crisis para mujeres, (González y Alonso, 2018) y del Proyecto Parachute en Nueva York<sup>16</sup> (Primeravocal.org, 2014) son magníficos ejemplos (cuya lectura se recomienda en los enlaces web facilitados) de cómo se puede pensar y actuar de forma alternativa a la hospitalización cuando las personas sufren crisis emocionales como la que tan bien se describe en la siguiente cita:

Piensa en la última vez que tuviste un día realmente malo. Uno que incluso ahora tiembles al recordar, un día caracterizado quizás por la tristeza, el enfado o la pérdida. O incluso por el dolor físico. Un día en el que te alegraste de que llegara su fin, que dejó una marca en ti de alguna manera, y que esperas que nunca se repita. Imagina que ese día también involucró a agentes de policía en tu casa, esposas, pasar horas contenido en una habitación caótica de un hospital, ser llevado a una unidad hospitalaria levemente menos caótica y una gran dosis de fármacos tranquilizantes: un día marcado por una profunda pérdida de control, dignidad y respeto (Primeravocal.org)

Experiencia que, más que ayudar a la recuperación, facilitan el inicio (o el perfeccionamiento) en una carrera de *paciente profesional*. Muy pocas oportunidades tienen los profesionales que trabajan en esos espacios hospitalarios de poner algo de humanidad en la atención y el trato que ofrecen. Contextos que cosifican para no tener que comprender, contextos que persiguen la sedación que facilita la medicación.

## **La necesidad de optar**

Hoy día, trabajar en salud mental supone moverse en un terreno muy resbaladizo y no es fácil para las profesionales resistir la presión de tanta incertidumbre. Pero es bastante peor para quienes suelen ubicarse al otro lado de la mesa

---

15. Ampliar información en: Drayton Park, una casa de crisis para mujeres alternativa a la hospitalización | Asociación Madrileña de Salud Mental (amsm.es)

16. Ampliar información en: <https://primeravocal.org/convirtiendonos-en-servicios-y-sistemas-centrados-en-la-persona-y-orientados-a-la-recuperacion-proyecto-parachute-nueva-york-un-nuevo-enfoque-para-personas-que-experimentan-crisis-psiquiátricas/>

cuando piden ayuda. Existe demasiada evidencia de que los procedimientos estandar del MBH son claramente mejorables y además resultan coercitivos demasiadas veces.

Se resumen, siguiendo a Martín y Colina (2018: 243) algunas de las disyuntivas actuales de la salud mental y, en concreto, los marcos en los que, a diario, el profesional debe optar cuando se sienta con sus pacientes.

## Curar o Desalinear

El modelo que explica el sufrimiento como fruto de una enfermedad se plantea curar, acabar con el defecto o anomalía y devolver a la persona al estado sano previo. El modelo que busca desalienar quiere, sin embargo, ayudar a la persona a emanciparse y a tomar el control sobre su vida y su tratamiento frente a las limitaciones de sus propios síntomas, ante la intolerancia de la sociedad y la incompreensión y autoritarismo de algunas profesionales.

## Síntomas o Necesidades

Se trata aquí de valorar si debemos centrarnos en los síntomas que tanto llaman la atención pero no siempre suponen el mayor problema de la persona o en sus necesidades de vivienda, de trabajo o de amistad. El MBH no entiende que una persona delirante pueda vivir con autonomía en comunidad y sin que ello suponga ningún riesgo para nadie. De forma que hasta que la persona no esté curada, sin síntomas, no pueden plantearse otros problemas y necesidades de su vida. Todo queda condicionado a la evolución de los síntomas.

## Somático o Psíquico

Biología o biografía. Nos explicamos el sufrimiento bien por el cuerpo bien por la cultura y la experiencia del sujeto. Martín y Colina nos recuerdan que esta disyuntiva clásica se resuelve siempre del lado del cuerpo cuanto más compleja es la situación de la persona y no somos capaces ni de acercarnos a comprender *qué le pasa*. En ese caso, optamos por tratar *lo que tiene*.

## Terapia como remedio o mediador

Considerar que los fármacos, merced a una acción física directa, son la solución a la enfermedad que padece la persona o que solo (y no es poca cosa) le tranquilizan y ayudan a calmar su angustia para luego abordar su situación con estrategias más elaboradas y de corte psicoterapéutico, es una diferencia fundamental. En el primero de los casos, los psicofármacos deben ser imprescindibles y en ningún caso pueden faltar. Independientemente de la voluntad de la persona a la que se le prescriben y de los efectos que le produzcan. Lo que nos lleva a situaciones inhumanas y atentatorias contra los derechos. Se medica contra la voluntad de la persona de forma sistemática y continuada, aunque se encuentre perfectamente consciente y orientado respecto a la realidad y aunque los efectos terapéuticos brillen por su ausencia.

## Evitar o entender las crisis

Como se expuso arriba, son muchas las formas de abordar y de ayudar a superar las crisis. Los contextos sanitarios y de urgencias hospitalarias no ayudan a superarlas de una forma constructiva y humana. Sin romantizarlas ni defender que haya que dejar a la persona a su suerte cuando experimenta una crisis, tampoco debe valorarse la gravedad de todas las crisis por igual. Algunas no tienen porqué suponer un empeoramiento o *recaída* del problema de salud mental y pueden ser la puerta a cambios positivos en la organización personal, laboral y familiar de la persona. Lo que debemos es saber cómo valorar y atender la crisis. Y aprender a relacionarnos con personas excitadas, agitadas y enfadadas. Algo que resultará más fácil cuanto mejor relación tengamos con esa persona.

Por otra parte, prevenir las crisis a toda costa a base de la medicalización crónica y de reducir la exposición a situaciones vitales potencialmente estresantes, no solo genera efectos secundarios que acortan la vida de las personas medicadas, sino que les impiden desarrollar estrategias de afrontamiento a las dificultades generales de la vida y a las concretas de su propia experiencia de sufrimiento.

## Psicoeducar o acompañar

Facilitar a las personas el acceso a la información que puede darles el control sobre su cuerpo y su vida es sin duda algo loable. No lo es tanto falsear la información disponible para hacerles creer que su sufrimiento es debido a un desequilibrio bioquímico que debe corregirse necesariamente con la medicación que el MBH prescribe. Psicoeducar de esa manera tiene mucho de adoctrinamiento del diferente y de normalización y mantenimiento del orden social.

La idea de acompañar incorpora la perspectiva prioritaria de la subjetividad de la persona según la cual debería llegar a tener conciencia de si mismo antes que de la enfermedad que le hubieran diagnosticado. Acompañar no supone enseñar nada y consiste, como dicen Martín y Colina,

...fundamentalmente, en no estorbar, asistir a las defensas del sujeto y ayudarle a reconocer las partes de si mismo que debe calibrar para regular su angustia... ser su cómplice por un tiempo, pues no es más que alguien que está solo y perdido en un mundo que a veces no significa nada y, otras, significa demasiado (Martín y Colina, 2018, p. 248).

Opciones que ayudan a construir nuevos modelos alternativos al MBH, a su explicación tautológica del sufrimiento y a su tratamiento farmacológico *a toda costa*. Opciones que más bien pretenden *encontrarse* con la subjetividad del sujeto para calmarle y poder explorar, con el respeto y la prudencia debida, las posibilidades y formas en que poder resultarle útil. Enfoques que estudian esa forma en que las experiencias traumáticas

## Referencias bibliográficas

- Alonso, M. (18 enero 2019) Una rehabilitación psicosocial crítica es posible 30 años después. AMSM. <https://amsm.es/2019/01/18/>
- Campos, P. E., & Alejandro, C. S. El modelo biomédico de la salud mental en Psiquiatría. Una revisión crítica de sus implicaciones filosóficas, éticas y sociales. UNED. Accesible 20-09-2022 en [www.academia.edu](http://www.academia.edu)

- Carmona, M. y otros (noviembre 2016). Luces y sombras en Rehabilitación Psicosocial. Boletín Digital de la AEN. <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/11/AEN-Boletin-NOVIEMBRE.pdf>
- Castejón, M. A. (2022) Las personas con sufrimiento y malestar psíquico víctimas de un modelo biomédico hegemónico en M<sup>a</sup> Elena Nieto-Cabrera y Concepción Nieto-Morales (coordinadoras) Víctimas sociales y víctimas de delitos. Madrid. Dykinson eBook
- Cucco, M. (2004, septiembre). Capitalismo, relaciones sociales y vida cotidiana. La formación del sujeto que somos. Madrid: Centro Marie Langer. / [www.procc.org](http://www.procc.org)
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020) Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe.
- Elliott, D. & Bjelajac, P. & Falloot, R.; Markoff, L. & Reed, Beth Glover. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*. 33. 461-477. 10.1002/jcop.20063.
- Fernández, P. y Fernández A. (2 marzo 2022) Por qué la deprescripción de psicofármacos debería ser una prestación de los SSM. *AMSM*. <https://amsm.es/2022/03/02/por-que-la-deprescripcion-de-psicofarmacos-deberia-ser-una-prestacion-de-los-ssm-boletin-n48-invierno-2021/>
- Fernández Liria, A. (28 de julio de 2022). El fiasco de la psiquiatría “biológica”. *CTXT* <https://ctxt.es/es/20220701/Firmas/40333/salud-mental-psiquiatria-biologismo-antidepresivos-alberto-fernandez-liria.htm>
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980) *Mental Illness in the Community: The pathway to psychiatric care*. Londres. Routledge
- González, B y Alonso, M (5 julio 2018). Drayton Park, una casa de crisis para mujeres alternativa a la hospitalización. *AMSM*. <https://amsm.es/2018/07/05/drayton-park-una-casa-de-crisis-para-mujeres-alternativa-a-la-hospitalizacion/>
- Harrison, G. et al. (2001). Recovery from psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*. 178: 506-17
- Informe Defensor del Pueblo sobre Atención Psicológica en España (2020). Defensor del Pueblo. Accesible 27-03-2022 en: <https://www.defensordelpueblo.es/>

resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/

Informe Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE (2020). Naciones Unidas. Accesible 27-03-2022 en: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual\\_Report/Spanish\\_ebook\\_AR2019.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Spanish_ebook_AR2019.pdf)

Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental (2018). Confederación Salud Mental España. Accesible 27-03-2022 en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2018.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2019). Nota de Prensa. Accesible 20-09-2022: <https://consaludmental.org/sala-prensa/tasa-empleo-salud-mental-disminuye-2019/>

Kropotkin, P. (2016) El apoyo mutuo. Un factor de evolución. Logroño: Pepitas de calabaza.

Leader, D (2013) ¿Qué es la locura? Madrid: Sexto Piso

Mármol, A., Inchauspe, J. & Valverde, M. (2018). Hacia una farmacoterapia razonada. Pag: 172. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol.38 nº.133. Madrid

Medrano, J (2012) Las bodas de diamante de la clorpromazina. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (116), 851-866.

Menéndez Spina, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos (Comp.), La antropología médica en México (tomo 2, 9-24). México. Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva. Vol.16:e2615.. Buenos Aires. Argentina. Universidad Nacional de Lanús. pp1-25

Moncrieff, J. (2013) Hablando claro. Barcelona: Herder

Ortiz Lobo, A. (2013). Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. Madrid. España. Editorial Grupo 5.

OMS (20 septiembre 2022). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

- OMS (20 septiembre 2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Primera Vocal.org (11 diciembre 2012) Convirtiéndonos en servicios y sistemas centrados en la persona y orientados a la recuperación. Proyecto Parachute Nueva York: un nuevo enfoque para personas que experimentan crisis psiquiátricas. *Primera Vocal.org*. <https://primeravocal.org/convirtiendonos-en-servicios-y-sistemas-centrados-en-la-persona-y-orientados-a-la-recuperacion-proyecto-parachute-nueva-york-un-nuevo-enfoque-para-personas-que-experimentan-crisis-psiquiatricas/>
- Read , J.; Mosher, L. & Bentall, R. (2006) Modelos de locura. Barcelona: Herder
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Sadler, J. Z. (2013). Considering the economy of DSM alternatives. In J. Paris & J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5: Concepts and controversies* (pp. 21-38). Springer Science + Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1_2)
- San Fernando TV (7 septiembre 2018), Entrevista a Dr. David Tejada de Rivero [video] Youtube.<https://www.youtube.com/watch?v=IAztiUUE4bM&t=3s>
- Sanmartín A., Ballesteros, J. C., Calderón, D. y Kuric, S. (2022). Barómetro Juvenil 2021. Salud y bienestar: Informe Sintético de Resultados. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.6340841
- Solnit, R. (2019) Un paraíso en el infierno. Las extraordinarias comunidades que surgen en el desastre. Madrid: Capitán Swing.
- Tejada de Rivero, D. (2013) Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):283-7.
- Vega, C.; Martínez, R. & Paredes, M. (2018). Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida. Madrid: Traficantes de sueños.
- Vispe, A. y Valdecasas, J. (8 octubre de 2011). Genética y enfermedad mental: una relación no tan clara Postpsiquiatría: <http://postpsiquiatria.blogspot.com/2011/10/>

Whitaker, R. (2015). Anatomía de una epidemia. Madrid: Capitán Swing. pp 51-59.

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). Desigualdad, Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Madrid: Turner Publications,

OMS (20 septiembre 2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

# **04**

## **Violencia (post) colonial, trastornos psíquicos y síndromes "misteriosos". Notas para una psiquiatría decolonial**

---

**Roberto Beneduce**  
**Simona Taliani**  
Università di Torino

*Es muy raro –dijo Melecio de la Vega– muy raro  
que la Autoridad nos regale tantas atenciones.  
No seas desconfiado –dijo el Personero [...]–  
Quizá no haya necesidad de violencia.  
Manuel Scorza, Redoble por Rancas*

Saiba Varma habló recientemente de una “epidemia de trauma” en un trabajo en el que la autora rastrea la historia de Cachemira en los últimos treinta años, en medio del alarmante aumento de los trastornos depresivos, disociativos o productores de ansiedad directamente relacionados con la ocupación india militar y colonial (*jabri qabzeh*). La *Clínica Ocupada* (The Occupied Clinic, 2020) es el título del libro que inspiró las primeras reflexiones de esta contribución.

Desde 1993 hasta hoy, argumenta la autora, todo el sistema psiquiátrico ha sido gobernado y apoyado por los mismos actores políticos y militares que oprimen al pueblo cachemir, impidiendo su derecho a la autodeterminación y generando una profunda sensación de incertidumbre. La única garantía hoy parece ser “la certeza de la incertidumbre”, acompañada de un sentimiento generalizado de confusión que hace decir que “nadie está sano en Cachemira” (*no one is healthy in Kashmir*).

Uno de los pasajes más cercanos a la tesis que sustentaremos en este capítulo es aquel en el que se analizan las palabras para nombrar este estado de cosas, el lenguaje en el que *se guardan y se piensan* las experiencias de dolor e incertidumbre. De hecho, los cachemires no hablan de “trauma”, sino que utilizan términos como “atmósfera” (*mahaul*) o “situación” (*hālāt*), que, por un lado, hacen imposible ubicar el trauma solo dentro del espacio privado, o rastrearlo hasta un solo evento y, por otro, arraigan su significado en un *entorno traumático*, a lo largo de las superficies de contacto entre lo corporal y lo social, entre lo psíquico y lo político: “En este sentido, los cachemires insisten en que una epidemia de trauma no es solo algo relacionado con la crisis de salud pública, sino una crisis política”<sup>1</sup> *tout court*. La autora explora

---

1. “A pesar de los intentos psiquiátricos y humanitarios de localizar el trauma en incidentes específicos, los cachemires entienden la violencia como un evento traumático y un entorno traumático, «la atmósfera que da forma a las capacidades de uno para vincularse al mundo»” (Varma, 2020, p. 29). La referencia aquí es a una entrevista con Lauren Berlant. En estas páginas, el texto de Saiba Varma retoma extensamente citas extraídas de la obra de Frantz Fanon, recordando la situación colonial en Argelia.

en sus detalles más cotidianos e invisibles el ambiente de humillación y violencia cotidiana que compromete la capacidad y voluntad del ser humano para vincularse al mundo. Pero entonces, se pregunta Varma, ¿cuál es el verdadero significado de este creciente interés por el “trauma” y la salud mental por parte de un Estado cuyas prácticas se han inspirado durante mucho tiempo en el modelo colonial y reproducen su violencia? ¿De dónde viene la atención del Estado por la condición psíquica de quienes oprime, humilla, deshumaniza? Y, sobre todo, ¿cómo puede un Estado colonial utilizar la noción de trauma (y el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático –TEPT–) para despolitizar el sufrimiento psíquico y debilitar aún más (*kamzor*) a la población que vive bajo su dominación?<sup>2</sup>

Son preguntas que parecen dialogar con las reflexiones de Frantz Fanon en su carta de renuncia al hospital de Blida-Joinville, cuando –escribiendo al Ministro Residente– afirmaba la imposibilidad de la psiquiatría de curar el sufrimiento psíquico en un contexto marcado por la mentira, violencia y desprecio: donde la deshumanización era la regla.<sup>3</sup>

La reflexión de Varma se une al análisis de quienes han descrito el clima apocalíptico característico de la colonia (abusos cotidianos, humillaciones, violaciones, violencia), del Congo a Argelia, de Kenia a Mozambique hasta Palestina, y se refiere a un tema decisivo que ha encontrado desde hace algunos años un vasto eco en la antropología crítica de la violencia y la enfermedad mental. Lo que también pretenden sugerir autores de distintas orientaciones teóricas es la necesidad de

---

2. Otro significado de *kamzor* según Varma es “acostumbrado”, pero también “endurecido” e “insensible” (*inured* en inglés). Podría intentarse un paralelismo entre este término y la noción árabe de *sumud*, “perseverancia”, analizada por Samah Jabr en el contexto palestino, como forma de resistencia a la ocupación israelí y al mismo tiempo de sobrellevar la situación opresiva de control y despojo que ésta ejerce sobre la población palestina. Esta noción parece hacer eco de lo que emerge en la respuesta de uno de los sujetos entrevistados por Galzar Mufti, el autor del libro *Kashmir: In Sickness and in Health* citado por Varma. De hecho, un taxista le declara a Mufti que “hacer frente a la opresión (*zulm*)” requiere la “capacidad de olvidar las humillaciones y los traumas cotidianos” (ivi, p. 74).

3. “Si la psiquiatría es la técnica médica que se propone permitir al hombre no ser un extraño en su medio, debo afirmar que el árabe, enajenado permanente en su país, vive en un estado de despersonalización absoluta. ¿El Estatuto de Argelia? Una deshumanización sistemática” (Fanon, 1964 [1957], p. 59; cursivas agregadas). De hecho, Varma conversa en más de un pasaje con Frantz Fanon.

explorar los términos que utilizan los lenguajes y saberes locales para nombrar experiencias de violencia, terror y sometimiento, exploración que constituye la única estrategia para contrarrestar la hegemonía de las categorías de la psiquiatría occidental: sólo otra forma de colonización, epistemológica y psíquica, como sugiere Jan Hacking (1995) en referencia a los trastornos de trance y posesión.

Las categorías de “situación”, de “atmósfera”, tomadas de la etnografía realizada por Varma en Cachemira, se acercan a la noción de “estructuras de sentimiento”, propuesta hace varios años por Raymond Williams (1977) para señalar una forma de experiencia que no es estructurada ni atribuible a una determinada forma de ideología o “visión del mundo”, y que a la vez no es “sentido” o “pensado” sino los dos juntos, expresando una forma de “conciencia práctica” (“no sentir contra el pensamiento, sino pensamiento como sentido y sentimiento como pensamiento: conciencia práctica de tipo presente, en una continuidad viva e interrelacionada,” Williams, 1977, p. 132)<sup>4</sup>. Así definida, la noción de “estructura del sentimiento” nos permite captar un tipo de experiencia que atraviesa generaciones y épocas, y en la intención del autor esta noción nos permite pensar sobre todo en los temas del arte y la estética, o “formaciones semánticas” particulares al servicio de una sociología del conocimiento, e ilumina de manera original otros tipos de experiencia: las marcadas por el sufrimiento o la inquietud, por ejemplo, las que se expresan en forma de síntomas, y que de la misma manera son difíciles de localizar o traducir a una forma específica de ideología.

Esta perspectiva fue propuesta por Eng y Han (2019) para interpretar la condición depresiva y la alta tasa de suicidios en la población inmigrante asiática en los Estados Unidos, con el objetivo de despatologizar lo que muchos se inclinarían a ver como nada más que la expresión de un trastorno psiquiátrico, sujeto de un diagnóstico bien definido y propio de una minoría.

Recurriendo a la noción de “estructuras de sentimiento” y, paralelamente, a la de “melancolía racial”, los autores interpretan esta condición no en términos individuales o patológicos sino como una experiencia colectiva: como *un índice de identificación racial* útil para comprender “the historical processes of immigration, assimilation, and racialization underpinning the formation of Asian American subjectivity” (Eng y Han, 2019, p. 35). En su obra, la melancolía se

---

4. Rita Laura Segato habla de “psicología práctica” refiriéndose a las estrategias de las poblaciones afrodescendientes en Brasil.

convierte en una categoría eficaz para captar el sentido de este proceso complejo en la minoría asiática: de sus pruebas y fracturas, de la fragilidad de la experiencia privada que determina (“¿cómo se siente ser la solución?”, preguntan los autores, pensando en la imagen de éxito económico que domina la representación de los inmigrantes asiáticos en Estados Unidos e invirtiendo el famoso adagio de William du Bois cuando –refiriéndose a la experiencia de los afroamericanos en una sociedad racista como la estadounidense– preguntaba a principios del siglo pasado: “¿cómo se siente ser el problema?”). La minoría asiática en Estados Unidos (coreanos, vietnamitas y chinos en particular) saben que tienen que ser el ejemplo de quienes han escapado de las sociedades comunistas eligiendo los valores y modelos de una sociedad capitalista y libre: es ese destino que parecen rechazar a través del profundo malestar que caracteriza la experiencia cotidiana, el repliegue en ritmos de trabajo frenéticos sufridos e interiorizados como modelo ético, la caída finalmente en la crisis melancólica o en el suicidio.

La melancolía expresaría entonces mucho más que un síntoma: es más bien el trazo tenaz de una integración nunca realizada, la negativa a dejarse definir por la única dimensión del éxito económico y el fracaso de la asimilación de una minoría.

En Estados Unidos, Sara Clarke Kaplan (2007) también ha considerado el significado de la melancolía, pero en referencia a la población afrodescendiente y desde una perspectiva diferente, pensando en particular en el cuerpo femenino y la maternidad de las mujeres negras. Kaplan argumenta que lo que emerge en la diáspora son “estructuras de sentimientos no resueltos”. Si los “sujetos racializados”, escribe la autora, se vuelven obstinadamente hacia su pasado –y esto porque no tienen ni la intención de olvidarlo ni la posibilidad de escapar de él– es para hacer un uso político del sentimiento melancólico, negándose a aceptar el pasado que tuvieron que soportar como resuelto y elaborado: un mal pasado que no fue elegido, diría Ernesto de Martino (1995). En otras palabras, la melancolía es algo que “transforma el dolor del duelo en la articulación de agravios que atraviesan continentes y tiempos” (Clarke Kaplan, 2007, p. 513). Estas “recriminaciones”, estas “quejas” (pero agravios también son “rencores”) se transmiten de generación en generación contribuyendo así a la formación de identidades-en-separación y a la expresión de una protesta dentro y contra el Estado-nación blanco, contra la su violencia y sus mentiras. Más allá de los límites clínicos del duelo patológico investigados por Freud, la melancolía racial se convierte en un sentimiento político.

Estas sugerentes hipótesis son las propuestas por Varma, Kaplan o Eng y Han, que consideramos decisivas para comprender muchos de esos síntomas y trastornos inclasificables e igualmente “inconsolables” que observamos hoy en la población inmigrante en Europa (pero no sólo allí). La reflexión de Kaplan añade un elemento más, precioso para leer la experiencia históricamente determinada de un tiempo que oscila entre una historia desposeída y un futuro que, según Fanon, ahora estaba “hipotecado.” Karima Lazali, (2021), más recientemente, utiliza el particularmente elocuente término de “tachado”. En el caso argelino, en particular, para captar las raíces de este sentimiento es necesario mirar cómo fue la época de la colonización y lo que siguió: desde el engaño original que quiso justificar la invasión hasta la confiscación de tierras, bienes, memorias, desde los traslados forzosos y la cancelación de apellidos y jerarquías hasta el hambre como instrumento de control y dominación, desde la tortura como instrumento de control sistemáticamente practicado por las fuerzas armadas francesas (Alleg, 1958) hasta las más recientes atrocidades de la guerra civil de la década de 1990, capaz de reactivar treinta años después de la independencia todos o casi todos los fantasmas de la identidad, de la traición, de las sombras que acompañaron el nacimiento de la nación. Argelia constituye un paradigma trágico de este teatro de odios y conflictos, expresión de una historia desvelada en la que se suceden desde hace casi dos siglos oleadas de violencia, hipocresía y perversión, cada vez más oscuras. Y si se admite unánimemente que el pasado traumático asedia y acecha al presente, quizás no sea menos cierto su reverso: ¿somos acaso los que asediamos a los que nos han precedido sin permitirles encontrar finalmente la paz? “¿Somos los fantasmas de nuestros fantasmas” (Sarr, 2021)?

El lenguaje funciona en este presente espectral en un vértigo de atribuciones, donde los nombres acaban ocupando cualquier posición, nombrando un gesto y su contrario, aumentando así el terror y la confusión en una sociedad ya envenenada por la sospecha, por la falta de confianza, por la incertidumbre sobre las intenciones del Otro, y donde los viejos pactos de solidaridad tribales y familiares han sido ahora sustituidos por el silencio, la decepción, el secretismo: un archivo corrupto y nervioso donde uno nunca deja de preguntarse qué piensa el prójimo, el hermano, o quiénes son esos que mataron a mis seres queridos. Conocimos en Turín, en el Centro Fanon, a principios de la década de 1990, a un joven argelino que había escapado de las masacres de la guerra civil que supuestamente cobró más

de 30.000 víctimas en pocos años. Sus pesadillas y la angustia que le transmitían sus frases entrecortadas al describir el horror del que había huido se dilataron en una mancha aún más oscura cuando repetía, en un estado casi onírico, que no sabía quién había sido el responsable de la espantosa violencia en su pueblo. ¿La hermandad musulmana? ¿Soldados del ejército? ¿Policía?

En el País Vasco, la extrema violencia de ETA había creado en los años 90 un escenario cercano al que se estaba escribiendo en Argelia. Los hechos de los encapuchados determinaron una experiencia no menos perturbadora, ya que esa violencia, escribe Begoña Aretxaga (2007), tenía un rostro desconocido y conocido a la vez: el de una violencia “perpetrada por un familiar transformado en extranjero” (2007, p. 50). La locura de una época marcada por atentados, asesinatos, vendettas, la irracionalidad de actos que parecían haberse realizado en un estado alterado de conciencia y que muchas veces no eran por casualidad objeto de informes psiquiátricos para determinar la responsabilidad real de quien los cometió, parecían aniquilar todo conocimiento posible, toda interpretación. Sin embargo, Aretxaga rechaza este silencio epistémico y se distancia de un análisis de esa violencia que corre el riesgo de quedar fijada en la rígida oposición entre racionalidad y locura, acto político o gesto irracional.

Esta confusión letal ni siquiera había perdonado la lengua. El término *cipayo*, con el que los separatistas vascos llamaban a las *ertzaintzas* (la policía de la comunidad autónoma española del País Vasco, creada en 1982 y activa en la represión de las acciones y ataques de los separatistas) tiene para nosotros el valor revelador de un signo: *cipayo* era en realidad “el nombre de los soldados de origen indio que servían en el ejército colonial británico (*sipahi*)”, que en aquellos años se convirtió en la palabra para definir a los hombres que se oponían a las acciones de ETA como ‘traidores’ (ivi, p. 55). Análoga aventura ha conocido el término *harki*, que si en la época de la colonia designaba a los colaboradores de los franceses, durante los “años de sangre” (los años de la guerra civil), por un singular giro semiótico, habría sido retomado paradójicamente tanto para designar a los miembros del FIS (algunos de los cuales parece que eran después de todo hijos de lejanos *harki*), como a los habitantes de los pueblos que no se habían puesto del lado de los islamistas, y fueron llamados por estos últimos “estado *harki*” (Lazali, 2021, p. 141). Vértigo semántico, vértigo de la memoria, de la que la violencia parece muchas veces como la sacudida indócil.

En los escenarios que hemos evocado (Cachemira, Palestina, País Vasco, Argelia), nociones como la de “estructuras de sentimientos” o “melancolía racial” constituyen pasajes importantes para la deconstrucción –en el sentido que este término ha asumido dentro de una tradición compleja, de Fanon a Said, de Derrida a Foucault– de categorías como la de TEPT y escudriñan los perfiles colectivos de una condición como la depresión. En este horizonte, se vuelve posible reconocer nuevamente el poder de los modismos locales que dan nombre a sentimientos vinculados a la opresión y la violencia, como ya hemos adelantado, y al mismo tiempo despatologizar experiencias cuyo significado no puede encerrarse en los confines de una categoría diagnóstica simple.

El TEPT es sin duda una de las etiquetas diagnósticas que más ha contribuido a ocultar el significado político del sufrimiento, a partir de una globalización de sus significados, síntomas y causas (Beneduce, 2010, 2016, 2023; Taliani 2011), pero también en otras categorías diagnósticas urge un trabajo similar y superar la sensación de estar frente a formulaciones que sólo nombrarían una condición patológica individualizada en su presunta autonomía nosográfica y etiológica.

Para indagar cómo en el lenguaje médico-psiquiátrico suele operar el singular disfraz de los fenómenos sociales, colectivos, políticos, tomaremos en consideración a continuación algunas categorías diagnósticas en las que la literatura médico-antropológica se ha centrado más en los últimos años, considerándolas casos ejemplares de los límites de un enfoque nosográfico, de clasificación: un enfoque que, en el mismo momento en que identifica y nombra un fenómeno, permanece ciego o mudo frente a lo que ese fenómeno *revela* o al que alude. Nos referimos al “Síndrome de la Resignación”, al “Síndrome del Asentir”, y al caso de las epidemias de transes escolares en África. Pero antes de referirnos a ellos, es útil recorrer un pasaje más de la cuestión del trauma, lo que haremos retomando el trabajo de Zakaria Rhani (2019).

## **La elocuencia del cuerpo, más allá de los “enigmas diagnósticos”**

En nuestra crítica del dispositivo diagnóstico es necesario seguir las trayectorias de una reapropiación del yo a partir de experiencias traumáticas extremas como las de la tortura o de las nominaciones insultantes. También se hace

posible mirar estas condiciones desde una nueva perspectiva a las cuestiones del duelo, la vergüenza, el resentimiento o la melancolía que en estos textos y estos gestos andrajosos toman forma mientras permanecen suspendidos y, se podría agregar, como a la espera de una nueva articulación simbólica y el auténtico reconocimiento social que puedan finalmente devolverles el sentido y el dinamismo necesarios para su transformación.

Quizás el poder secreto de esa acción transformadora reside en lo que Rhani (2019) ha definido, en referencia a la violencia política en Marruecos, como “la ‘energía del superviviente’”. Kawni (seudónimo atribuido por el autor al protagonista de su investigación, y elegido por motivos que pronto serán claros para el lector) es un profesor que inesperadamente se encuentra detenido en Tazmamart<sup>5</sup>, la prisión secreta construida a principios de los años setenta en el sur de Marruecos y se convirtió en un símbolo de la violencia del reinado de Hassan II durante los “Años de Plomo” (1956-1999).

El autor describe en detalle la metamorfosis que logra Kawni recurriendo a una prodigiosa fuerza ejercida sobre sí mismo (pero estaríamos tentados a decir: contra sí mismo, contra su propio cuerpo). Kawni le revela al autor las estrategias que utiliza para sobrevivir de ser enterrado vivo. Kawni, que en árabe significa “yo cósmico”, logra afirmar su vida sacrificando con alegría su cuerpo humano para acceder a otra existencia, una existencia cósmica, de hecho. Kawni llamará a este segundo cuerpo “animalito” (ibíd., p. 196), cuerpo que los demás reclusos todavía recuerdan hoy al describir la escena en la que Kawni sale del “Bloque 2” moviéndose como “un dinosaurio”, o recordando sus maitines youyous, gritados con voz femenina en un ambiente festivo surrealista (ivi, p. 193).

---

5. Kawni le dirá a Rhani en varias ocasiones que ella es una “víctima cien por ciento de la injusticia”. A la edad de veinticuatro años, mientras enseñaba, fue sacado de la escuela donde trabajaba y durante 18 años fue “enterrado vivo” en Tazmamart. Cuando más adelante hablamos de un sacrificio gozoso nos estamos refiriendo a lo que el mismo Rhani argumenta en su obra: “Creo que la experiencia de Kawni [articula] una voluntad, un autosacrificio gozoso, una metamorfosis corporal y una expansión hacia un ego-cosmos, kawni precisamente, en árabe” (Rhani, op. cit., p. 186). A partir de datos oficiales se estima que en Tazmamart murieron 35 personas, aunque Rhani recuerda que durante su visita en 2014 solo pudo ver 33 tumbas sin marcar. De los dos Bloques, cada uno con veintinueve prisioneros, el “Bloque 2” fue en el que las condiciones fueron particularmente duras: solo sobrevivieron cuatro de los 29 prisioneros, incluido el propio Kawni.

Kawni escapa del poder mortal de la detención y la tortura saliendo de su condición humana. Lo suyo se convierte en un acto de transfiguración, pero también en una metamorfosis radical de la experiencia y de la relación entre víctima y victimario: una expansión del Yo y un traspaso de las fronteras que definen los límites de la conducta y los roles, articulando la temporalidad de cada individuo en el mundo<sup>6</sup>. Kawni asegura haber podido acceder a “lo universal” (*El-Kawn*) a través de un proceso de despojo y recomposición, inventando y manipulando lo que, en la oscuridad de una celda, en la conciencia de una muerte siempre posible, siempre cercana, quedaba a su disposición: fragmentos dispersos y contradictorios de memorias culturales, imágenes de tradiciones religiosas lejanas, memorias del saber popular.

Rhani identificará en su vocabulario “ruinas” del sufismo (*khalwa, ishq*), fragmentos del budismo que le legaron aquellos *jnouns* (los espíritus de la tradición musulmana) que vivían en su celda y le prohibían, entre otras cosas, afeitarse la cabeza y barba, prácticas de yoga, relatos de la tradición hindú, fragmentos del Corán... “¿Podemos hablar todavía de un idioma cultural?”, pregunta el autor. “Sí, pero sólo si se tiene en cuenta el ecumenismo cultural de Kawni” (ivi, p. 200). El protagonista de esta dolorosa historia parece invocar al mundo entero, a todas las experiencias místicas que han pretendido trascender la experiencia humana ordinaria para hacer frente a una violencia que ese ser humano nunca deja de pisotear, violar, borrar. El autor señala además: “A pesar de la apariencia de una postura apolítica, todo en la experimentación de Kawni (y en la forma en que yo mismo la he incorporado) es eminentemente política: radicalmente política y revolucionaria” (ivi, p. 189).

La experiencia de la metamorfosis animal, liberada de las letanías de cierta antropología filosófica y cultural dominada hoy por la fascinación del giro ontológico, se revela como un gesto articulado y complejo, donde lo religioso vuelve a ser campo de acción, que nos permite para hablar de una verdadera “zoopolítica” (aquí tomamos prestada, en un sentido ligeramente diferente, la expresión propuesta por Langford, 2013). Estos pasajes sugieren un aspecto más lejano y nada secundario: la etnografía de Rhani, el antropólogo que realiza sus investigaciones sobre la violencia política y el terror de aquellos años, su atroz

---

6. Es difícil no pensar aquí en Darrell Standing, el protagonista de *El vagabundo de las estrellas*, de Jack London.

legado, se va transformando, entrando valientemente en territorios donde se trata de la frontera entre la vida y la muerte, etnografía de los efectos de la tortura practicada en las cárceles estatales, que implica inevitablemente un riesgo<sup>7</sup>.

Las consideraciones del autor también parecen invaluable para cuestionar aquellos contextos donde, de la misma manera, ante la experiencia de rechazo de las propias necesidades radicales de escucha, aceptación y protección, ante la presencia de una amenaza inexorable y sólo próxima, se vislumbra el destino de ser rechazados como solicitantes de asilo y, por lo tanto, devueltos a ese espacio de terror y muerte del que se había huido, el cuerpo experimenta una experiencia similar de crisis, pasividad, retraimiento. El retraimiento de lo catatónico, que fuera de las habitaciones de los hospitales psiquiátricos habíamos visto emerger de nuevo en muchos hijos adolescentes de solicitantes de asilo (en Suecia y en Australia, en particular), ¿no evoca en parte el retraimiento del asceta, del místico que olvida su propio cuerpo y lo abandona, e incluso lo mortifica, tratando de ir más allá de los límites de su condición humana? ¿No es la perspectiva de una fenomenología política nacida aquí (Beneduce, 2011) capaz de iluminar de manera original lo que parecen ser sólo síntomas enigmáticos?

Intentemos desarrollar este tema recordando el rostro de Eva, una adolescente retratada en el momento de su despertar, rodeada de manos que intentaron sostener su frágil cuerpo durante ocho meses<sup>8</sup>. Pero antes de hablar de Eva y recordar la historia de esta joven armenia de quince años rechazada como solicitante de asilo en Suecia y traída de vuelta a Polonia, el primer país de la Unión Europea al que llegó, y donde “despierta” tras ocho meses en estado de coma, miremos por un momento el lugar donde su pedido fue rechazado.

---

7. “Además, la experiencia de Kawni y sus palabras sirven en cierto sentido para iniciar el proceso de volverme menor a mi propia antropología, volverme un extraño a mi propio pensamiento: exiliado, prisionero, sobreviviente, un devenir menor que desterritorializa mis perspectivas antropológicas sobre las dicotomías sagradas. de encierro/libertad, sinrazón/razón, muerte/vida, así como mis propios miedos y angustias sobre las consecuencias sociopolíticas de mi investigación sobre temas sensibles” (Rhani, 2019, p. 189). Este tema tiene una resonancia evidente con otros contextos que –más allá de sus diferencias histórico-políticas y culturales– conocen esta condición de riesgo para quienes sólo se proponen investigar, escuchar, recordar: de Turquía a Colombia, de Egipto a Marruecos.

8. La fotografía que retrata a Eva (o Ewa), tomada por Tomasz Kaczor, se titula *Awakening* y ganó el premio World Press Photo en la categoría “Retratos” en 2020. Cfr. <https://www.worldpressphoto.org/collection/photo/2020/39606/1/Tomek-Kaczor-POY-nominee>

Suecia ha puesto en marcha en los últimos años un laboratorio para repensar algunas patologías desconocidas que han cuestionado (pero más bien podríamos decir: invertido) el conocimiento psiquiátrico. Cientos de niños y adolescentes, hijos de solicitantes de asilo, han sido diagnosticados desde principios de la década de 2000 con un nuevo y desconcertante síndrome, el “síndrome de la resignación”, que los había dejado mudos, incapaces de beber y comer por sí mismos, incontinentes, insensible al dolor y al frío (la descripción es del doctor Bodegård, quien documentó los primeros casos en el Acta Pediátrica, en 2005).

Eva es una de esas jóvenes que permaneció en estado catatónico durante ocho largos meses, dos de los cuales los pasó en Suecia, mientras se evaluaba la solicitud de protección internacional de sus padres, se escrutaban sus motivos y finalmente se denegaba. Ante la negativa recibida, toda la familia fue rechazada en Polonia que, como hemos adelantado, no era el lugar de origen sino sólo el primer país de la Unión Europea en el que habían entrado y al que, según las leyes europeas conocidas como Acuerdos de Dublín, deberían haber presentado la solicitud de asilo. En la foto evocada, sus familiares tuvieron que sostener su cuerpo indefenso como un Atlas moderno: sostener el mundo entero y en pedazos que parece haber implosionado en ese cuerpo por leyes y artificios inhumanos.

También se ha hablado del síndrome de *Uppgivenhet* en términos de un “síndrome de Blancanieves”: los pacientes parecen apáticos, pasivos, implementando una verdadera salida del mundo. Otros casos han sido rastreados y retratados, como el de Eva, por médicos o fotógrafos interesados en documentar la evolución y duración de esta singular forma de sufrimiento. Vidas entumecidas, vidas por muerte, como la de un niño serbio que el fotógrafo Magnus Wenman fue a buscar a su casa después de su *repatriación* (eufemismo moderno para describir la deportación fuera de las fronteras nacionales para traer a los solicitantes de asilo de vuelta a países de los que habían huido, donde se sabe que no hay garantía de seguridad, ni certeza sobre la posibilidad de tratamiento ni *tout court* de respeto a los derechos humanos).

Después de más de diez años de silencio, en 2017, algunas de estas existencias enfermas llamaron la atención internacional gracias al trabajo de un periodista de The New Yorker. Así aprendemos del relato de Georgi (un adolescente ruso de Osetia del Norte) hecho en el momento de su despertar, que había sentido su cuerpo como “agua” cuando se le había negado la posibilidad de vivir “en

el único país que sabía”: Georgi se había preguntado de qué servía aprender y estudiar, o simplemente seguir viviendo, si le robaban su futuro, es decir, el sueño de vivir y trabajar en Suecia, el único en el que había imaginado que valía la pena vivir.

Djeneta y su hermana Ibadeta, dos adolescentes gitanas kosovares que también llegaron a Suecia junto con su familia y dos hermanos menores, vivieron una experiencia similar entregada a una imaginación congelada que perduró años después de la denegación del reconocimiento de asilo político. En este caso (como en muchos otros) la comunicación de las autoridades fue leída a los padres por sus hijos, los únicos capaces de entender esa lengua extranjera gracias al inicio de su escolarización, y los primeros en sucumbir a esa negativa.

En el intenso documental realizado por Dea Gjinovci “Wake up on Mars” (2020) y dedicado precisamente a la historia de la familia de Djeneta e Ibadeta, nos adentramos delicadamente en el espacio íntimo de sus relaciones, conocemos sus gestos y sus ritmos cotidianos, y se percibe el creciente temor de los padres de que incluso el hijo menor caiga en un estado catatónico similar al de las hermanas. Una escena muestra a la familia escuchando en la radio a un periodista que describe la condición de estos adolescentes como análoga a la hibernación de los osos: un discurso singular que, por un lado, “naturaliza” su sufrimiento traduciéndolo en términos de un estado fisiológico y por tanto condición ordinaria, el otro la animaliza, repitiendo aquel estribillo soberbiamente analizado por Fanon. Al mismo tiempo, sin embargo, los medios de comunicación y los vecinos alimentan la sospecha de que la condición observada en estos adolescentes no es más que el efecto de un envenenamiento lento e intencional de sus hijos por parte de sus madres para permanecer en Suecia a pesar de la negación. Naturalización, animalización, sospecha: este es el ritmo conocido que hemos visto reverberar innumerables veces desde la psiquiatría colonial hasta la recepción de inmigrantes.

Inicialmente interpretada como una táctica para engañar a las autoridades políticas y a los médicos, asimilada a los síndromes histéricos y otras formas patológicas de simulación (como el de Munchausen por poderes o simulación), esta peculiar “patología de la existencia” ha comenzado a tomarse en serio recién a partir de los cuarenta años; –dos psiquiatras suecos publicaron un documento que identificaba las causas de este mal en el abuso sistemático de menores perpetrado por las políticas migratorias de su gobierno–.

Reconstruir la genealogía de esta controvertida categoría diagnóstica es una tarea urgente de la antropología médica y la etnopsiquiatría crítica encaminada a comprender cómo las políticas de ciudadanía y asilo se traducen en (y producen al mismo tiempo) auténticas “patologías de la ciudadanía”<sup>9</sup>. El síndrome de la resignación constituye de hecho un “enigma diagnóstico” (como en efecto ha sido definido), cuyos orígenes se remontan a aquel Síndrome de Negativa General ya descrito a principios de la década de 1990 (negativa a comer, beber, caminar y hablar: Lask et al., 1991), luego clasificado con su propio código autonómico en la versión sueca de la CIE-10 de 2014 como “trastorno específico de quienes se adhieren al estatuto de refugiado o solicitante de asilo” (CIE-10 F32.3.A), que algunos autores se habrían propuesto considerar como un nuevo Síndrome dependiente de la Cultura (Forslund et al., 2013)<sup>10</sup> o, por el contrario, una enfermedad de base neurobiológica (“autonomic system hyper-arousal”: Nunn et al. 2014).

En 2013, un grupo de pediatras y psiquiatras infantiles sugirieron, en las directrices relativas al tratamiento del nuevo síndrome, la concesión de un permiso de residencia permanente como una intervención eficaz: único acto terapéutico y jurídico capaz de curar su desorientación, su desapego de un mundo en el que habían perdido toda confianza<sup>11</sup>, todo “apego”. Y la noción de *trygghet*, un verdadero *topos* celebrado como una experiencia que define el sentimiento de pertenencia, garantía y seguridad propio de la sociedad sueca, debe ser analizada en sus transformaciones recientes para comprender cómo esta garantía corre el riesgo de convertirse en un privilegio de facto reservado solo para algunos, una promesa de libertad del peligro y la incertidumbre que para

---

9. Sobre la noción de “patologías de la ciudadanía y del reconocimiento”, cf. Beneduce, “De la sospecha a la victimización, de la espera al rechazo en las políticas de asilo. Por una antropología crítica de las migraciones”, Conferencia en la Universidad de Parma, 17 de noviembre de 2022.

10. Los autores se refieren a cinco niños también afectados por síntomas referidos al TEPT y que provienen de países de la antigua Unión Soviética, lo que sugeriría factores culturales comunes: los autores parecen ignorar, sin embargo, que los “factores culturales” que los pacientes parecen compartir deben buscarse menos en el contexto de origen que en el de recepción, Suecia. Véase también K. Sallin et al. 2016.

11. Es útil recordar cómo Jean Améry, al describir la experiencia en Auschwitz y el sentimiento que se siente tras el primer golpe recibido sin razón en el rostro, habla precisamente de cómo es la confianza en el mundo que el prisionero pierde en ese momento y definitivamente.

muchos sigue siendo aleatoria e incierta.<sup>12</sup> Después de todo, recuerda Gjinovci (2018), incluso cuando parece que una sociedad te ha acogido e integrado, incluso cuando una sociedad parece haberte reconocido como un ciudadano “típico” (de algún otro *apatiska* –como los menores afectados por este retiro radical del mundo se llaman en Suecia– se decía que eran *los más suecos* entre los miembros de su familia), el riesgo de ser expulsado siempre es alto, incluso después de muchos años (Koshravi, 2018).

Por estas experiencias traumáticas, por estos “crímenes de paz”<sup>13</sup> y estos traumas de Estado pocas veces admitidos o denunciados como tales, caben las mismas preguntas que se hizo Marcelo Viñar sobre las consecuencias de la tortura y el largo “camino de reparación” que debe imaginarse el cuidado en tales casos, pero también y sobre todo al juego político y psíquico al mismo tiempo que este síndrome ha revelado.<sup>14</sup>

## **Otras “enfermedades misteriosas”**

En el contexto del África subsahariana, dos fenómenos patológicos de carácter epidémico han suscitado el interés de clínicos, epidemiólogos y expertos en Salud Mental Global en los últimos años. Al primero se le ha dado la categoría de Síndrome del Cabeceo, por el típico movimiento de cabeza que caracteriza estas crisis que en ocasiones tienen un carácter convulsivo y se desencadenan por la vista de la comida o las bajas temperaturas, acompañadas de un retraso en el desarrollo físico y cognitivo u otros trastornos del comportamiento en niños y adolescentes (entre 3 y 18 años) de países como Tanzania, Sudán o

---

12. Koshravi recuerda que, precisamente en Suecia, fue víctima de un ataque armado por parte de un sueco racista que le disparó en la cara causándole una grave herida, poco después de su llegada como solicitante de asilo (Koshravi, 2010). Jonathan X. Inda ha mostrado cómo en los Estados Unidos los derechos de ciudadanía –especialmente en referencia a inmigrantes y minorías– siempre pueden ser retirados, debilitados, volatilizados o inciertos, qué fácil es perderlos, por ejemplo, cuando uno no está en cumplimiento del sistema de impuestos, pues en definitiva en las sociedades de control se multiplican las “tecnologías de anticidadanía” (Inda, 2006, p. 31).

13. La expresión es de Franco Basaglia: cfr. Basaglia e Basaglia Ongaro, 1975.

14. Butler habla de ello como una forma de “(dis)embodiment of political absence” (Butler 2018).

Uganda. En las regiones acholi del norte de Uganda, estas convulsiones se describieron en áreas limitadas y los síntomas más relevantes tenían un término correspondiente en el idioma acholi local (*yengo wic* para el movimiento de la cabeza; *lucluc* para la flexión típica de la cabeza, etc.). En 2012 una conferencia internacional promovida por la OMS y el Ministerio de Salud de Uganda en Kampala en el Hotel Sheraton acogió a los principales expertos y trató de encontrar un acuerdo sobre la definición de un síndrome que, además de una preocupación generalizada entre la población, había visto ahora el papel cada vez mayor de los medios de comunicación en la orientación de las intervenciones gubernamentales (van Bommel, 2016).

El objetivo del encuentro fue identificar criterios precisos para el reconocimiento de la enfermedad y distinguir de forma inequívoca, dado el alto grado de confusión e incertidumbre diagnóstica, entre la epilepsia, el Síndrome del Nodding simple y su forma más grave (Síndrome del Nodding Plus). Sin embargo, a medida que se comenzaron a recopilar y sistematizar los datos, también surgió el perfil social de las familias y los niños más expuestos al riesgo de ser afectados: niños que vivían en condiciones de extrema pobreza, familias que habían conocido la experiencia del desplazamiento y el desarraigo de sus contextos sociales tras la violencia armada en el norte de Uganda, y en general personas expuestas a desnutrición crónica e indisponibilidad de agua potable. Varios niños mostraron quemaduras (relacionadas con episodios de caídas posteriores a las convulsiones), y se informó que, si el efecto de la vista de los alimentos en el desencadenamiento de las convulsiones pudiera considerarse una constante, no se podría afirmar nada seguro con respecto al papel de los diferentes tipos de alimentos. (Algunos investigadores habían observado que solo los alimentos a base de almidón y frijoles tenían el poder de desencadenar convulsiones, pero esta información no habría sido confirmada por otra investigación).

Otras posibles relaciones hipotéticas eran aquellas con infecciones parasitarias (*onchocerca volvulus*, responsable de la “ceguera de los ríos”), que podrían haber provocado reacciones inflamatorias en el cerebro, lo que por otra parte era compatible con la conexión ya demostrada entre esta parasitosis, particularmente extendida en algunas zonas de Africa, y epilepsia (se planteó la hipótesis de que se trataba de una nueva forma de epilepsia asociada a encefalopatía severa y crisis de atonía muscular, lo que podría explicar el síntoma más típico de cabeza caída).

Pero si el vínculo entre la epilepsia y la oncocercosis ya era conocido en la literatura, el de la oncocercosis y el síndrome de Nodding seguía siendo dudoso, o al menos no siempre verificado, y otras hipótesis habrían visto la luz, incluida la de una patogenia de base parcialmente autoinmune (Boivin 2017; Mwaka et al. 2018). Sin embargo, lo que quizás sea más importante recordar es que, junto a la proliferación de modelos explicativos e hipótesis etiológicas (incluida la hipótesis de que las bajas temperaturas desencadenaron las crisis), para el Síndrome de Nodding lo que estaba surgiendo era el *significado político* de estas “enfermedades misteriosas” y la oportunidad de una forma real de protesta por parte de la población, no muy diferente a lo que hubiera ocurrido con el Síndrome de la Resignación.

En Uganda, de hecho, la población acholi, históricamente olvidada y marginada por los gobiernos de Kampala (es una de las zonas más pobres del país), devastada por años de guerra civil (primero entre Milton Obote y Museveni, luego la guerra religiosa y política iniciada por Alice Lakwena contra este último, finalmente el relacionado con la violencia del Ejército de Resistencia del Señor de Joseph Kony), y objeto de diversas formas de hostigamiento e intimidación, comenzó a pensar que el nuevo síndrome era solo la última estrategia para destruirlo definitivamente.

La intervención tardía del gobierno, el hecho de que los profesionales de la salud e investigadores de Kitgum y Gulu (los principales centros de la región) no hayan participado en la conferencia de 2012 para ofrecer su punto de vista y consideraciones sobre el fenómeno, las frecuentes interrupciones en la distribución de medicamentos enviados desde Kampala a las farmacias periféricas, no hizo más que confirmar el sentimiento generalizado de abandono en esas regiones y la interpretación persecutoria de una enfermedad cuya responsabilidad en su surgimiento y difusión se atribuyó cada vez más a las políticas sanitarias del gobierno central. Como hubiera sucedido con la epilepsia en el caso de nuestra investigación en Mozambique<sup>15</sup>, el Síndrome de Nodding

---

15. De hecho, esto no es muy diferente de lo que sucedió en Mozambique ante el aumento del número de casos de epilepsia infantil registrados en un área remota de Mozambique, en el pueblo de Sabelua (distrito de Milange), en la frontera con Malawi. Véase R. Beneduce, S. Taliani, “Interconexão das durações nos sintomas. Psíquico sofrimento e imaginários da cura no Moçambique contemporâneo”, conferencia Sobre la integración entre biomedicina y medicina tradicional, Maputo, Universidade Eduardo Mondlane, 3 de junio de 2022.

también fue convocado en el terreno político para expresar el descontento y la crítica al poder central (Irani et al., 2019). Una vez más una enfermedad se convirtió en el escenario de un conflicto mucho mayor.

Queremos evocar un ejemplo más de nuestro atlas provisional de una etnopsiquiatría crítica y decolonial, capaz de captar el meollo de las memorias traumáticas en la experiencia del sufrimiento, las contradicciones y las formas singulares de conciencia histórica que a menudo revelan los síntomas y los síndromes, en el mismo modo de *palimpsestos dolorosos e insomnes* de la historia, o de verdaderas *contra-memorias*. Estas son las epidemias de transe escolares reportadas en muchas escuelas de Mozambique, tanto en entornos urbanos como rurales, también clasificadas como una forma de “enfermedad misteriosa” y también resistentes a cualquier clasificación diagnóstica. Estas crisis involucran a grupos de adolescentes, generalmente mujeres, dentro de la misma escuela, y que, como por contagio, experimentan una tras otra pérdida de conciencia, episodios de síncope o de “fuga”, convulsiones. El fenómeno, descrito en muchos países africanos, es objeto de abundante literatura (Pasquero de Fommervault, 2017). El caso de las epidemias colectivas de la crisis de risa en Tanzania, próxima a la independencia, en 1962, sigue siendo sin duda célebre: el *omumnepo*, término que en la lengua local señala una forma de comportamiento sin sentido, una enfermedad grave, hoy indica esencialmente el fenómeno de la epidemia de “locura de risa” observada en decenas de adolescentes en escuelas de un área geográfica limitada, que comenzó repentinamente de forma misteriosa, y atribuida por curanderos locales a fuerzas ocultas. Este fenómeno habría quedado sin explicación (salvo, por supuesto, el previsible uso del diagnóstico de “histeria colectiva”), y luego habría desaparecido igual de misteriosamente (De Rosny, 2011; Ceriana Mayneri, 2018).

Los motivos del fenómeno de las crisis de transe en las escuelas no permiten una interpretación unívoca, y muchos trabajos han subrayado la confluencia de múltiples motivos como la violencia y las desigualdades de género, el contexto escolar como teatro de nuevos conflictos afectivos y relacionales y el papel de tensiones religiosas, a menudo provocadas por la construcción de edificios escolares que habrían perturbado los espíritus locales. Aquí nos limitamos a evocar los datos de nuestra investigación en el contexto mozambiqueño, casi ausente en la literatura, para mostrar cómo los modismos de lo religioso

y del sufrimiento pueden confluír para criticar el orden social e interrogar la memoria colectiva.

Durante la investigación realizada en Zambesia y en la provincia de Maputo (Naamacha), las respuestas proporcionadas por nuestros interlocutores<sup>16</sup> en primer lugar dirigieron la atención hacia los espíritus de los difuntos, y las crisis estaban relacionadas con una solicitud de reparación por parte de los que habían muerto en circunstancias violentas durante la Guerra Civil, que no había podido recibir un entierro adecuado o los rituales funerarios habituales, y que hoy reclamarían sus derechos poseyendo mujeres jóvenes. Sin embargo, a medida que avanzaba la investigación, surgieron otras razones. En un caso fueron las consecuencias de un descuido: la ceremonia prevista antes de levantar un edificio escolar no se había llevado a cabo; en otro no se habían respetado las leyes de herederos...

Fenómenos análogos han sido descritos en las regiones de Gorongosa, en el centro de Mozambique, donde tras las atrocidades de la guerra, apareció una nueva familia de espíritus (*gamba*), responsables de las crisis de posesión de aquellos, en su mayoría adolescentes o jóvenes, que temerariamente territorio oprimido por el dolor, las ausencias y las muertes (Igreja 2003). Lo que genera interrogantes en este caso es que muchas veces se trata de jóvenes, es decir, personas que no habían tenido ninguna experiencia directa de la macabra violencia que se había desatado veinte o treinta años antes en esos territorios, y sobre las que hoy se ha hecho silencio.

Pero si los espíritus de los muertos estuvieron entre las primeras causas en ser invocadas, otras respuestas han recurrido a interpretaciones más articuladas. En una escuela en Namaacha, por ejemplo, el edificio tenía una larga y controvertida historia: construido por frailes misioneros, inicialmente había acogido a la élite de jóvenes estudiantes portugueses y algunos asimilados. Muchos albañiles mozambiqueños habían muerto durante su construcción. Durante la guerra civil se convertiría más tarde en una escuela militar del Frente de Liberación de Mozambique (FRELIMO). Entonces los soldados entrenaron

---

16. La investigación se llevó a cabo en Namaacha, Sabelua y Quelimane. La presentación de los primeros datos se realizó durante la conferencia Diálogos (in)cumplidos: sofrimento psíquico e linguagens da cura em Moçambique, Lisboa-Venecia, 4-5 de febrero de 2021 con una ponencia titulada: «La superposición de duraciones en los síntomas. Sufrimiento psíquico e imaginarios de sanación en el Mozambique contemporáneo».

allí, y la escuela terminó siendo objeto de frecuentes ataques de la Resistencia Nacional mozambiqueña (RENAMO), cuyas huellas aún hoy son claramente visibles en los agujeros que dejaron las balas en las paredes de la escuela. Una historia de violencia, de traumatismos, de silencios, resurgidos a través de crisis de transección en jóvenes alumnas... Pero la directora de la escuela no dejó de evocar otras posibles explicaciones: como el estrés derivado del aprendizaje de textos y materias “demasiado difíciles para ellas” (algo análogo al viejo “síndrome del agotamiento cerebral” (Brain Fog Syndrome) de la psiquiatría colonial, esta vez declinada según una dimensión de género), y sobre todo el contagio por la llegada de dos estudiantes cuyas crisis anteriores nadie le había informado.

Sin embargo, la investigación sobre la escuela considerada como uno de los principales focos de la epidemia había podido sacar otras hipótesis etiológicas: fundada por una escuela protestante, el recinto edificado no había sido sometido al esperado ritual de “*limpeza*” (purificación). Una vez comenzadas las crisis, se había llevado a cabo la ceremonia, aunque tarde, pero el problema no se había resuelto, quizás porque la ceremonia se había realizado sin respetar todas las reglas habituales (¿quizás la carne destinada a apaciguar los espíritus de los antepasados?). Pero, ¿era esa la única causa? En absoluto: ni siquiera la llegada de un héroe de la liberación, Marcelino dos Santos, había podido poner fin a aquel asunto y los contrastes que ahora llenaban el debate mediático. En otra escuela no muy lejana se habían evocado otras hipótesis: las jóvenes alumnas habían sido víctimas de abusos por parte de sus profesores, pero ninguna había denunciado los hechos, aunque ahora los rumores se habían vuelto cada vez más insistentes, en una zona muy aislada donde las jóvenes alumnas, a menudo obligados a caminar de regreso a sus aldeas por la noche, estaban expuestos diariamente a numerosos riesgos de agresión.

En el contexto de lo que parecía ser un verdadero vértigo de interpretaciones, lo menos que se puede decir es que no es un aspecto marginal que tales “epidemias” de transe provocadas por espíritus ocurrieran en un país cuyo gobierno había puesto en marcha una verdadera y propia batalla, después de la independencia, contra las prácticas de la medicina tradicional, considerándolas nada más que restos de un pasado lejano, huellas de un pensamiento “oscurantista” que había que combatir en todos los sentidos. La medicina tradicional también había sido criminalizada durante mucho tiempo, especialmente en las regiones donde la presencia de las fuerzas contrarrevolucionarias (RENAMO) era más fuerte.

Según el caso, definidas como crisis de histeria colectiva, enfermedades misteriosas o manifestaciones de estrés escolar en jóvenes estudiantes, estas epidemias –podríamos sugerir tentativamente– ciertamente siguen haciendo admirablemente la función del síntoma histórico, y así escenifican auténticas formas de “insurrección simuladora”, como sugirió Foucault (2003) para la histeria. Para nosotros, este fenómeno ciertamente tiene un interés adicional. Expresa de manera ejemplar el entrelazamiento de historicidades autónomas y heterogéneas (el pasado de la guerra colonial y la violencia racista en la colonia; las tensiones producto de las desigualdades; las fracturas producidas por la guerra civil; la historia de un conflicto entre conocimientos científicos y saberes locales; la violencia sobre las mujeres y la complicidad de las instituciones, etc.). Una enfermedad misteriosa, que no parece encontrar remedio ni en las prácticas tradicionales ni en las de la psiquiatría moderna, frente a la cual las categorías diagnósticas médico-psiquiátricas sólo corren el riesgo de fijarla en una fórmula superficial y separada, revela su extraordinaria capacidad para cuestiona tanto la voluntad hegemónica de un saber cómo los riesgos de una amnesia que ese mismo saber ayuda a alimentar. Así es como el síntoma puede convertirse en palimpsesto: en él reconocemos el gesto de una contra-memoria (Foucault, Lipsitz) y un deseo de historia (de Martino) que impiden intentar clasificarlo en términos de un simple desorden privado.

## **Conclusiones. Caminos para una etnopsiquiatría descolonizada**

En *El año V de la revolución argelina*, Fanon (1959) recuerda el testimonio de una periodista sueca, Christiana Lilliestierna, que se había encontrado con niños refugiados argelinos en un campo de refugiados. El periodista relata la historia de un niño de siete años, rescatado por su abuelo tras cinco días de fuga. En su cuello reconoció la cicatriz dejada por el alambre de púas con el que había sido atacado durante la ejecución de sus padres por soldados franceses, mientras un soldado mantenía los ojos bien abiertos para obligarlo a ver, para obligarlo a recordar (los verdugos siempre tienen esta extraña necesidad: que la víctima recuerde su gesto monstruoso; sobre esto no se ha dicho lo suficiente todavía). El niño, continúa Lilliestierna, ahora afirmaba querer solo una cosa:

poder cortar a un soldado francés en muchos pedazos pequeños”. Bueno, comenta Fanon, “¿crees que sería fácil hacerle olvidar el asesinato de sus padres y [su deseo de] enorme venganza? Esta infancia huérfana, crecer en una atmósfera del fin del mundo: ¿es este el único mensaje que dejará la democracia francesa? (Fanon, 1959, p. 11).

Partiendo de admitir que las experiencias traumáticas son naturalmente el origen de voces obstinadas e insomnes que luego se convierten en síntoma encriptado, “enfermedad misteriosa” o “enigma diagnóstico”, hemos querido explorar otras expresiones de esos síndromes, esos síntomas y esas insurrecciones insidiosas que, alimentados por un comprensible deseo de memoria (mejor: de contra-memoria, de contra-archivo), parecen dirigir su pregunta crítica al saber psiquiátrico y reclaman un reconocimiento que las propias categorías diagnósticas parecen ignorar. Incluso las políticas de ciudadanía niegan, debilitan o ignoran cada vez más esta cuestión. Es en estos intersticios donde salen a la luz experiencias de sufrimiento que, en la forma misma de sus síntomas (un cuerpo que se abandona a la inercia, como un mineral o, por el contrario, un cuerpo que se contrae o cae tras un paroxismo convulsivo) parecen expresar lo que varios autores han definido en términos de “sufrimiento poscolonial”, y que leemos más particularmente como la expresión de una patología específica de ciudadanía y reconocimiento.

## **Referencias bibliográficas**

- Alleg, H., 1958, *La question*. Paris, Minuit.
- Basaglia, F. e Basaglia Ongaro, F. (a cura di), 1975, *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Torino, Einaudi.
- Aretxaga B., 2007, “Madness and the Politically Real: Reflections on Violence in Postdictatorial Spain”, in Mary-Jo Del Vecchio Good, Sandra Teresa Hyde, Sarah Pinto e Byron J. Good (eds.), *Postcolonial Disorders*, Berkeley, University of California Press, pp. 43-61.
- Beneduce, R., 2023 (in press), “Where Psyche, History and Politics Merge: Decolonizing PTSD and Traumatic Memory with Fanon”, in E. Schwebach, S. Khan (eds.), *Global Histories of Trauma: Globalization, Displacement & Psychiatry*, London & New York, Routledge.

- Beneduce. R., 2016, "Traumatic Pasts and the Historical Imagination. Symptoms loss, Postcolonial suffering, and counter-memories ", *Transcultural psychiatry*, 53, 3, pp. 261-285.
- Beneduce, R., 2011, "La tormenta onirica", in Id. (a cura di), *Frantz Fanon, decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*. Verona, ombre corte, pp. 7-100.
- Beneduce, R., 2010, *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*. Roma-Bari, Laterza.
- Boivin M. J., 2017, "New evidence for nodding disease as an autoimmune reaction to *Onchocerca volvulus*", *Annals of Transl. Med.*, 5(23), pp. 461-464.
- Butler, G. D., 2020, "A child is being caged: Resignation Syndrome and the Psychopolitics of Petrification", *J. of the American Psychoanalytical Association*, 68(3), pp. 333-357.
- Ceriana Mayneri, A., 2018, "Les impasses de la transe à l'école", *Cahiers d'études africaines*, 231-232, LVIII (3-4), pp. 881-911.
- De Martino E., 1995, *Storia e metastoria*. Lecce, Argo.
- De Rosny É., 2011, "Tranes au lycée en Afrique Centrale. Quand la tradition refait surface", *Études*, 414 (4), pp. 451-462.
- Eng D. L. e Han S., 2019, *Racial Melancholia, Racial Dissociation. On the Social and Psychic Lives of Asian Americans*. Durham, Duke University Press.
- Fanon, F. 1964 [1957], "Carta al ministro Residente", in *Por la revolución africana*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Fanon, F. 1959, *L'an V de la Révolution Algérienne*. Paris, Maspero.
- Forslund C.-M., Johansson B. A., 2013, "Pervasive refusal syndrome among inpatient asylum-seeking children and adolescents: a follow-up study", *Europ. Child. Adolesc. Psychiatry*, 22(4), pp. 251-258.
- Foucault M., 2003, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris, Gallimard Seuil.
- Hacking I., 1995, *Rewriting the Soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton, Princeton University Press.

- Igreja, V., 2003, “Why Are There So Many Drums Playing until Dawn?’ Exploring the Role of Gambia Spirits and Healers in the Post-War Recovery Period in Gorongosa, Central Mozambique”, *Transcultural Psychiatry*, 40(4), pp. 459-487.
- Inda, J. X., 2006, *Targeting Immigrants: Government, Technology, and Ethics*. Oxford, Blackwell.
- Irani J. et al., 2019, “‘Those who died are the ones that are cured’. Walking the political tightrope of Nodding Syndrome in northern Uganda: Emerging challenges for research and policy”, *PLOS. Neglected Tropical Diseases*, 1-18 (<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007344>).
- Kaplan Clarke S., 2007, “Souls at the Crossroads, Africans on the Water: The Politics of Diasporic Melancholia”, 30, 2, *Callaloo and the Cultures and Letters of the Black Diaspora*.
- Koshravi S., 2010, *Io sono confine*. Milano, Elèuthera.
- Koshravi S., 2018, “Stolen Time”, *Radical Philosophy*, 203, pp. 38-41.
- Langford J. M., 2013, “Wilder Powers. Morality and Animality in Tales of War and Terror”, *Hau: Journal of Ethnographic Theory*, 3, pp. 223-244.
- Lazali K., 2021, *Colonial Trauma: A Study of the Psychic and Political Consequences of Colonial Oppression in Algeria*, New York, Polity Press.
- Lask B., Britten C., Kroll L., Magagna J. e Tranter M., 1991, “Children with pervasive refusal”, *Arch. Dis. Child.*, 66(7), pp. 866-869.
- Mwaka A. D., Semakula J. Roy, Abbo C., Idro R., 2018, “Nodding syndrome: recent insights into etiology, pathophysiology, and treatment”, *Research and Reports in Tropical Medicine*, 9, pp. 89-93.
- Nunn P. K., Lask Bryan, Owen I., 2014, “Pervasive refusal syndrome (PRS) 21 years on: a re-conceptualisation and a renaming”, *Europ. Child Adolesc. Psychiatry*, 23 (3), pp. 163-172.
- Pasqueron de Fommervault I., 2017, “Du fou rire au rire fou: Analyse historico-anthropologique d’une « épidémie de rire » en Tanzanie”, *Politique africaine*, 145 (1);, pp.129-151.
- Rhani Z., 2019, “The Inmate’s Two Bodies: Survival and Metamorphosis in a Moroccan Secret Prison”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 120, pp. 183-208.

- Sallin K. et al., 2016, "Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound?", *Frontiers in behavioral Sciences*, 10, pp. 1-18.
- Sarr M. M., 2021, *La plus secrète mémoire des hommes*, Paris-Dakar, éditions Philippe Rey et Jimsaan.
- Taliani, S., 2012, "Coercion, Fetish and Suffering in the Daily Lives of Young Nigerian, Women", *Africa: Journal of the International African Institute*, Vol. 82, No. 4, pp. 579-608.
- Taliani S., 2011, "Il passato credibile e il corpo impudico. Storia, violenza e trauma nelle biografie di donne africane richiedenti asilo in Africa", *Lares*, 77, 1, pp. 135-158.
- van Bommel K., 2016, "The rise and fall of nodding syndrome in public discourse: An analysis of newspaper coverage in Uganda", *Critique of Anthropology*, Vol. 36(2), pp. 168-196.
- van Bommel K. e Stroeken K., "Nodding syndrome or disease. On the conceptualization of an illness", *Ethnicity and health*, 19(1), pp. 100-118.
- Varma S., 2020, *The Occupied Clinic. Militarism and Care in Kashmir*. Durham, Duke University Press.
- Williams R., 1977, *Marxist Literature*. Oxford, Oxford University Press.



**05**

# **Sobre la ética de la escucha en el arte de conversar**

---

**Francisco González Aguado**

**Luis Granell Ninot**

Hospital Universitario de la Princesa

La relación terapéutica en psicoterapia busca ver en el otro lo que no quiere mostrar, escuchar lo que no está diciendo, decir lo que no quiere oír, preguntar por lo que no quiere saber, sentir lo que no reconoce. Dar luz a tantos puntos ciegos no aparece sin resistencias y sin dificultad que tanto paciente como terapeuta deben atender y entender para seguir avanzando. Esta pareja centrada en esta tarea basa su vinculación en el cariño, la aceptación del otro, la confianza y la curiosidad genuina. Los objetivos serán ganar libertad y menguar la alienación. Para ello habrá que sortear las enormes dificultades que aparecen en el viaje, con paciencia y el deseo de estar ahí sin abandonar la empresa. Cada viaje es singular y único para ambos, una auténtica Odisea que nos devuelve a Ítaca con otros ropajes y otro sentido, aunque nuestro perro nos siga reconociendo.

No toda relación de ayuda en salud mental es una psicoterapia. De hecho, creemos que la psicoterapia debería restringirse a las personas cuyos sufrimientos superan con creces las defensas que ante los mismos han podido desarrollar y que por ello podrían beneficiarse de estos viajes y quieran hacerlos. Sabemos, además, que muchos sufrimientos relacionados con la vida superan todo lo imaginable y que no hay defensa que lo atenúe. Que hablarlos y explorarlos produce más sufrimiento, que a veces callar es lo único y mejor que podemos hacer. Siempre deberíamos pensar en términos de riesgos beneficios a la hora de prescribir una psicoterapia. Las psicoterapias deberían prescribirse con prospecto.

Pero como decíamos hay otras relaciones de ayuda, como el apoyo, el acompañamiento o el cuidado que no buscan el traer a la luz nada oculto, pero sí coinciden en el tipo de vínculo que se debe construir para poder hacer ese acompañamiento de una forma más beneficiosa. Ese estar ahí es lo más importante y a la vez lo más complicado de nuestra profesión. En el trabajo comunitario es el trabajo más frecuente, dentro del contexto en el que vive la persona a ayudar, ya sea a solas, en familia o en grupo.

La forma de vincularse y relacionarse con otro es un elemento clave para desarrollar estos cuidados y acompañamientos. Esto suele darse a través de una conversación que será el elemento central de nuestras próximas reflexiones. Como una resistencia singular a la alienación esta relación surge en un espacio analógico pero mágico. Si entendemos lo singular, lo poético de la relación entre dos personas que se buscan, sin encontrarse del todo pero sin dejar de intentarlo. Un espacio emocionado que trata de ayudar a otro a que pueda sufrir menos. Y mientras la medicina tecnológica ha avanzado en pruebas, procedimientos,

algoritmos y protocolos basados en no sé qué evidencia, las herramientas de una terapeuta son las mismas después de siglos: la conversación como base y como marco, como medio y como fin indispensable de nuestro trabajo.

Esta aparente falta de avance en comparación con otras disciplinas se relaciona con la necesidad de trabajar con materiales subjetivos, que mutan, singulares, atravesados por las emociones, las culturas y los tiempos y desde ahí imposibles de protocolizar. Pero frente a esta naturaleza indomable con la que trabajamos necesitamos algo de orden y de reflexión para poder movernos dañando lo menos posible, sin pensar que al no tener referencias vale todo. Poder manejar las angustias que surgen desde un modelo que nos permita ordenarnos para poder distinguir cómo y qué se escucha, qué puedo escuchar y qué no puedo, qué pasa en una conversación, qué se dice y qué no se dice y qué estructuras se movilizan. Se hace necesario pasar de lo múltiple a lo único.

Este baile entre un extremo a otro recorre toda nuestra formación y toda nuestra vida clínica. Ser una terapeuta es sobre todo ser una experta en conversar, y conversar según un estilo, que cambia con los tiempos y con el modelo que una tiene.

Conversar y usar el lenguaje es algo que hacemos todos, forma parte de nuestra condición, la experticia viene de reflexionar y de hacer orden en lo aparentemente desordenado, de poder conocer todos los planos que se abren en una conversación y manejarse entre ellos sin quedarse nunca en la superficie. No estamos solas en estos complicados aprendizajes. Muchas disciplinas tienen que hacerlo. Y más que aprendizajes técnicos tenemos que abrirnos a aprendizajes artísticos, pensar en qué y cómo se da una determinada conversación se parece más en qué podemos pensar y decir sobre una poesía, una novela o una obra de arte.

Los materiales con los que trabajamos son delicados: palabras, sintaxis, significados, emociones, juicios, interpretaciones, ritmos, silencios, ocultaciones, pero también gestos, posturas, colocaciones, prosodias, impostaciones, que también nos atraviesan e invaden a nosotras como escuchadoras y conversadoras terapéuticas. Y muchas veces buscamos lo que queda más allá del lenguaje, o al menos poder movernos en sus límites y fronteras, poder trazar el mapa y el territorio de cada cual. Tratamos de encontrarnos con una narración compleja de la que nosotras formamos parte.

La idea de este capítulo es poder reflexionar y ver qué factores inciden en poder construir ese vínculo común a toda relación de ayuda, en un contexto tanto individual como grupal. Cómo acercarnos lo más posible a conseguir un

vínculo de confianza, genuino, honesto y de comprensión hacia otro que sufre. Una parte de ello es lo que hemos llamado una ética de la escucha. Ética en el sentido del estudio de las normas y costumbres que a lo largo del tiempo se consideran mejores para el establecimiento de esa relación tan peculiar. Cómo acercarnos a otro sujeto con el ánimo de comprenderle, de acompañarle en caminos tortuosos y de sufrimiento.

También hay algo de cierto tópico en esta descripción puesto que el acompañamiento dentro del mundo de lo clínico también sabemos que suele estar atravesado también por el humor y la risa, la cercanía y el aprendizaje mutuo. También en esos momentos hay que seguir con una escucha atenta, estamos trabajando. Parece que siempre estamos delante de un paciente sufriente y de un terapeuta bondadoso que acompaña y se compadece del otro, pero no siempre es así. Hay pacientes de todo tipo y a veces están encantados de ser lo que son, no desean hacer ese viaje, ni ser acompañados y viven al margen de nuestros marcos de comprensión.

Por otro lado, lo mismo podemos decir de sus acompañantes terapéuticos, los hay de todo tipo, más cercanos, más agradables, más o menos autoritarios, y atravesados por numerosas emociones y presiones en cada momento que cada una resolverá como pueda y como haya aprendido. La honestidad no pasa por reforzar todo lo que el otro dice y aceptar sin más todo lo que pase en la relación, más bien en poder construir una relación lo suficientemente sólida y de ayuda para poder escuchar y preguntarle al otro lo que pocas personas pueden hacer, poder señalarle sus asperezas o las consecuencias en la relación de cómo mira, o de lo que dice. Poder escuchar también esos mismos señalamientos del otro –todo lo crítico y complicado que aparezca– y no resolverlo como haríamos fuera de esa condición clínica, en automático, sin pensarlo, abandonando la tarea principal de ayudar al otro a entenderse en relación a los demás.

Vemos que la entrevista depende mucho de la persona, de la pareja profesional-usuario, y no se trataría de pensar que hay una forma correcta de entrevistar o una entrevistadora perfecta, se trataría de cómo manejanos para probabilizar que el encuentro entre trabajadora y usuario sea lo más beneficioso posible para ambos. No hacemos un diálogo social en un campo familiar o con amigos, donde nuestra atención a la conversación va en automático. Al trabajar encendemos la máquina que hace que la conversación sea el medio pero también el fin de nuestra tarea, encendemos la atención y debemos fijarla

en numerosos aspectos de lo que está pasando y no está pasando en cada instante. En lo narrativo del paciente, de nosotras mismas y de la relación entre el paciente y nosotras. Para poder fijar nuestra atención en esta escucha plena debemos afinar el instrumento con el trabajamos: nosotras mismas.

Además de la importancia de la escucha en sí misma, cómo escuchar y ponernos delante de alguien que sufre y cómo ayudarlo, la investigación sobre factores comunes en psicoterapia cada vez ha dado mayor importancia a estos aspectos, incluso muy por encima de los propios de cada escuela psicoterapéutica.

Los estudios de Lambert (Duncan, 2012) desde la década de los 90 sobre los aspectos del cambio terapéutico de los procesos en psicoterapia no han hecho más que ahondar en la importancia de estos factores. Y si en los años 90 comentaba en sus estudios que de la mejora en las psicoterapias el 30% se podía relacionar con factores comunes de la relación psicoterapéutica, en las últimas décadas este porcentaje ha aumentado mucho, en paralelo a la bajada que dan a los factores propios de la terapia, del terapeuta o de la relación que en los últimos metanálisis quedan en un escaso 13% frente a factores del cliente o extraterapéuticos que le dan una fuerza de cambio de hasta el 87%.

En definitiva, que alguien cambie su manera de verse así mismo y su mundo con la idea de sufrir menos se da sobre todo por el vínculo y la confianza de éste en su terapeuta y en la fortaleza de la alianza de esta pareja. Y esta confianza y este vínculo depende de cómo escucha, cómo se coloca el terapeuta, qué mira y qué oye, y cómo pregunta y se relaciona con el otro. Y esto debe ser pensado, entrenado y supervisado. Somos críticos también con esos resultados, creemos que el modelo tiene su importancia.

Aconsejamos no abandonar los modelos de formación técnica puesto que la escucha está íntimamente ligada a cómo entendemos el mundo y cómo entendemos a la persona que nos encontraremos delante.

Sabemos, por tanto, que las destrezas en manejar la conversación son fundamentales para establecer el adecuado vínculo con el paciente. Sin embargo, a pesar de este aumento de la literatura y de la importancia en este campo todavía comprobamos en la clínica una pérdida de la atención en lo que pasa en la relación terapéutica, nos hemos empobrecido en términos de psicopatología, emociones, vínculo y trabajo en el íntimo campo de lo que sucede con un paciente, un grupo o una familia.

El paciente (y el vínculo con él) se ha cosificado, es un producto a etiquetar y ordenar, y la mirada se ha tornado en pensar en qué lugar puede ser mejor tratado. Hoy muchos profesionales en el ámbito de lo público nos limitamos a clasificar a los pacientes más graves y derivarlos por la red en el lugar que mejor puedan adaptarse pasando en ocasiones a discutir si el paciente es mío, nuestro o tuyo, si podemos meterle aquí o allá, la mayor parte de las veces sin la participación o conocimiento del propio paciente, lo que supone mantener la violencia y el control que ha sujetado también nuestra disciplina desde sus inicios.

El modelo biomédico-comercial sigue imperando y seguimos mirando a la persona que sufre como un objeto a estudiar por el experto que le mira, como una maquinaria estropeada en el que hay que descubrir los fallos y dejamos de preocuparnos por lo que siente o por cómo está el paciente en esta intervención.

Se supone que el paciente al estar delante del relojero experto debe dejarse hacer y obedecer sin más a lo que se le pregunte y se le diga. Y como ocurre con claridad en otras disciplinas, estamos más atentos al mercado que a la persona, a lo que pasa fuera de la relación que a la misma relación, a lo que necesita la familia, o la institución o lo que nos pide la sociedad en cada momento.

Por ello somos partidarios de formarnos en modelos que se separan radicalmente de esto, modelos que han sido puestos en cuestión por este modelo médico-comercial y que han facilitado mantener una larga ya falta de escucha en nuestras profesiones. Y desde ahí estar cada más lejos de modelos de comprensión, compromiso y no violencia sobre los pacientes.

## **Consideraciones generales de la conversación**

Consideramos aquí aspectos de la entrevista que en términos cronológicos deben pensarse antes que se dé la propia entrevista, tenemos que acercarnos como profesionales ya preparadas y afinadas para que la conversación pueda fluir hacia donde el usuario y nosotras pensemos que sea mejor. Qué debemos afinar y en qué debemos centrar nuestra atención forma parte básica de la conversación y de lo que entendemos como factores comunes.

## Ética de la escucha

Para ello entramos en un campo más filosófico que técnico o psicológico pero pensamos que da claves imprescindibles para nuestro trabajo. Entendemos la ética como la disciplina que estudia el bien y el mal, y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano. No se limita a observar y describir las acciones morales y libres de cada persona sino que busca determinar si son buenas o son malas, emitir un juicio sobre ellas y así ayudar a encauzar la conducta humana.

En este caso sería la conducta de escuchar, mejor, de la escucha activa o escucha comprensiva, la acción del mejor comprender a otro, con los límites que tiene todo ello. En este sentido sería una ética normativa o una deontología de la comprensión, ya que trata de un deber profesional, un conjunto de deberes relacionados con el ejercicio de la profesión de lo psicológico. No podemos desarrollar aquí todos los estudios y corrientes filosóficas que centran sus reflexiones en qué significa comprender a otro y cómo se puede hacer mejor, por lo que haremos un breve resumen.

Aunque hay citas y reflexiones desde la antigua Grecia es desde la Fenomenología en adelante cuando de forma más profunda y extensa se trata de acotar este comportamiento humano.

Ya bien entrados en el siglo XX, Davidson (1974) nos muestra que la comprensión humana viene establecida por el Principio de Caridad Interpretativa e Interpretación Radical

La proposición *p* solo puede ser comprendida si entendemos que *p* es verdadera, y entender que es verdadera supone que todas las proposiciones que deriven de *p* son verdaderas. Sería imposible comprender a un hablante si le atribuimos creencias falsas. (Forero Mora, 2010, p. 282).

Además, la segunda parte del principio señala que solo podremos comprender la proposición “*p*” si pensamos que tiene lógica aunque no seamos capaces de entender dicha lógica.

En resumen, para Davidson solo podemos comprender a otro si pensamos que no nos engaña, que lo que dice es verdadero y si lo que dice tiene una racionalidad aunque dicha lógica no la entendamos. Hay que asumir que la

posición del hablante es racional, Gadamer (1975) explica este punto como darle un sentido cabal al otro.

El mismo Davidson establece que la comprensión tiene problemas y límites claros y es que inicialmente el intérprete solo puede atribuir su propio sistema de creencias al hablante, sólo podemos establecer este principio desde nosotros mismos y esto hace que el proceso de comprensión en sí mismo sea imposible en el punto final.

Además señala que las atribuciones que va haciendo el intérprete deben ser siempre provisionales, están siempre sometidas a revisión. La caridad exige siempre verificación, y acompaña todo el tiempo a todo el diálogo.

Gadamer complementa a Davidson con la Fusión de Horizontes (Monteagudo, 2013). Comenta que solo podemos conocer al otro haciendo una proyección de nuestro propio sistema y que para realizarla necesitamos también el permiso del otro para hacerlo. Esta recíproca interpenetración entre proyección y apelación es la que revela la textura de lo real como un movimiento de desvelamiento de sentido.

Partimos de 2 horizontes propios que van cambiando a cada momento bajo una perspectiva de autorreflexión y autoconocimiento entre pasado y presente. La comprensión no llega por una superposición de horizontes, ni por darle al otro mi propio horizonte: llega por un aumento de la complejidad de cada uno de los horizontes, un cambio de perspectiva que ni siquiera significa la comprensión total o la asunción de las creencias del otro, sino en que al hacer el esfuerzo de comprender el horizonte ajeno reflexionamos y cambiamos el nuestro.

Para que esto ocurra, Gadamer habla que debe existir un componente de buena voluntad de los dos interlocutores. No es un concepto metafísico (como indican toda la línea de filósofos críticos que consideran que la comprensión no es posible y atacan los conceptos de benevolencia, bondad o caridad que exponen estos). Es la *Eumeneis Elenchoi* de Sócrates-Platón. *Eumeneis Elenchoi* (mayéutica benevolente), no solo porque posibilita el diálogo con tendencias opuestas sino porque convierte el diálogo en condición de posibilidad de la racionalidad.

Es por esto que compartimos que la racionalidad dialógica, así vista, entraña una posibilidad de alteridad, evitándose dos formas de solipsismo: uno, el que supone la comprensión del otro mediante la autoprotección o empatía que implica una actitud de condescendencia en aras de la comunicación racional; y otro, aquél que sostiene la tesis de la incomprensión radical del otro, a los

que Paul Ricoeur (2007) llamaba “escuela de la sospecha” (citando a Nietzsche, Marx y Freud) y a los que les resulta imposible comprender cómo es posible llegar a acuerdos, tener deseos sinceros y postular la buena voluntad como condición posible de comunicación.

Gadamer aclara que la buena voluntad expresada no alude al concepto kantiano de buena voluntad, sino que se apoya en el principio *eumeneis elenchoi*, según el cual:

los seres humanos libres y con alteza de ánimo no van buscando la debilidad de lo que el otro dice para probar que tienen razón, sino que buscan reforzar el punto de vista del otro para que lo que él dice sea revelador” (Monteagudo, 2013, p. 281).

En definitiva para Gadamer la dialéctica entre pregunta y respuesta entraña esta relación elencica, pues quien posee este arte será el primero que busque todo lo que pueda hablar a favor de una opinión. Pues la dialéctica consiste no en el intento de buscar el punto débil de lo dicho, sino más bien en encontrar su verdadera fuerza. No se refiere a aquel arte de hablar y argumentar que es capaz de hacer fuerte una causa débil, sino el arte de pensar que es capaz de reforzar lo dicho desde la cosa misma (Gadamer, 2017).

Es cierto que estas corrientes antagónicas atraviesan toda la filosofía y en realidad todo pensamiento humano. Pensamos que ambas deben tenerse en cuenta a la hora de ejercer la escucha activa. La hermenéutica caritativa debe equilibrarse con la interpretación de la sospecha o crítica de este tipo de comprensión caritativa o de buena voluntad y que parte de la imposibilidad de comprender a un otro siempre distinto. Donde el acercamiento debe realizarse y analizarse desde otros puntos de reflexión e influencia como el poder y otras asimetrías sociales, el sexo, el inconsciente, los contextos sociales y culturales que dominan la conversación dialógica.

Pensamos que ambos acercamientos tienen una gran repercusión clínica en nuestro trabajo y que lejos de ser antagónicos se muestran como claramente complementarios. La Psicopatología ya ha tratado de poner un nombre dentro de lo patológico a esas ideas infrecuentes, la propia denominación de delirio ya por la propia definición no es aceptada por el paciente (delirare significa salirse del surco, no arar derecho).

Los clásicos como Bonnet, Bumke o Jaspers (en Marietán, 1996), definían el delirio como un error patológico y persistente del juicio de la realidad, dotado de gran poder de autoconvicción y por tanto irreductible a los argumentos más convincentes de la lógica, impermeables, ininfluenciables e incorregibles.

Hasta la DSM-V-5ª Ed. (2014), que lo define como una creencia fija que no es susceptible de cambio a la luz de las pruebas en su contra (2014). Vemos que desde el siglo XVII el delirio se ha definido como creencias patológicas categóricas. Vemos que en la misma definición ya hay una imposibilidad para la comprensión y el diálogo con el otro. Y es desde estas definiciones clásicas de lo que se considera como patológico desde donde empiezan los problemas para la escucha.

El objetivo terapéutico de esta creencia falsa es que la persona deje de creer en eso, al menos de forma tan firme. Deje de vivir con esa nueva identidad o esas nuevas atribuciones patológicas con lo que hay que luchar contra la propia definición. Pero si son irreductibles, ininfluenciables, incorregibles quizá sea una mala intervención hacer todo lo posible para que no sean así (si fueran entonces corregibles, o influenciables o reductibles ya no serían delirios).

Toda esta línea de sospechosos razonamientos da lugar a conceptos o intervenciones como los de conciencia de enfermedad, o psicoeducación en la enfermedad. Este es el extremo normalizador y cronificador de nuestro trabajo, para nosotros un extremo en las antípodas de la comprensión atenta y que va detrás de las nuevas formas de ejercer el poder y la violencia psiquiátrica o psicológica.

Por otro lado no podemos escapar de esa petición social, va en nuestra identidad y debemos saber que de algún modo toda intervención nuestra tiene un punto de cronificadora, normalizadora y de ejercicio de poder. Negar esto o ponernos en otro lugar no solo sería falso sino que también nos restaría la posibilidad de ser honestos y de ayudar.

Pero es que además desde la visión biomédica de nuestro trabajo se nos enseña a la detección de estos productos lingüísticos patológicos, síntomas, problemas psicológicos, carencias, déficits, y nos hacemos talentosos en detectarlos, y nos colocamos también en lo no verbal como cazadores o detectives sagaces de que nada de eso se nos escapará. Pero hemos visto que la comprensión del otro radica en validarle, en reforzarle, o la caridad interpretativa donde uno de sus puntos es pensar que lo que el otro nos cuenta es interesante. En términos de Gadamer (2017): que su decir sea siempre revelador.

La idea que muestran es que entramos en un mundo distinto que el nuestro y que nuestra actitud debe ser la de exploradores curiosos, respetuosos y fascinados por lo que vemos. No talentosos marcadores de lo que no nos gusta, pensamos que funciona mal o está mal colocado. Insistimos en destacar como ya lo hacía Davidson (1995) que por otro lado no podemos mirar al otro desde otro sitio que no sea el nuestro y que tampoco vamos a mentirle, o a seguirle la corriente que es otra forma de no respetar y ejercer verticalidad en la relación.

Sobre todos estos mimbres hemos elegido un conjunto de terapeutas como Freud (1913), Rogers (2011), Safran (2003), Chadwick (2008), Linehan (2015), Pakman (2011) o Seikkula (2016), Laura Martin y Fernando Colina (2020) que reflexionan y desarrollan mucho mejor esta ética de la comprensión y del acercamiento cada uno desde su visión y que pasamos a resumir y comentar:

Freud habla en varios artículos de estos aspectos vinculares previos, quizá su párrafo más famoso y significativo en esto sea este que aparece en “La iniciación del Tratamiento” y se refiere a cómo y cuándo debe el médico iniciar el tratamiento con un paciente:

Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia aprovechable, un rapport en toda regla con nosotros. El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece en seguida, espontáneamente, tal enlace y agrega al médico a una de las imágenes de aquellas personas de las que estaba habituado a ser bienquisto. En cambio, si adoptamos desde un principio una actitud que no sea esta de cariñoso interés y simpatía, y nos mostramos rígidamente moralizantes o aparecemos ante los ojos del paciente como representantes o mandatarios de otras personas (de su cónyuge o sus padres, por ejemplo), destruiremos toda posibilidad de semejante resultado positivo. (Freud, 1913, pps. 1661-1674).

Freud habla de cariñoso interés y simpatía, todavía va más allá de la benevolente buena voluntad gadameriana.

Otros autores continúan profundizando en estos conceptos de rapport, vínculo, alianza. Quizá sea Carl Rogers el que se detiene algo más y se centra en las actitudes del terapeuta ante la escucha. En su texto: Condiciones necesarias y suficientes en el cambio terapéutico de la personalidad, del año 1957 habla

de las 3 cualidades fundamentales de todo terapeuta para la construcción de una adecuada relación terapéutica:

- Autenticidad, que posee además las características del adecuado comportamiento de rol: sinceridad, transparencia, congruencia, espontaneidad y apertura.
- Empatía, capacidad para percibir los sentimientos y significados personales que el cliente está experimentando en cada momento y la capacidad del terapeuta de poder comunicárselo. Es la capacidad de poder centrarse en el cliente.
- Aceptación positiva incondicional, y la define como un cálido respeto hacia el cliente como persona de mérito propio e incondicional, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos (sigue claramente la Eumeneis Elenchoi socrática y gadameriana). No se trata de compartir sus actitudes sino de respetarlas para tratar de comprenderlas y reflejarlas. Distingue, por tanto, el valor de la persona como tal, más allá del valor de sus acciones. Es posible que este valor del terapeuta, así como la comprensión en sí misma sea una finalidad en ocasiones imposible de alcanzar. Pero este aspecto ético pone el interrogante necesario de por qué con determinadas personas no somos capaces de mantener esa aceptación incondicional, qué nos saca de ella. Material de gran interés para la propia terapia y para seguir el ejercicio gadameriano de buscar la verdad entre el diálogo de dos o más personas.

Jeremy Safran (2003) habla que el acercamiento de la terapeuta debe ser de ingenuo y genuino interés y no de experto, de crear una sensación de nosotros y no de él o ella y yo, aceptar la incertidumbre y esperar la desesperación.

Marsha Linehan (2015) en su Terapia Conductual Dialéctica (TCD) habla de una serie de variables de la terapeuta donde propone que diferentes dimensiones en la posición de la profesional deben estar equilibradas. Señala que lo primero que debe hacer la terapeuta es la aceptación y valoración del paciente y de la relación tal y como es en el momento presente, sin juzgar. A la vez, se asume la necesidad de cambio y la responsabilidad de dirigir este proceso. La segunda variable de la terapeuta sería mantener el equilibrio entre la seguridad en la propia posición y la capacidad de autocuestionamiento. La tercera: el

equilibrio entre la capacidad de nutrir al otro, y a la vez de verle como alguien capaz que permita la diferenciación y el crecimiento.

Linehan le da una gran importancia a la capacidad de validación y lo concreta en 6 puntos o niveles:

1. estar genuinamente interesado en el paciente.
2. transmitir a éste entendimiento y reflexión de lo que éste ha dicho.
3. transmitirle a su vez comprensión de aspectos de la experiencia que el paciente no ha comunicado directamente.
4. validar la conducta a través de mostrar que ésta es causada por algo.
5. mostrar los aspectos razonables y bien basados, en relación con la respuesta del entorno, de la conducta (sin evitar comentar también los aspectos disfuncionales).
6. creer en el paciente como sujeto capaz de cambio, como persona de igual estatus e igual merecido respeto, que va más allá de lo que implica la etiqueta de su diagnóstico o su rol como paciente.

Dentro de la validación, sitúan los autores la estrategia de “animar”, a través de la cual el terapeuta transmite al paciente una visión positiva de sí mismo, le comunica su creencia de que lo están haciendo de la mejor manera y que cree en sus habilidades, y resalta cualquier evidencia de mejoría.

Pensamos que esta estrategia tiene que ver con lo que Kohut (1971) describió como función especular desarrollada por los padres hacia el niño, y también por el terapeuta hacia el paciente, mediante la cual la representación del otro como válido en la intersubjetividad acaba siendo interiorizada por el sujeto, convirtiéndose en su propia manera de verse a sí mismo, a la misma manera de lo que hablaba Bowlby (1993) y toda la teoría del apego, sería construir un apego seguro entre terapeuta y paciente, con todo lo que esto supone.

Por otro lado, Linehan (2015) ya intuye y adelanta el problema de esta posición del terapeuta y mantiene la idea de estar siempre en un equilibrio con fuerzas o dimensiones contrapuestas. Para ella hay que manejar con mucho cuidado la estrategia de “animar”, ya que en caso contrario puede tener efectos opuestos al invalidar la percepción que el paciente tiene de sí mismo, aunque ésta sea negativa, se invalida su desesperanza. De alguna forma se desequilibra la relación, al mostrarse como alguien con autoridad que distingue lo bueno de lo malo y desde ahí dificultar la independencia, la diferenciación y el crecimiento.

Chadwick (2008) habla de la relación de las profesionales con los usuarios que padecen cuadros psicóticos o de alto sufrimiento psíquico como una Colaboración Radical. Esta colaboración consistiría en pensar que el núcleo de las personas es positivo y según el vínculo terapéutico pueden mejorar (volvemos a la mayéutica caritativa de Davidson y Gadamer), hay que pensar que la experiencia psicótica está en un continuum y es un error catalogarlo como enfermedad.

La responsabilidad de las terapeutas está en la aceptación y la colaboración radical, que todo esto se da dentro de un proceso compartido que es independiente del resultado, y que las terapeutas podrán acercarse mejor a todo esto comprendiendo las fuentes del sufrimiento del otro y tratando de ser honestas y transparentes, acercándose al paciente como una persona y no como un conjunto de síntomas. Entender que es un camino que el otro elige, por tanto tenemos que trabajar sobre objetivos compartidos por el paciente y sus necesidades no sobre las nuestras. Chadwick insiste en valorar siempre beneficios y riesgos porque nuestro trabajo puede ser dañino, complejo y necesitado de supervisión estrecha y apoyo emocional.

Seikkula (2016), uno de los mayores divulgadores del Modelo de Diálogo Abierto, propugna un modo novedoso de interpretar la verdad de acontecimientos o hechos de las personas que sufren, y lo hacen buscando ese nuevo sentido dentro de un diálogo entre múltiples voces.

El modelo teórico parte de los escritos de Bakhtin (o Bajtín) (2003) que critica la corriente dominante hasta entonces de analizar a un hablante único y de poner énfasis para la comprensión literaria en la polifonía y las voces en términos siempre de un yo social. Considera que “la pluralidad de voces y conciencias independientes e inconfundibles, la auténtica polifonía de voces autónomas, viene a ser, en efecto, la característica principal de las novelas de Dostoievski” (2003, p. 15). Para Bajtín (en Igartúa Ugarte, 1997) la verdad es polifónica, no es un enunciado, es una variedad de enunciados que pueden ser incluso contradictorios, inconsistentes lógicamente. Es entre estas voces donde aparece la verdad, no como una suma de voces sino como algo que aparece entre ellas, no desde una voz sola, es el acercamiento mutuo, el compromiso con el otro y los demás lo que va a distinguir lo cierto sobre lo no cierto. Es en esa conexión mutua con la vida lo que nos conecta con lo real. Vuelve a aparecer aquí el componente socrático o gadameriano o de una cierta caridad o bondad en este modo dialógico.

Isaacs (1999) y otros autores del método de diálogo abierto desde aquí critican la escucha desde lo clásico de nuestra escucha. La presentación como expertos, con unas tareas determinadas como la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico y un plan de actuación nos dificulta la escucha plena. Critican la mirada finalista del profesional: esta finalidad de nuestro trabajo dificulta centrarnos en la importancia de lo que me están diciendo y cómo me lo dicen. Por eso propone la tarea y el esfuerzo de pensar juntos.

No hay agenda, la única agenda es el diálogo. Y para realizar esto en condiciones de la mayor horizontalidad posible proponen tareas en el rol de terapeuta:

- El terapeuta debe colocarse en una posición de vulnerabilidad, por ejemplo haciendo grupos o tareas con los pacientes en los que el terapeuta no tenga ningún conocimiento ni habilidad.
- El terapeuta debe mostrarse transparente, o lo más transparente posible, generar honestidad y para ello se intenta:
- Desempoderarse.
- Reconocer y mostrar la vulnerabilidad.
- Compartir.
- No es mostrar todo, por supuesto, es poder mostrar las emociones y las transparencias como profesionales.
- Aceptar la incertidumbre y no intentar resolverla o combatirla sino compartirla.
- No decidir nada sobre el paciente sin el paciente delante.
- Tener, fomentar y desarrollar una fuerte curiosidad, que debe ser genuina, con observación y escucha plena. Vigilar para ello nuestros deseos personales y nuestras finalidades para no intentar imponerlas.

Pakman (2011) habla que el objetivo de una terapeuta es ser capaz de construir un espacio propio y distinto al que encuentra el usuario fuera. Un espacio de singularidad donde pueda aparecer el vínculo, la emoción única de esa día, de esa pareja única.

En ese espacio debe aparecer una poética y debe regir una ética y una ideología de cooperación y solidaridad, una micropolítica. De algún modo para Pakman esta dimensión política siempre está presente, la idea no es tanto escindirla sino tenerla clara. Que se dirija hacia la cooperación y el aumento de la libertad del paciente, hacia su mayor libertad y ejercicio de sus derechos, y no hacia otros

espacios que de aparecer, sobre todo si se hace de forma implícita, pueden dificultar mucho la alianza y la terapia (políticas de la terapeuta basadas en el poder y en sus necesidades personales de ser admirada, reconocida, o en el patriarcado, sexualizadas o erotizadas, estigmatizantes...).

De algún modo nos convertimos en activistas de la persona, y junto con ella ayudarle en poder vivir en una vivienda digna, un trabajo, una independencia económica. Ayudamos para la desalienación. Y como siempre mucho cuidado con hablar por el otro, y pasarle por encima. Ese es nuestro día a día, vigilar esto, escudriñar la verticalidad y la simetría de poderes.

Martín y Colina (2020) también hacen mucho hincapié sobre estas dimensiones. Concluyen como venimos contando que el trato es más importante que el tratamiento y tenemos que reflexionar todo el tiempo sobre si nuestra intervención está centrada en la cura o en la desalienación, si hablamos de síntomas o diagnósticos en vez de necesidades, si evitamos las crisis a toda costa o tratamos de entenderlas, si tratamos de educar o acompañar. Siempre nos invitan a trabajar dentro de un modelo que nos ancle y nos dé sentido pero que podamos siempre cuestionar y flexibilizar. Que estemos atentas a los desequilibrios de poder, las asimetrías no solo ya con los pacientes sino también entre las profesionales. Y también atentas a las dificultades para llevar todo esto adelante.

Colina y Martín (2020) hablan de la fuerza de la locura, de su capacidad de seducción, porque nos pone a prueba y nos reta como profesionales, nos acerca a lo que está fuera del lenguaje, del conocimiento, porque a veces puede leer lo más oculto de nosotros y nos acerca a nuestro propio desamparo. Y tras esto nos brindan un buen número de recomendaciones que nos ayudan a la reflexión: escuchar sin interpretar, entrenarse en el arte de no intervenir, huir de la compasión o la caridad en un sentido vertical. Hablan de tres cualidades para el trabajo en salud mental: disponibilidad, firmeza y ternura. Y formarnos en un modelo para luego ponerlo en duda y flexibilizarlo:

No dejamos de sostener que la teoría es tan importante, pues nos orienta y sirve de parapeto cuando el terreno se pone resbaladizo. De otro modo, responderemos con el uso del poder jerárquico, la coerción, la coacción y las mil formas de daño invisible que tenemos a mano...el sistema sanitario, el modelo de enfermedad, los prejuicios de la sociedad y nosotros mismos, somos los grandes abastecedores de una gama muy amplia de exclusiones sutiles y tratamientos alienantes. (Colina y Martín, 2020, pps. 258-259).

Debemos facilitar la estabilización, los procesos autocurativos dentro de un acercamiento mayéutico y que nada sustituye a la presencia y al interés: “El fin último del trato es desaparecer de su vida. Nuestro cometido empieza por no estorbar, continúa no abandonando, se dispone a favor de las necesidades de las personas y termina por ser prescindible para ellas” (2020, p. 274).

En resumen, sí creemos que hay que trabajar siempre sobre un modelo. Un modelo no patologizador ni que destaque lo que no funciona en el otro o lo que está mal sino que se acerque con genuino interés, curiosidad y que pueda acompañar al otro intentando que pueda entenderse con menos sufrimiento, esa maquinaria de poder devolver en espejo un nuevo entendimiento de lo que le sucede y que el otro pueda incorporarlo es el modelo desde donde trabajamos. Un modelo que nos acerca a personas, con una biografía y un sufrimiento, no a un diagnóstico, ya que el modelo nos da entendimientos que debemos siempre entenderlos como provisionales, con posibilidad para que el otro los rechace y no se vea así, como devoluciones que pueden ser poco útiles y desde ahí seguir acompañando y seguir honestamente en el trabajo.

El modelo debe ofrecernos más preguntas que respuestas. El modelo nos permite caminar y darle sentido a lo que vemos pero nos atrapa y nos impide a veces entender las leyes y sentido del otro. Caminar sin modelo –por otro lado– es imposible y creer que no se tiene es peor. Nos vamos a vincular y construir esta alianza basada en nuestra honestidad, transparencia, aceptación del otro, y todas las contradicciones y paradojas que lleva esto.

En el sentido que avanza la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, desde aquí el problema de la discapacidad no está en la persona llamada discapacitada sino en una sociedad que no es capaz de adaptarse para igualar derechos (el problema de que una persona en silla de ruedas no pueda entrar en el autobús lo tiene el autobús, no la persona). Nosotros trabajamos poco en el cambio de la sociedad para que se flexibilice y se adapte a personas con diferencias y variaciones de todo tipo, por eso nuestras intervenciones se dirigen a normalizar al diferente (entrenamos a la persona en silla de ruedas para que pueda subirse al autobús, pida ayuda, pregunte, mejore la silla o sus habilidades para conseguir subir).

## Escucha y comunicación

Y pasando ya a lo que es escucha y comunicación, a un nivel todavía teórico pero que pretende ser práctico, tenemos que tener en cuenta que en toda conversación hay cuatro dimensiones:

- El contenido objetivo: de lo que se habla o se informa.
- La autoexposición: Lo que doy a conocer de mí mismo cuando estoy delante de la persona con la que converso, se incluye aquí la que es intencional pero también la información que le doy a los demás de forma involuntaria o no intencional.
- La relación: lo que pienso del otro, cómo me sitúo frente a él o ella y cómo nos comunicamos o nos estamos relacionando.
- La influencia: hacia dónde quiero llevar al otro, o quiero llevar la relación. No hay nada que se diga o se haga sin más o de forma azarosa.

Estas 4 dimensiones se hacen sumamente complicadas cuando vemos que se dan tanto en el usuario como en la profesional.

En términos de Sullivan (1989), una profesional de Salud Mental sería una experta en comunicación o conversación, debería ser sobre todo esto. Para poder tener una lectura técnica o de experto en este campo y poder desarrollar a través de esa conversación una relación o alianza plena que va a favorecer las intervenciones del modelo o de ayuda tendremos que poner en marcha varias cámaras de atención dirigidas a todos estos aspectos comunicacionales. Una de ellas dirigida con máxima atención a la persona con la que conversamos, para que pueda sentir y comprobar en todo momento las 4 dimensiones de la comunicación del usuario: lo que está hablando, lo que da a conocer de él mismo, y lo que quiere de mí o cómo se relaciona conmigo.

Pero no solo sirve esta cámara. Habrá que enchufar y poner también en modo manual otra de ellas que se dirija a mí misma y que en todo momento se fije en lo que estoy diciendo, en qué estoy exponiendo de mí, cómo me siento, qué quiero del otro y a dónde me gustaría llevarle y cómo me siento cuando esto lo consigo o no.

Todas estas cámaras en modo manual y enfocando con precisión en lo que necesito llevan energía, tiempo, cansancio. Además de ello, ya comentábamos

que es fundamental para que funcione que fluya la conversación de forma natural, no forzada, honesta y sincera. Por ello necesitamos un entrenamiento y un aprendizaje para manejarlas, localizar los problemas, y suficiente y constante supervisión.

Volviendo de nuevo al campo de la ética y para empezar a manejar la cámara que enfoca sobre la persona con la que trabajamos, es muy importante que tengamos claro que el paciente tiene derecho a decir, sentir y pensar con completa libertad. No hay nada sobre lo que no se pueda hablar. Evidentemente, si algo de esto se sale de los límites de lo profesional (sobre los que cada uno debe reflexionar) y compromete gravemente lo personal, la entrevista como tal debe terminar.

Afortunadamente esto no es lo más frecuente. El paciente puede sentirse perseguido, enfadado, alucinado, confuso, eufórico, enamorado, tranquilo o silencioso, y desde la libertad y el respeto, debemos mantener los objetivos profesionales que tengamos con cada paciente. Aunque en la entrevista “somos nosotras” como personas, a la vez estamos representando un papel por el que nos hemos formado y nos pagan: psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras, psiquiatras.

En las entrevistas no debemos dañar al paciente en el vínculo, a no ser que tengamos que hacerlo por un objetivo profesional, nunca personal. Podemos dañarle con alguna confrontación, señalamiento o interpretación, a veces con preguntas sugerentes o interpretativas, o con un silencio. Forma parte del viaje a veces producir daño. Hablar y conversar no es neutro, y la honestidad que preconizamos en este capítulo también pasa en poder decirle al otro lo que sentimos o pensamos pero debemos hacerlo siempre con la idea de que el paciente se entienda mejor en relación con otros, no porque queremos desahogarnos, o calmar emociones o angustias personales sin querer saber lo que eso le va a ocasionar al paciente.

En muchas ocasiones no podemos evitar que se produzca, nos pasará, nuestra lectura profesional nos exige estar atentos, darnos cuenta cuando esto se produce, explorar qué ha pasado, qué queríamos hacer, si ha sido algo emocional nuestro o algo de la mirada del otro, y tras mirar qué ha podido suceder pensar qué vamos a hacer con este daño en la alianza. Nuestro trabajo consiste en mantener una dinámica constante de acercamientos y alejamientos vinculares que debemos tratar de entender y dar sentido.

No obstante algunos modelos consideran estas intervenciones que producen daño siempre como un error. Es cierto, y debemos saber lo que en ocasiones originan en el otro. Intentamos que con ellas la persona piense o reflexione pero muchas veces cuando las hacemos mal, cargadas de emociones personales o con una actitud no verbal de prepotencia no ayudan a la reflexión sino a tener que defenderse, a sentirse dañados y a dañar el vínculo. Debemos elegir las intervenciones que protejan y refuercen el vínculo. Y no podemos obviar que nuestras intervenciones no son solo conversacionales sino que en ocasiones son conductuales o de hecho.

Con todo ello en cualquier entrevista profesional hay que pensar por qué y para qué hacemos determinada intervención. Esta reflexión no la solemos hacer en nuestra vida personal y por eso debe entrenarse mucho. Tenemos que hacernos preguntas sobre por qué intervenimos de esa manera, desde dónde nos surge, si tiene un objetivo profesional u obedece a algo más personal. Y sobre todo ello debemos poder reflexionar sobre esto de forma que parezca que la conversación es fluida y natural en todo momento, que también es algo que compartimos con otras artes, cuando nos parece natural y fluida la actuación de determinado artista, bailarín o músico pero esa natural fluidez le ha llevado muchas horas de formación y entrenamiento.

Sullivan (1989) entiende la entrevista como una situación de comunicación vocal en un grupo de dos, dando énfasis a las voces que llenan nuestros soliloquios y todavía de forma mucho más compleja nuestras entrevistas. Esta visión grupal del trabajo aunque sea con una sola persona sirve de introducción a reflexionar sobre nuestra escucha en espacios grupales que intenta completar el capítulo.

## **Los grupos de encuentro: del monólogo a la conversación y de la conversación al diálogo**

La terapia grupal se ha ido expandiendo en paralelo a la terapia individual en los últimos 80 años. De algún modo, diferentes autores han ido realizando esfuerzos en adaptar todos aquellos conceptos del encuentro individual al grupal, incluidos el de la escucha y el papel del terapeuta.

Muchos de estos conceptos cobran una complejidad mayor, o simplemente diferente, en el contexto grupal. En el encuadre grupal, se pasa de la relación bipersonal a la relación múltiple, de forma que tanto terapeuta (o conductor) como el resto de miembros transfieren y a la vez se ven reflejados sus patrones relacionales a diferentes miembros, con características diferentes.

Foulkes (2005) utilizó la metáfora “sala de espejos”, para explicar esto. Tal es la complejidad que muchos terapeutas que comienzan a formarse en psicoterapia grupal se sienten abrumados. Uno de los primeros pensamientos es que todo ese control que sienten en el encuadre individual, se les escapa en el grupal. El grupo nos obliga a renunciar a nuestro poder de expertos por su propia naturaleza. En el encuadre grupal los terapeutas perdemos ese supuesto poder de expertos para otorgárselo a esa matriz compleja que forman las distintas constelaciones de personas que forman ese grupo.

El grupo de psicoterapia, entendido desde una perspectiva grupoanalítica o interpersonal, nos coloca en una horizontalidad con respecto al resto de miembros. Debemos aceptar esa horizontalidad, adaptarnos a ella y trabajar con el grupo en facilitar con afecto genuino la emergencia de los elementos antes señalados los diferentes autores mencionados por otros autores que trabajan en el terreno bipersonal (Rogers, Linehan).

En concreto, el Grupoanálisis es una disciplina psicoterapéutica que nace a mediados del siglo pasado prácticamente en paralelo en ambos lados de occidente a través de Foulkes (2005), en Europa, y Burrow (1913), en EEUU. Partiendo del psicoanálisis freudiano y atravesando un momento social complicado (el apogeo nazi y la segunda guerra mundial), Foulkes, que había tenido que exiliarse de Frankfort a Londres, crea un cuerpo teórico donde integra la sociología de Elias (2008), las neurociencias de Goldstein y la psicología Gestalt de Lewin.

En estas conjunciones, y en una influencia marcadamente eisleriana, viene a afirmar que el ser humano es un punto nodal dentro una amplia matriz de interdependencias. Entonces, no vamos a poder entender la salud, la enfermedad, el sufrimiento, las experiencias de cada ser humano si lo aislamos de su contexto relacional y social. Tras estas teorizaciones y descubrimientos, y en pleno trabajo clínico en las plantas de heridos y traumatizados de guerra de un hospital británico (Northfield), Foulkes fue transitando su posición terapéutica de analista individual a conductor de grupos. El grupo, como espacio sociomental donde cada miembro puede transferir de forma completa su realidad interpersonal.

El principal objetivo del grupo es que quienes se integren en los grupos reduzcan su sufrimiento, retomen el desarrollo interpersonal que en algunas áreas ha quedado paralizado.

Para ello, vamos a tratar que el grupo tenga las siguientes características:

1. Un espacio de apego seguro (Bowlby, 1993): alcanzar una mayor confianza y gratificación en el encuentro con los otros y con el grupo, como metáfora de la figura materna con la que se establece un apego lo suficientemente bueno como para que la exploración y el intercambio no sea dañino ni amenazante. Que el grupo sea un lugar donde cada cual pueda revelar aquello que quiere revelar, pero también no hacerlo hasta que no lo desee. Que también sea un espacio lúdico, de juego. Mediante este las personas ponemos en marcha nuestra creatividad para observar y revisar nuestras armaduras. Cuando las personas nos sentimos escuchadas, somos capaces de desarrollar nuestra capacidad de escucha para reconocer acceder a la intimidad con el otro, compartiendo nuestras similitudes e interdependencias. Cuando nos sentimos mirados y reconocidos en nuestra individualidad, somos más capaces de admirar las diferencias del otro y reconocérselas.
2. Un espacio reflexivo que favorezca la actitud mentalizadora (Bateman, Fonagy, 2016). Trataremos de alcanzar una mayor capacidad de sentir y expresar emociones antes amenazantes y poder pensar sobre ellas. A lo largo de nuestro trayecto vital, hemos tenido experiencias relacionales con una carga de angustia que han interrumpido nuestra capacidad para sentir y explorar nuestras emociones. Esta generalidad está en la base de la mayoría de las patologías. Una experiencia grupal segura y fiable puede ayudar a cada cual a retomar ese camino en el que poder explorar las intensas (o no) emociones que se despiertan en la relación con el otro, poder sentir-las, ponerles nombre, compartirlas. Es realmente gratificante cuando ese camino los miembros del grupo lo hacen ayudándose unos a otros, como en un proceso de contagio terapéutico.
3. Como laboratorio de relaciones interpersonales: lograr una comprensión más útil y clara de lo que le ocurre a cada miembro y entender su patrón relacional en su contexto cercano, su familia y grupos de pertenencia. Los miembros del grupo acudirán a este con un monto vivencial de confusión, temor, persecución, abandono, exclusión, del mundo social y familiar que

les rodea. El grupo les permitirá poner en marcha sus patrones relacionales, y pensar sobre ellos junto a otras personas que desean iniciar ese mismo viaje.

En ese viaje también habrá desencuentros, rupturas, riesgos. Nadie es falible, tampoco los conductores. Pero estos tendrán la responsabilidad y el compromiso de poder retomar esos conflictos desde la aceptación, el afecto y la escucha ética.

Algunas cuestiones básicas en el funcionamiento de los grupos:

1. El papel del Conductor: El conductor del grupo tendrá que evitar colocarse como un experto diagnosticador o mensajero de la verdad. Partimos de la base, explicada anteriormente, de que cada persona, sea cual sea su diagnóstico, es experta en su propia vida. El conductor deberá favorecer un clima adecuado para que la escucha de los diferentes miembros sea empática, ética, respetuosa y las intervenciones honestas y valientes. La búsqueda de una forma de «análisis del grupo por el propio grupo incluido el conductor» (Foulkes, 2005) conlleva que el profesional deje de un interpretador neutral y externo a la vida grupal para integrarse en la vida del mismo. Sus funciones (Sunyer, 2007) –convocante, higiénica, verbalizante, conductriz y conceptualizante– favorecen que el conductor no sea quien necesariamente interprete; sino quien favorezca la búsqueda de significados que aparecen a través de las relaciones y las circunstancias que se den en la vida del grupo. El compromiso ético del conductor va a estar implicado emocionalmente en lo que va ocurriendo. Esto supone aceptar las emociones, los recuerdos y las inseguridades que se ponen en marcha a través de las relaciones del grupo. Y en ocasiones, cuando lo estime necesario e importante, poder autorrevelarlas.
2. La mutualidad: Por mutualidad entendemos la consecuencia de una actitud compartida entre las personas que constituyen un grupo, un equipo, una pareja, a través de la que creamos significados comunes, negociamos nuestros deseos y necesidades y compartimos nuestros temores y esperanzas. Con el fin de contribuir al desarrollo del proceso grupal, construyéndonos a través de él, y estableciendo dinámicas y equilibrios de influencia mutuas. En el terreno de la psicoterapia de grupo o en las intervenciones grupales, “la mutualidad es la actitud de la que dimana el esfuerzo por reconocernos a través de nuestras aspiraciones, deseos y comportamientos, y viéndonos reconocidos totalmente por los demás a partir de la interacción que se

establecen” (Sunyer, 2007: 1). No es una idea tan fácil de aceptar. No siempre es bonita. Supone asumir que lo que a ti te pasa también tiene que ver conmigo, y viceversa. La idea de mutualidad implica que todos se corresponsabilicen de lo que en el grupo sucede.

3. El Aquí y Ahora Grupal: Una idea tradicional en psicoterapia de corte analítico es que hay que otorgar al analista todos los entresijos de nuestra biografía, todas nuestras heridas. Entendemos la importancia de esto, pero en su valor relacional, que se deriva de la confianza que se establece entre los dos (terapeuta y paciente) cuando el último expresa algo íntimo. Muchos autores posteriores, se ocupan de desmitificar esta creencia otorgando el acento en lo que ocurre en el aquí y ahora de una relación viva, en el caso grupal: el que se establece por parte de los miembros del grupo incluido el conductor. En palabras de Foulkes (2005, p. 141): En el grupo no buscamos la causa genética de una perturbación en el pasado, lo que necesitamos se encuentra en la red actual. El análisis grupal no está tan preocupado por cómo las personas se han convertido en lo que son sino en preguntarse ¿qué les cambia o qué les impide cambiar? Todo lo que debe encontrarse se puede encontrar en el aquí y ahora.

En definitiva, vivimos en un momento social y sanitario donde se impone la demanda individual en problemas que tienen que ver con lo relacional y lo colectivo. Tal demanda va dirigida a pedir y encontrar recetas que nos hagan sentir mejor rápido y pronto (pastillas o intervenciones individuales cortas). Sin embargo, esos síntomas se enmarcan indefectiblemente en un contexto interpersonal y social.

El hecho de entender la realidad psíquica no aislada de su marco social, nos lleva a pensar en el grupo psicoterapéutico como una herramienta ética y apropiada para asistir a todas esas personas que tienen un nivel de sufrimiento elevado. El grupo –como microcosmos social– tiene la potencia de recrear en un espacio reflexivo y de cuidado, todo aquello que las personas vivimos y hemos vivido en el mundo externo. Nos permite actualizar en el aquí y ahora nuestro patrón relacional, con el objetivo de hacernos más conscientes y responsabilizarnos de nuestro modo de proceder ante los conflictos con los otros, así como resignificar las experiencias complicadas presentes y pasadas.

## Referencias bibliográficas

- Bajtín M. (2003). *Problemas de la poética de Dostoievski*. Fondo de Cultura Económica, 2ª ed.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Desclee de Brouwer.
- Bion, W. (2015). *Aprendiendo de la experiencia*. Ed Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Ed Paidós.
- Burrow, T. (1913) *Group Analytic Essays. En Gatti Pertegato, E.; Pertegato, G. O. From Psychoanalysis to Group Analysis. The pioneering work of Trigant Burrow*. London: Karnac.
- Chadwick, P. (2008). *Schizophrenia: The Positive Perspective: Explorations at the outer reaches of human experience*. Ed Routledge.
- BOE (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Ratificación de la Convención hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006).
- Cooke, A. (Editora). Varios autores (2014). Comprender la psicosis y la esquizofrenia. Informe de la Division of Clinical Psychology.
- Davidson, D. (1995). *De la verdad y de la interpretación*. Gedisa, Barcelona.
- DSM-V (2014). Ed Panamericana.
- Duncan, B. (2012). *On Becoming a better Therapist*. American Psychological Association.
- Elias, N. (2008). *Sociología fundamental*. Barcelona: Gedisa
- Esquirol, JM (2006). *El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Gedisa: Barcelona.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002) *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Forero Mora J. (2010). *El principio de caridad interpretativa como condición de posibilidad de fusión de horizontes*. Sacado de [www.researchgate.net/publication/313875527](http://www.researchgate.net/publication/313875527)
- Foulkes, S. H., (2005). *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. [1948]. Barcelona: Cegaop, Press.

- Freud, S. (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. En Sigmund Freud. *Obras Completas* 2ª Ed. Biblioteca Nueva, tomo V, 1972. LX: 1661-1674
- Gadamer, HG. (2017). *Verdad y método*. 14ª Edición. Ediciones Salamanca.
- Igartúa Ugarte, I. (1997) *Doctoevski en Bajtín. Raíces y Límites de la Polifonía*. EPOS XIII.
- Isaacs, W. (1999) *Dialogue: The Art of Thinking Together*. Ed Crown Business.
- Karasu, T. (2001). *The Psychotherapist as healer*. Aronson. New Jersey.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills training Manual*. 2ª Ed. Guilford Press.
- Luque, R. & Villagrán, J (2000). *Psicopatología Descriptiva*. Ed Trotta.
- Marietán, H. (1996). *Curso de Semiología Psiquiátrica*. Ed Ananké.
- Martín, L. & Colina, F. (2020). *Manual de Psicopatología*. Ed. AEN.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999) *La Entrevista Motivacional*. Paidós. Barcelona.
- Monteagudo, C (2013). El diálogo posible entre dos tradiciones. Entre la “escucha del otro” y el “principio de caridad”. Pp 267-282. *Areté, revista de filosofía*. Vol XXV, nº 2.
- Pakman, M. (2011) *Palabras que permanecen, palabras por venir*. Gedisa, Barcelona.
- Ricoeur, P. (2007). *Freud: Una Interpretación de la Cultura*. Ed Siglo XXI.
- Rogers, C. (2011). *El proceso de convertirse en persona (Contextos)*. Ed Paidós.
- Safran, J.D. & Muran, J. CH.(2003) *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. NewYork: Guilford Press. (Trad. Cast: La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao; Desclée de Brouwer, 2005).
- Schultz Von Thun, F. (2012) *El Arte de Conversar*. Ed Herder.
- Seikkula, J. & Arnkil, TE el als. (2016) *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial.
- Sullivan, H. S. (1954) *The psychiatric interview*. New York: Norton. (Trad. cast: La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires; Pique; 1989)
- Sunyer J. M. (2007) *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sunyer, J. M. (2007) *Terminología de Psicoterapia: Mutualidad*. Sacado de <http://www.grupoanalisis.net/wp-content/uploads/2018/02/Mutualidad-pdf.pdf>.
- Watzlawick, P. (1994) *El Lenguaje del Cambio*. Nueva Técnica de la comunicación terapéutica. Herder. Barcelona.

# **06**

## **Abordar la crisis en la comunidad: la hospitalización domiciliaria. Fundamentos y proceso**

---

**Carmen Cañada Gallego**

**Ana Moreno Pérez**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

## **Contexto: Alcalá y la red de atención a la pérdida de la salud mental**

La atención comunitaria y sus principios. La red de Salud Mental de Alcalá

Desde los primeros movimientos de reforma, con un desarrollo muy desigual, se ha ido abriendo paso la necesidad de una aproximación a las personas aquejadas de sufrimiento psíquico intenso que parta del conocimiento de la influencia de los determinantes sociales y la adversidad en el desarrollo de ese sufrimiento. Esa manera de pensar el sufrimiento psíquico y la organización de los servicios de salud mental pone en primer plano el respeto a los derechos humanos y las preferencias de las personas y debe ser capaz de crear entornos de colaboración con las personas con el objetivo de ayudarlas a reducir su sufrimiento y restaurar la capacidad de hacerse cargo de sus propias vidas.

Los servicios de salud mental del siglo XXI deben ofrecer alternativas de calidad, valoradas por las personas como útiles para cumplir el objetivo de vivir una vida digna y con sentido, sea cual sea la clínica por la que se han aproximado a los servicios. La Declaración de Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, los sucesivos informes del Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Devandas Aguilar 2019; Puras 2017), la investigación dedicada a reducir el uso de la coerción (Bowers et al. 2014; Gather et al. 2020; Hem, Molewijk, and Pedersen 2014; Moreno Pérez, Ibañez Rojo, and Gomez Beneyto 2017; Nocete Navarro et al. 2021; Osborn et al. 2010) y a encontrar modelos explicativos de la aparición de problemas de salud mental que sean capaces de entender al ser humano en relación permanente con su entorno (Johnstone and Boyle n.d.) nos permite avanzar hacia una visión más ecológica y sensible con las necesidades humanas y a ofrecer servicios acordes a estos conocimientos.

En la década de los 80 del siglo XX se oficializa en España la reforma psiquiátrica (Desviat 1994; Fernández Liria 1997; M Desviat and Moreno 2012). Esta reforma consiste en la transformación de un modelo marginal, disgregado y manicomial hacia otro modelo de atención a la salud mental de carácter comunitario. La filosofía que subyace a esta propuesta de atención es

que las personas con problemas de salud mental no deben ser excluidas de su comunidad, que la atención se debe prestar lo más cerca de su entorno y con una perspectiva de salud pública. Dicho abordaje reconoce también que las necesidades de estas personas en su funcionamiento e integración en la comunidad son múltiples y variadas, algunas sanitarias, pero otras trascienden el ámbito sanitario y se manifiestan en dimensiones sociales y psicosociales (Liria, Pérez, and Cases 2011).

El proyecto de creación de la red de servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares data de 1991. Trata, partiendo de unos pocos recursos dispersos y no coordinados, de establecer una red de atención a los problemas de salud mental que pueda ofrecer los recursos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo –en sus múltiples variantes– a la población sobre la que tiene responsabilidad.

Los principios sobre los que se asienta son los característicos de la psiquiatría comunitaria (Desviat 2007):

- a) Integración de la atención a los trastornos mentales por ley en el sistema sanitario general
- b) Integración funcional de todas las redes de servicios psiquiátricos en una sola red
- c) Creación de sistemas de coordinación y enlace con Atención Primaria y Servicios Sociales
- d) Provisión de servicios para áreas geográficas definidas coincidentes con las áreas sanitarias
- e) Creación de equipos multidisciplinares
- f) Provisión de recursos y dispositivos comunitarios sanitarios y sociales
- g) Puesta en marcha de programas para grupos diagnósticos específicos
- h) Desarrollo de una estructura administrativa para el desarrollo, monitorización y evaluación sistemática de la reforma
- i) Formación de los profesionales.

La figura 1 representa los elementos de la red de atención a la salud mental que se describen. Cada uno de los dispositivos está conformado por un equipo interprofesional (trabajan en la red más de 200 personas).

## Figura 1

La red de atención a la salud mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias



La red se inscribe en las características de un sistema nacional de salud (público, gratuito en el momento de uso, universal, accesible y descentralizado), aunque algunas de estas características fueron modificadas, para recortarlas, por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Una descripción detallada de la red puede verse en (Liria et al. 2011). Aunque describiremos los objetivos fundamentales de cada “columna”, todos los dispositivos del área incluyen elementos de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo social y tienen una naturaleza mixta que incluye elementos estrictamente sanitarios, más psicosociales y puramente de apoyo. Clasificaremos los dispositivos de acuerdo con su naturaleza predominante según un esquema en el que las columnas de la figura 1 se situarán de izquierda a derecha desde un polo más “sanitario”, orientados, sobre todo al tratamiento, pasando por dispositivos más puramente “rehabilitadores”, hasta un polo más de “apoyo social”.

La primera columna que aparece en la figura 1 representa la Atención Primaria. En un modelo basado en los principios longitudinalidad, accesibilidad y atención continuada de los pacientes, Atención Primaria es el recurso fundamental del sistema sanitario para abordar los problemas de salud de la población a su cargo, desde la prevención hasta el acompañamiento en los momentos finales de la vida. Algunos estudios han mostrado que mantener esa longitudinalidad tiene

una incidencia importante en la expectativa de vida de los pacientes y consumo de recursos de tercer nivel (Sandvik et al. 2022). El Centro de Salud Mental, desde esta perspectiva, tiene una labor fundamental en la coordinación con Atención Primaria (a través del programa de especialista consultor de presencia física) que sirve tanto de apoyo a Primaria como de derivación para las personas cuyas necesidades exceden las posibilidades de Primaria.

El Centro de Salud Mental, situado en la columna 2, la de atención sanitaria especializada, es el elemento central de la red. Constituyen la vía principal de entrada a la red, trabajando en segunda línea respecto a la Atención Primaria de Salud. La idea fundamental es que los pacientes llegan derivados desde Atención Primaria y allí, tras la evaluación, se propone un plan de tratamiento que puede incluir recursos propios del CSM u otros recursos de la red (por ejemplo, para personas cuyas dificultades alcanzan todas las facetas de la vida es frecuente utilizar recursos de esta y otras columnas; para personas con problemas fundamentalmente derivados de la existencia de un trauma complejo, es frecuente utilizar recursos de CSM y hospital de día...). Existen programas diferenciados por grupos etarios. En los últimos años hemos desarrollado un trabajo por procesos (trastorno mental grave, trastornos de la conducta alimentaria, primeros episodios psicóticos y trastornos de personalidad-trauma complejo) que facilitan y ordenan el trabajo multiprofesional y multidispositivo con el objetivo de que los tratamientos sean coherentes, secuenciales y adaptados a la necesidad del paciente.

Existen en esta “columna sanitaria” otros dispositivos que dan cuenta de las necesidades de atención urgente, hospitalización, hospitalización de día, interconsulta y enlace... En los últimos años, de acuerdo a la idea de que aumentar las alternativas terapéuticas permite reducir la coerción y adaptarse mejor a las necesidades del paciente y su entorno, hemos incorporado la Unidad de Atención Temprana (que trabaja con personas que atraviesan un primer episodio psicótico y su entorno, en la comunidad, con principios basados en diálogo abierto) y la hospitalización domiciliaria.

La tercera columna pretende atender las necesidades de rehabilitación de las habilidades y hábitos de vida (desde habilidades relacionales hasta rehabilitación vocacional) que se han visto dañados por la irrupción del trastorno mental y evitar el aislamiento de aquellas personas que requieren un sostén continuado en la comunidad (centro de día y equipos de apoyo sociocomunitarios).

El trastorno mental puede poner a la persona en inferioridad de condiciones para buscar las alternativas residenciales que considere oportunas. La cuarta columna, con un gradiente de menor a mayor supervisión, da respuesta a estas necesidades residenciales.

La columna cinco aporta alternativas laborales y de ocio para las personas que, por el trastorno que padecen o la discapacidad que provoca no pueden acceder a un entorno laboral y de ocio normalizado en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Ninguna de estas columnas ni de los dispositivos que las integran tienen sentido por sí mismas ni tienen la capacidad de sostener el sufrimiento psíquico intenso que presentan algunas de las personas que atendemos. Hace falta una red con la que compartir el trabajo y el sostén, flexible para adaptarse a necesidades diversas que van cambiando también a lo largo de la biografía de la persona. Los pacientes que requieren simultánea o sucesivamente del uso de más de uno de los dispositivos de la red tiene asignado un coordinador de cuidados que se encarga de guiarle para lograr el mejor aprovechamiento de la oferta asistencial y de coordinar la actuación de los profesionales encargados de ese paciente en los dispositivos que usa para hacerlos actuar sinérgicamente en un plan individualizado de atención.

Los dispositivos de los que hemos hablado tienen una dependencia administrativa diversa (el Servicio Regional de Salud, la Consejería de Servicios Sociales, el Ayuntamiento de Alcalá) y los proveedores de atención final son diversos también (desde empleados públicos a empresas concertadas) –ver figuras 2 y 3–.

## Figura 2

Financiadores de la Red de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias



## Figura 3

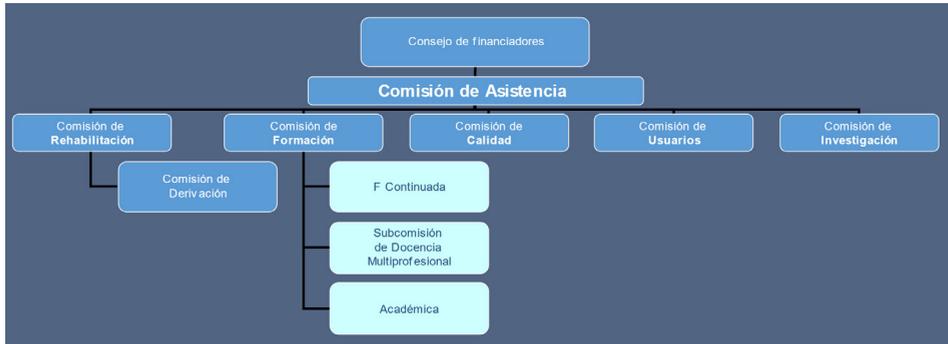
Proveedores de atención de la Red de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias



La red está dotada de una estructura pensada para la integración de los servicios y las prestaciones que den respuesta de forma integral a las necesidades complejas y variadas de las personas aquejadas de sufrimiento psíquico, sea cual sea la procedencia de los recursos. En la figura 4 puede verse la organización a través de comisiones en las que están representados (figura 5) todos los dispositivos de la red.

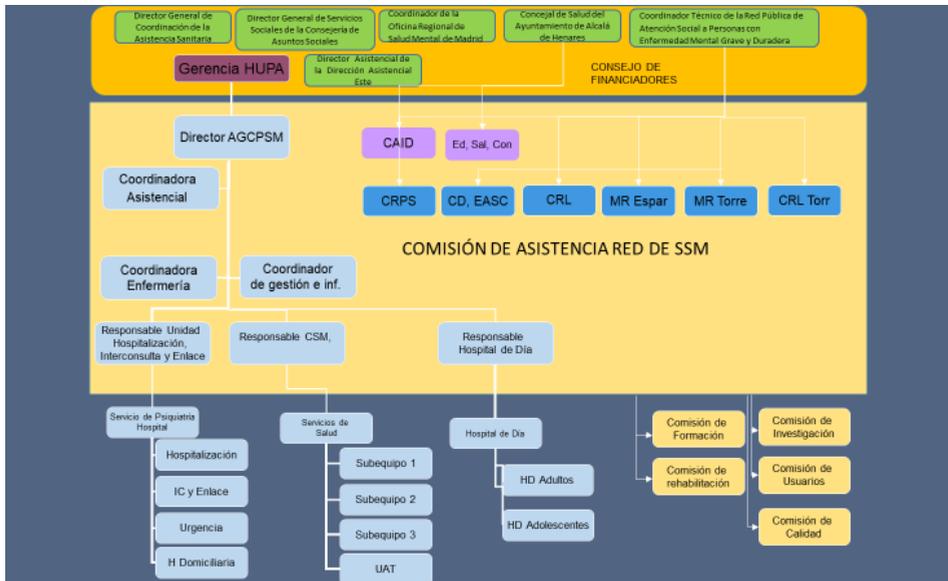
### Figura 4

Organigrama de la Red de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias



### Figura 5

Composición de las comisiones



La red de Salud Mental de Alcalá ha sido pionera en Madrid en diversos aspectos:

- En la puesta en marcha de programas de continuidad de cuidados (junto con Leganés)
- Primer CRPS de la Comunidad de Madrid
- Programa especialista consultor con presencia física en Atención Primaria
- Hospital de día con tratamiento específico para trastornos de personalidad basado en la mentalización
- Programa de hospitalización domiciliaria
- Trabajo por procesos
- Unidad de Atención Temprana para primeros episodios psicóticos.

En la red se lleva a cabo también una importante labor docente tanto de pregrado (con la participación de los profesionales en la Facultad de Medicina y de Enfermería) como de postgrado (formación de especialistas; dirección del máster de Psicoterapia Integradora de la UAH y participación de los profesionales en el mismo...)

La red de Salud Mental de Alcalá se compromete con un modelo asistencial comunitario que tiene como objetivo la recuperación de las personas afectadas de sufrimiento psíquico y se adhiere tanto al Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción (Asociación Española de Neuropsiquiatría et al. 2016) (promovido y suscrito por la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental, En Primera Persona, VEUS y Confederación Salud Mental España) como a las recomendaciones del Comité de Bioética de España en torno al uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. En este sentido, trabaja explícitamente en:

- Los planes individualizados para identificar y gestionar riesgos
- Formación y utilización en desescalada verbal como primera forma y prioritaria de afrontar situaciones de tensión
- La creación de la cultura de “decir sí” y “se puede hacer”
- Resignificar el trabajo del personal
- Registro de CM
- Mejora de las condiciones de vida en la UHB
- Decisiones anticipadas en Salud Mental

- Formación continuada en ambiente terapéutico y en cuidados conscientes del trauma.
- Apoyo a familiares y allegados
- Espacios de cuidado del profesional

En esta línea se inscribe la creación de un programa de hospitalización domiciliaria.

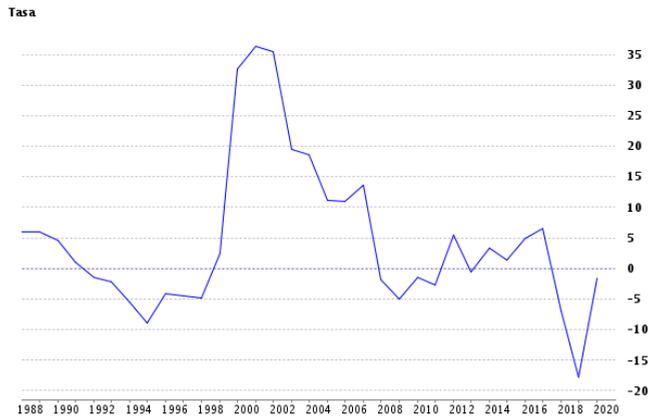
## **Caracterización de la población de Alcalá**

La red de servicios de salud mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias proporciona atención a la salud y los trastornos mentales de un área geográfica de aproximadamente 250.000 habitantes divididos en un gran municipio de la periferia de Madrid del que dista aproximadamente 25 km, y algunos pequeños municipios aledaños con un perfil de población residencial, rural o semi-rural.

Alcalá de Henares es una población importante de la periferia de la Comunidad de Madrid, la tercera por número de habitantes después de la ciudad de Madrid y Móstoles, con tradición universitaria. Ha sido una ciudad receptora de emigración durante los primeros años del siglo XX. Ciudad industrial también, padeció fuertemente la crisis de 2008, con el cierre de algunas de las fábricas emblemáticas de la ciudad, lo que produjo, por una parte, un importante movimiento de protesta y solidaridad social –el Campamento de la Esperanza-, y una precarización importante de las condiciones de vida para muchos de sus habitantes. En la figura 5 se puede apreciar la tasa de migración de los últimos años (Alcalá es la segunda ciudad de la Comunidad de Madrid en % de población extranjera).

## Figura 5

Tasa de migración Alcalá de Henares.



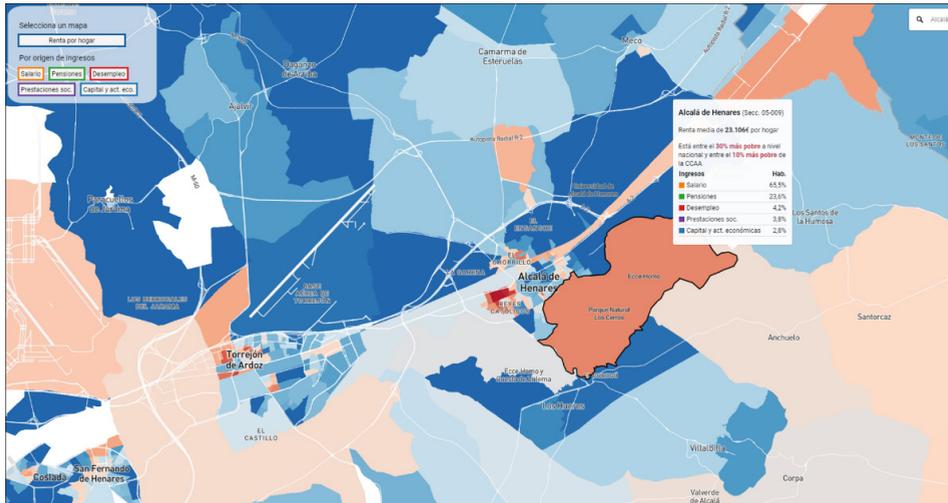
Fuente: Banco de Datos estructurales. INE

La población total de Alcalá ha decrecido en los últimos años, pasando de un padrón de algo más de 204.000 habitantes en 2009 a algo menos de 196.000 en 2021. Podríamos decir que la crisis económica de 2008 y la repercusión de las medidas para afrontarla y los atentados de Atocha de 2004, que golpearon especialmente a la población que utilizaba el transporte del Corredor del Henares, han sido dos hechos recientes que han tenido una repercusión importante en la población de Alcalá. En el momento de escribir este artículo, no podemos dejar de mencionar la pandemia por COVID 19, las familias golpeadas por el fallecimiento de sus miembros sin la posibilidad de acompañamiento y la incertidumbre, como otros de los elementos a tener en cuenta cuando se abordan los problemas de salud mental de la población.

La renta media bruta de Alcalá de Henares se sitúa en 29.086 € anuales. La distribución no es homogénea, existiendo barrios muy pobres, con niveles de desempleo elevados, dificultad en el acceso a la vivienda y pobreza infantil, junto con otros residenciales cuyas condiciones de vida son menos difíciles (Javier Ponte n.d.). En la figura 6 se muestran estos datos. En los municipios colindantes la renta varía entre los 23000 € anuales de Valdeavero y los 35000 de Villalbilla (datos 2019).

**Figura 6.**

Distribución de renta Alcalá de henares.



Fuente: Datos INE

## Puesta en marcha del programa de hospitalización domiciliaria

El hospital Universitario Príncipe de Asturias dispone de 18 camas de hospitalización breve para atender las necesidades generadas por problemas de salud mental a una población aproximada de 250000 habitantes. Esto ha sido así desde el año 2012. Del año 1999, momento de su apertura, al 2012, la población de referencia incluía Torrejón de Ardoz y los pueblos aledaños, un total de 450000 Habitantes.

La red ha sido deficitaria, desde el inicio, en camas de hospitalización lo que ha generado que ingresaran sólo personas en situación (por la clínica, por la posibilidad de acompañamiento del entorno,...) imposible de manejar de forma ambulatoria. Esto genera estancias largas en la urgencia, estancias largas en el hospital, situaciones muy complejas en la planta. La apertura del Hospital de Torrejón (que redujo nuestra población de referencia a 250.000 habitantes) y la disponibilidad de una psiquiatra y una enfermera (por la reordenación de recursos humanos) nos permitió repensar la forma de atención a situaciones de crisis.

Sobre la hospitalización, pensamos en los aspectos terapéuticos y no terapéuticos de la hospitalización, el efecto que pueden tener las prácticas coercitivas en relación a la posibilidad de ofrecer una experiencia positiva durante la hospitalización a la persona ingresada, las situaciones que afrontan profesionales y pacientes y posibles oportunidades de mejora. Sobre alternativas a la hospitalización pensamos en alternativas a la hospitalización psiquiátrica: modelos, elementos críticos, selección de pacientes, resultados y elementos comunes a las experiencias que son vividas como de buen trato.

Las indicaciones de la hospitalización psiquiátrica están poco definidas: que la persona no esté en condiciones de recibir tratamiento en la comunidad (indicaciones clínicas, indicaciones por la quiebra del sistema de apoyos, indicaciones por desbordamiento de la red). Aunque el ambiente terapéutico, entendido como espacio capaz de contener y otorgar significado a las experiencias y conductas del paciente, y posibilitar el cambio y la aplicación de otras medidas terapéuticas, es uno de los elementos fundamentales que el hospital puede ofrecer, la hospitalización adolece de grandes problemas (Hardcastle et al. 2009):

- La experiencia del ingreso puede ser traumatizante (Brimblecombe N. 2001)
- Uso de la contención mecánica
- Involuntariedad
- Infantilización, en el sentido de que el individuo deja de asumir responsabilidades (sobre aspectos básicos como a qué hora levantarse, ducharse o no, visitas, llamadas...), al margen de que esté preparado para ellas o no.
- La “maquinaria” institucional, dificulta un acceso rápido y personalizado a los recursos que necesite la persona.
- Queme profesional, en relación a la sobrecarga de trabajo, el trabajo continuado con el sufrimiento, falta de espacios de formación, supervisión y descanso, necesidad de respetar y hacer respetar normas y reglas que no siempre se comparten o se entienden...

En cuanto a las alternativas a la hospitalización, simplificando muchísimo los diversos programas que existen en la comunidad, podríamos clasificarlos en aquellos que intentan prevenir la hospitalización (permanencia en la comunidad y en las mejores condiciones posibles de personas con enfermedad mental grave

y duradera: programas de continuidad de cuidados, asertivo comunitario...) y aquellos que se plantean como alternativas a la hospitalización (intervención en crisis y distintos modelos de alternativas a la hospitalización).

Todos los modelos que se presentan como alternativos a la hospitalización tradicional tienen en cuenta principios de **intervención en crisis** (en el sentido que da Caplan cuando habla de prevención) como un proceso que busca **influir activamente** en el funcionamiento psíquico de una persona durante un **periodo de desequilibrio** para **aliviar el impacto inmediato** de los eventos estresantes, y **ayudar a reactivar las actividades afectadas por la crisis**. A través de la evaluación e intervención adecuadas busca:

- garantizar la **seguridad** del paciente y de terceros
- ayudarlo a **afrentar** eficazmente el problema
- **empoderarlo** para hacer frente a futuros acontecimientos vitales

Entre las alternativas a la hospitalización podemos mencionar (Osborn et al. 2010; Salvador-carulla 2012)

- Unidades Residenciales Clínicas
- Unidades Residenciales No-Clínicas
- Unidades psiquiátricas en hospital general con modelos de enfermería innovadores
- Diálogo abierto
- Casas de crisis
- Equipos de intervención en crisis y hospitalización domiciliaria

Nos interesaron especialmente los equipos de intervención en crisis y la hospitalización domiciliaria que, aunque tiene precursores en muchos otros lugares, han adquirido un desarrollo importante en Inglaterra (desde el año 2000 están incluidos en el NHS Plan – Crisis teams, assertive outreach, early intervention mandatory). Algunos de los temas comunes que aparecen repetidamente en la bibliografía (Clark, Khattak, and Nahal 2008; Hubbeling and Bertram 2012; Hunt et al. 2014; Johnson 2013) tienen relación con:

- Evitar el hospital: costoso, estigmatizado e impopular, mejor poder invertir recursos en otros lugares
- Las relaciones terapéuticas pueden ser más fuertes y más horizontales en el hogar de los pacientes

- Las redes sociales pueden movilizarse más eficazmente
- Trabajar en comunidad hace que los desencadenantes sociales de la crisis sean más visibles
- Más probabilidades de adquirir habilidades sostenibles de afrontamiento

Se suele aceptar que las características clave de estos programas son:

- Funciona 24 horas/día. Se centran sólo en las personas en riesgo de ingreso
- Controlan todos los ingresos agudos de 18-65 años: nadie es admitido sin su acuerdo
- Utilizar estrategias asertivas de participación para evitar la admisión
- Visita intensiva por un período limitado: 3-4 semanas
- Ofertan una gama de intervenciones médicas, psicológicas y sociales para resolver la crisis
- Se centran con frecuencia en reuniones de sistemas de redes para abordar desencadenantes sociales, movilizar redes

Es muy interesante la descripción que hace S. Jolie (Sjolie, Karlsson, and Kim 2010) de los elementos esenciales de proceso de estos programas: ser móvil, tratar en casa y orientarse hacia el individuo y su red:

- Ser móvil no es llevar los mismos cuidados del hospital al domicilio, ser móvil significa abrir nuevas posibilidades para involucrar en el cuidado al ambiente en el que el paciente vive. Ser móvil abre la posibilidad de conocer las circunstancias sociales que tienen un peso importante en la situación del paciente y poder intervenir. Enriquece la comprensión de lo que pasa y facilita una toma de decisiones “personalizada”
- Tratar en casa: La intervención en crisis se realiza donde se ha producido la crisis, existiendo una mayor probabilidad de entender la crisis e incorporar las necesidades sociales. Nivelan la relación de poder entre profesionales y pacientes y familias. Permite escuchar y hablar **con** ellos, no **de** ellos. Las necesidades y prioridades se establecen con el paciente y sus familiares. Por otra parte, la exposición del profesional al marco de referencia del paciente facilita que se adapte a las necesidades cambiantes del paciente y sus familiares. Pacientes y familiares parecen más dispuestos a hablar de sus problemas actuales en el entorno seguro y confortable de su casa. Tratar en casa conlleva un reparto distinto del poder en la relación, para

- contribuir a nivelarlo, una responsabilidad compartida y una ausencia de marco institucional para el que los profesionales necesitamos preparación.
- En cuanto a enfatizar la orientación al individuo, a la familia y a la propia red social, unos hacen más hincapié en las necesidades sociales; otros, en favorecer una ocasión de desarrollo y aprendizaje para todas las personas involucradas, co-crear un nuevo conocimiento de la situación

Además de estas lecturas, fuimos a visitar a unos compañeros en Valencia que desarrollaban un programa similar desde hacía años (E Aguilar, MF Valdivia, A Luengo 2012). En Octubre de 2012 el programa de hospitalización domiciliaria comenzó a funcionar con una psiquiatra, una enfermera, un teléfono, un vehículo, algunos documentos (Dependientes et al. 2014) y grandes dosis de ilusión.

## **Descripción del programa**

En este momento, 10 años después de su puesta en marcha, el programa ha crecido en todos los sentidos. Ha aumentado el número de profesionales que componen el equipo, el número de personas a las que se atiende y el rango de edad, y ha aumentado también el reconocimiento dentro del área como dispositivo de referencia para la intervención en crisis.

Actualmente el programa lo llevamos a cabo 3 enfermeras y 2 psiquiatras, con dos coches, dos teléfonos y un despacho común ubicado en un Centro de Atención Primaria. Se atiende a personas en situaciones de crisis independientemente del diagnóstico con el que se etiqueta la misma. Inicialmente el programa estaba enfocado hacia la atención a población mayor de 18 años, sin límite de edad, pero con el aumento de personal asociado a la pandemia por covid, se decidió ampliar el rango de actuación a población infanto-juvenil desde octubre de 2020. El ámbito de intervención es la población de la ciudad de Alcalá de Henares y de los municipios que pertenecen al área.

Las personas son derivadas al programa desde diferentes lugares del área; la unidad de hospitalización breve, la urgencia del hospital, la interconsulta o los centros de salud mental. Los criterios de ingreso en el programa son los mismos

que los del ingreso hospitalario y a día de hoy, tratamos de priorizar el ingreso en el domicilio porque lo consideramos más beneficioso con respecto al ingreso tradicional. Reservamos la opción del ingreso en la unidad de hospitalización breve para personas con una situación familiar o social que impide dar sostén durante la crisis, para quienes presentan alteraciones de conducta graves que dificultan la intervención en el domicilio o para aquellas que necesitan fundamentalmente ayuda para cuidados básicos (comida, aseo, rutinas), que no pueden aportarse desde el ingreso domiciliario. Y estos supuestos son siempre revisables y con el tiempo, tratamos de aumentar el perfil de pacientes a los que poder atender intentando contar con más actores que desde la comunidad se encarguen de aportar aquello que desde el equipo no podemos abarcar (como los centros de salud mental, los programas que dependen del ayuntamiento o de servicios sociales, las redes vecinales, los amigos o la familia extensa).

En el momento en que un profesional del área de los dispositivos mencionados detecta la necesidad de una intervención intensiva en una situación de crisis, contacta con el equipo, que se organiza para realizar una primera entrevista conjunta en el lugar desde el que se realiza la derivación. Esto nos permite transmitir una visión de trabajo en red, de ser parte de toda esta estructura que como decíamos previamente, no funciona si no puede engranarse como un todo. Además, esto ayuda a que la persona derivada no tenga que desplazarse a lugares que le puedan resultar más desconocidos, disminuye la desconfianza y facilita la vinculación. Los pacientes derivados desde la urgencia, son siempre presentados al equipo el mismo día de la derivación para que no tengan que permanecer en el hospital a la espera de ser atendidos. El objetivo de la entrevista de presentación es que puedan conocernos antes de abrirnos la puerta de su casa y concertar el lugar en el que van a comenzar las visitas. Permitir que profesionales a los que no conocen accedan a uno de los ámbitos más íntimos de la vida de cualquier persona como es la propia casa, no es fácil, por lo que tratamos de cuidar este momento y generar un clima de confianza y escucha. Invitamos al paciente a que decida qué personas prefiere que estén en la primera entrevista en el domicilio, y nos adaptamos a aquello que le resulte más cómodo.

Inicialmente realizamos visitas diarias, de aproximadamente 45 minutos de duración. Nos organizamos para realizar las visitas por parejas (enfermera y psiquiatra), además de los residentes en formación, que se incluyen en el funcionamiento cotidiano del equipo.

Cada pareja tiene asignado un número fijo de pacientes a los que acompaña durante el proceso de crisis. Tenemos un teléfono que está disponible 24 horas. Desde las 9:00 hasta las 16:00 lo atendemos las profesionales del equipo, pero a partir de esa hora está derivado a la unidad de hospitalización breve, por lo que tanto pacientes como familiares pueden contactar con la red de salud mental durante las 24 horas del día. Todos los días realizamos una llamada a la urgencia a primera hora de la mañana para saber si algún paciente ha acudido a urgencias o ha llamado por teléfono. Durante la primera parte de la intervención, el objetivo principal es que los pacientes puedan sentirse seguros con nuestra visita y acepten seguirnos viendo. Hablamos poco de síntomas y mucho de cuál es la dinámica de esa casa en concreto, quienes son los componentes de la familia, a qué se dedican, qué horarios de trabajo tienen, cómo es su rutina, quienes se encargan de los cuidados y de qué forma, qué necesidades tienen. Tratamos de hacernos un mapa de cómo se organiza la vida de cada hogar.

Habitualmente los pacientes se agobian con tener que dejar toda la casa recogida y limpia para nuestras visitas, con un cierto temor a que vayamos a examinar cómo viven y a que esto sea determinante en nuestras decisiones con respecto al tratamiento. Hay gente que incluso se empeña en enseñarnos la casa, como si la casa pudiera contarnos que los problemas que hay dentro de ella son más o menos graves. Y nosotras insistimos en que vamos a verles y a hablar con ellos, y que entendemos que el momento de crisis implica un momento de caos en cualquier hogar. Lo que sí nos transmite la casa, es que nos ayuda a ser conscientes de la situación en la que vive cada persona y a ser más respetuosas con las intervenciones. Una entrevista familiar en el domicilio da mucha información acerca de la complejidad de la realidad de cada hogar en el que habita el sufrimiento de los pacientes. Hay casas que tienen patio, jardín y piscina. Hay otras que están construidas en naves a las afueras de la ciudad donde es ilegal edificar y en zonas en las que a nosotras directamente nos da miedo estar. Hay barrios que tienen calles preciosas con hileras de árboles. Y también hay barrios donde están destruidos todos los columpios y al gobierno no le preocupa que tengan la basura en las calles y verdaderos hoyos en la acera o la carretera. Hay salones señoriales con sofá para todos y distancia de un metro entre cada una de las personas que estamos en la entrevista. Pero también estamos en salones en los que llegamos y no tenemos silla en la que sentarnos, o tenemos que quitar la ropa de la plancha para hacernos un hueco. Hay casas que están llenas de libros y otras en las que

no existen. Hay casas con fotos importantes para la familia, en las que aparecen personas de las que no se habla o personas que generan sufrimiento para alguno de los familiares pero otros se empeñan en mantenerlas. Hay cuadros y fotos que pueden llegar a ocupar toda una habitación, transmitir esa losa. Hay casas en las que cada familiar tiene una habitación propia y espacios comunes de recreo. Y también hay casas en las que viven muchas, muchas personas, que se esconden durante la entrevista para no revelar la situación de pobreza y hacinamiento en la que se encuentran. Hay familias que no tienen dinero para comprar la medicación. Y aunque el sufrimiento aparece en todas y cada una de estas circunstancias, los temas a tratar y la forma, varían mucho en función de dónde nos encontramos. Y en la recuperación incluimos aquello que a la persona le resulta más relevante, que a veces no será la desaparición de los síntomas, sino la ayuda a la búsqueda de vivienda o de empleo, o facilitar la tramitación de una prestación económica, la tarjeta sanitaria o el abono de transporte.

Animamos a los pacientes a realizar una vida lo más parecida posible a la que llevan habitualmente, y esto permite que las partes más sanas siempre estén presentes y salir del rol de enfermo incapacitado para cualquier labor. Hay personas que prefieren no ser visitadas en su domicilio por diferentes motivos. Para algunos, la presencia en la casa de determinadas personas de la familia genera inquietud y no les permite sentir que están en un contexto seguro. Otros prefieren que no formemos parte de ese espacio tan íntimo. Y algunas personas, simplemente se sienten más cómodas en la calle, paseando o tomando café. Somos muy flexibles en la intervención y abrimos desde el inicio la posibilidad de hacer las entrevistas fuera de la casa. De hecho, hay pacientes que son dados de alta del programa por recuperarse de la crisis, sin que hayamos entrado nunca en su domicilio. No tenemos habilitado ningún despacho para citas, y consideramos que esto es fundamental para el funcionamiento del programa, porque nos obliga a estar siempre en el entorno comunitario de la persona que acompañamos. Creemos que si tuviésemos despachos, sería fácil volver a lo de siempre cuando surgen estas dificultades, y de esta forma, aprendemos cada día a reinventar los lugares en los que poder realizar las entrevistas y nos aseguramos de que estamos siempre en la comunidad, en el barrio de la persona a la que atendemos. El objetivo principal del equipo es ayudar a que la persona en situación de crisis pueda restablecer una red comunitaria de apoyo que le ayude a sostenerse, y esto se hace mucho mejor si trabajamos en

la comunidad y con las personas que forman parte de la misma. Si tenemos en cuenta la frase que sostienen Caffentzis y Federici (Caffentzis and Federici 2019), “ningún común sin comunidad”, podríamos decir que ninguna persona puede caminar si no es con una comunidad que le sostiene y dentro de la cual tiene una responsabilidad hacia los demás.

La intervención es fundamentalmente de carácter psicoterapéutico, desde una perspectiva integradora. Tratamos de construir con el paciente y familiares una narrativa que permita darle un sentido a la situación de crisis, qué elementos han precipitado la crisis y hacia dónde pueden ir los caminos para la mejoría. El significado que cada persona le da a su propio proceso de crisis puede ser muy variado; la crisis como momento de cambio, tras una vivencia traumática, tras una situación de explotación laboral, tras una pérdida importante, tras una orden de desahucio, la crisis como denuncia de algo que no se puede tolerar, como forma de mantener unida a la familia, etc. Cada paciente le da un sentido único a su vivencia y nosotras simplemente le acompañamos en la elaboración de ese relato, facilitando que se pueda dialogar acerca de ello tanto en entrevistas individuales como familiares. Se realizan también los ajustes farmacológicos necesarios y técnicas de enfermería. También se hacen las analíticas pertinentes en el domicilio, con el objetivo de facilitar que el paciente no tenga que desplazarse durante el ingreso.

Realizamos un abordaje que Leonel Dozza describe como clínica de lo cotidiano (Dozza de Mendoca 2018). Esto consiste en un manejo clínico-asistencial que facilite una mirada hacia el ámbito de la vida cotidiana y las necesidades materiales de cada persona, pero que vaya siempre entrelazado con el manejo clínico del vínculo. Dentro de este margen habrá pacientes en los que nos movamos más hacia lo vincular, lo más puramente psicoterapéutico en el sentido estricto de la palabra, y otros en los que esto quede en un segundo plano y el objetivo principal se centre en apoyar para solucionar cuestiones prácticas de la vida cotidiana. Moverse en esta cuerda entre ambos polos, implica ser flexibles y tener muy presentes las necesidades de cada persona en este momento de crisis, estableciendo el plan de tratamiento conjuntamente con el paciente y pudiendo revisarlo todas las veces que sea necesario.

Realizamos numerosos acompañamientos terapéuticos para diferentes situaciones: realizar trámites, buscar actividades de ocio en el barrio, solicitar apoyo en servicios sociales, acudir a redes vecinales que se encargan de distribuir comi-

da para personas en situaciones de precariedad económica, acudir a la casa de la mujer. También realizamos coordinaciones con los recursos de la comunidad con los que los pacientes se encuentran vinculados, como asociaciones, colegios e institutos, siempre con el consentimiento del paciente y con el objetivo de facilitar que puedan incorporarse a actividades no necesariamente relacionadas con el circuito de salud mental.

A medida que avanza la intervención, vamos profundizando en hablar de los conflictos que surgen y las dificultades que van apareciendo. Incluimos en el proceso a las personas de referencia para el paciente, realizando tanto entrevistas individuales como familiares en función de las necesidades, también en ocasiones con amigos o vecinos. Durante las reuniones familiares, tratamos de huir de la narrativa del paciente señalado dentro de la familia y girar hacia una mirada más relacional en la que todos los participantes puedan hablar desde sí mismos y sentirse parte del proceso de crisis. Los familiares se encuentran generalmente muy satisfechos de poder formar parte de este camino hacia la recuperación, porque esto les ayuda a entender qué le pasa a la persona que sufre y qué papel tiene la familia dentro de ese problema. Esto difiere mucho del ingreso hospitalario, en el que la persona hace un proceso terapéutico prácticamente al margen de la familia y cuando regresa a casa, para los familiares es imposible entender qué ha ocurrido, qué le ha ayudado a mejorar, qué papel pueden haber tenido ellos en el inicio de la crisis y de qué forma pueden actuar si hay un empeoramiento. Las entrevistas familiares generan cambios globales que perduran en el tiempo, y que permiten que la familia sea parte activa en el proceso.

Los conflictos aparecen con bastante naturalidad en las casas, porque disminuyen las barreras que imponen un despacho, una bata, un entorno sanitario. Y porque el rol de invitadas en la casa, hace que disminuya la jerarquía y nos hace estar en una situación de mayor horizontalidad. Esto genera momentos de importante tensión, de intensa violencia y también de revelación de secretos que llevan años haciendo daño a la familia, de abusos sexuales, de violencia de género. Muchas veces incluso en presencia de aquellos que han ejercido esa violencia. Y tratamos de que puedan hablar de ello, y a veces también, de ponerle nosotras palabras a este tipo de situaciones que se han llegado a normalizar en la casa y que están cargadas de sufrimiento. En algunas ocasiones esto genera cambios en los que tratamos de acompañar en el proceso, como que algún familiar tenga

que irse del domicilio porque la convivencia con la violencia hace imposible que la persona en situación de crisis pueda recuperarse. Es desolador presenciar tantísimas situaciones de violencia de género, muchas en las que el propio maltratador asume que esto sucede y que no piensa cambiar. O atender a niños que comenzamos a ver porque se autolesionan y después se desvela que el problema es que tienen que convivir con el maltrato de su padre hacia su madre en su día a día, a duras penas. Los síntomas se entienden mejor cuando podemos hacer un mapa general de los conflictos que aparecen en cada familia, y las soluciones van a ser más efectivas y enfocadas a parar aquello que les hace sufrir.

Los ingresos tienen una duración de aproximadamente un mes y medio en adultos y de dos meses y medio en niños. Somos flexibles con los tiempos que cada persona solicita y alargamos o acortamos los ingresos en función de las necesidades. Hay pacientes que han llegado a estar ingresados durante un tiempo prolongado, de hasta 5-6 meses cuando la crisis se ha prolongado en el tiempo y tenía sentido continuar con la intervención.

Intentamos trabajar el alta del programa con bastante antelación porque somos conscientes de que el vínculo habitualmente es estrecho y la despedida suele ser difícil, tanto para ellos como para nosotras. En las semanas previas al alta vamos espaciando las citas hasta una frecuencia de dos días en semana. Realizamos coordinaciones semanales con los centros de salud mental, e intentamos que los pacientes tengan cita en los días próximos al alta del programa. Con personas con las que la vinculación con el centro de salud mental se encuentra más debilitada, tratamos de que empiecen a tener citas antes del alta incluso conjuntas con el equipo, con el objetivo de facilitar la continuidad con dicho dispositivo. En esta fase tratamos de explorar qué factores han facilitado la recuperación, reforzar los cambios que ha habido y las estrategias que han permitido la mejoría. También abordamos los temores con respecto al alta del programa, que suelen ser que se produzca un empeoramiento de su situación al pasar de esta intervención intensiva a una continuidad de citas más espaciadas en el tiempo, y tener que empezar a vincular de nuevo con otros profesionales tras un trabajo psicoterapéutico intensivo con las profesionales del programa.

Para nosotras es importante cuidar mucho la despedida del equipo y solemos facilitar que el paciente elija el lugar y los participantes de dicha reunión. Siempre dejamos abierta la posibilidad de que nos llamen si lo necesitan y

que contacten con el centro de salud mental o con nosotras si vuelven a encontrarse mal para poder retomar la intervención si fuera necesario. La despedida suele ser difícil para todos, pero el hecho de construir un vínculo seguro, nos permite habitualmente abordar tanto las dificultades como las ventajas de este tipo de intervención, en la que es muy importante reconocer también nuestros propios errores como profesionales y poder transmitir nuestra disculpa a los pacientes y nuestro deseo de cambiar aquello que no les ha servido. Hay despedidas de todo tipo, personas que desean que nos vayamos cuanto antes de la casa, personas que preparan algún aperitivo para tomarlo juntos, otras que prefieren despedirse en el parque o una cafetería, y algunas que prefieren despedirse como si fuera una cita habitual, no notar el cambio de la despedida. Somos respetuosas con cada decisión e insistimos en que lo importante para nosotras es que puedan sentirse cómodos y contar con nuestro apoyo si lo vuelven a necesitar.

Dado que acompañar a personas en situaciones de crisis es difícil también para las profesionales, y que es fundamental aprender a tolerar la incertidumbre y la angustia propia, tenemos un espacio de supervisión externa, que se instituye como lugar esencial de cuidado. Dedicamos además largos espacios en nuestro día a día a comentar las situaciones que nos generan tensión y tratamos de establecer roles más horizontales dentro del propio equipo, y que las decisiones que tomamos no vengan desde la jerarquía profesional y sean consensuadas entre todas. Toleramos mejor las dificultades sintiendo que caminamos juntas y el peso de la intervención se hace más liviano.

## **Resultados**

---

Este artículo se escribe 10 años después de la puesta en marcha del programa, con la convicción de que el camino recorrido ha aportado luz en la intervención en crisis desde una perspectiva comunitaria. Cabría empezar diciendo con firmeza que acompañar las crisis en la comunidad es posible. Que no es necesario recurrir siempre a la unidad de agudos y que, además, la percepción de pacientes y familiares es que el ingreso domiciliario es preferible y tiene numerosas ventajas. Realizamos una encuesta de satisfacción al alta del programa en la que cerca del 90% de los

pacientes refieren que volverían a elegir esta opción de ingreso con respecto al ingreso hospitalario y que se ha resuelto satisfactoriamente aquello que motivó la crisis. Además, más del 90% de los pacientes se encuentra satisfecho o muy satisfecho con la intervención por parte de las profesionales del equipo. La encuesta tiene al final un espacio de texto libre, en el que los pacientes señalan que deberían abrirse más programas de este tipo en otras áreas y que se sienten agradecidos por recibir un trato tan humano. Recogen también satisfacción por haber sentido la flexibilidad del equipo durante la intervención. Hay pacientes que reconocen que durante la crisis han podido abordar temas que nunca habían tratado en ningún lugar de la red de salud mental, e incluso episodios traumáticos que habían escondido durante años también hacia sus familiares. Refieren que les posibilita hacerlo el sentirse seguros en su propia casa y la intensidad en la frecuencia de las visitas y los tiempos de duración de las citas. En este sentido, son muchas las personas que señalan haberse podido quitar un nudo de la garganta que no les dejaba avanzar.

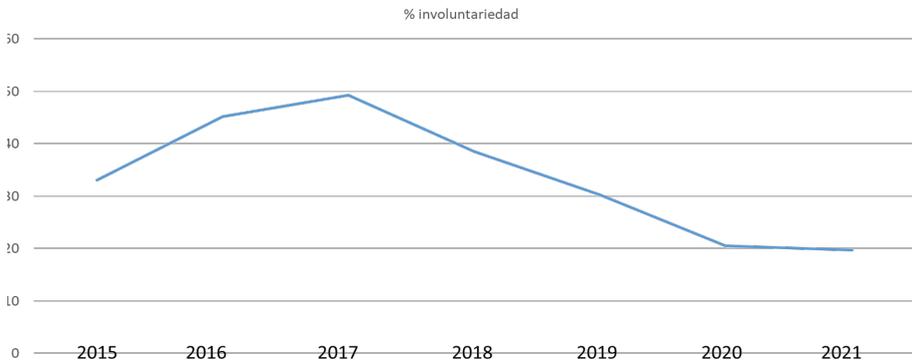
Realizamos anualmente un estudio con diferentes datos de la población a la que atendemos. La mayor parte de los pacientes atendidos vive en el barrio más pobre de Alcalá y esto nos ayuda a contribuir a la idea ya conocida de que la precariedad económica que hace que algunas familias no tengan la posibilidad de tener unas condiciones de vida dignas, les hace más vulnerables a padecer episodios de sufrimiento psíquico importante. También, la mayor parte de personas atendidas en el programa son mujeres, lo cual nos permitiría introducir una mirada de género en el sufrimiento psíquico. Es abrumadora la diferencia en el uso de psicofármacos como describe Valls C. (Valls LLobet 2020), que sostiene que el 85% de ellos se utilizan en mujeres, frente al 15% en hombres. Esto podría relacionarse con diferentes factores; la medicalización de la salud mental de las mujeres, las desigualdades de género mantenidas a lo largo de la vida, la violencia de género o la compatibilización de la jornada laboral con las tareas de cuidados, sostenidas fundamentalmente por mujeres. Siendo todos los temas enumerados, conversaciones recurrentes que aparecen con las mujeres a las que acompañamos.

Dado que decíamos al principio de este artículo, que no hay un único dispositivo que sea capaz de acompañar el sufrimiento psíquico intenso y que los cambios en un recurso repercuten en toda la red, es interesante ver qué ha pasado en estos años con el uso de la coerción en la red de salud mental. No queremos decir que este haya sido el único cambio a tener en cuenta sino

que este cambio –la introducción de este programa– también debe ser tenido en cuenta. Si aumentan las alternativas de tratamiento en situación de crisis y mejora la capacidad de la red de adaptarse a las preferencias de algunos pacientes, cabe hipotetizar que esto contribuye a la reducción del uso de la coerción.

## Gráfica 1

Involuntariedad sobre el total de ingresos



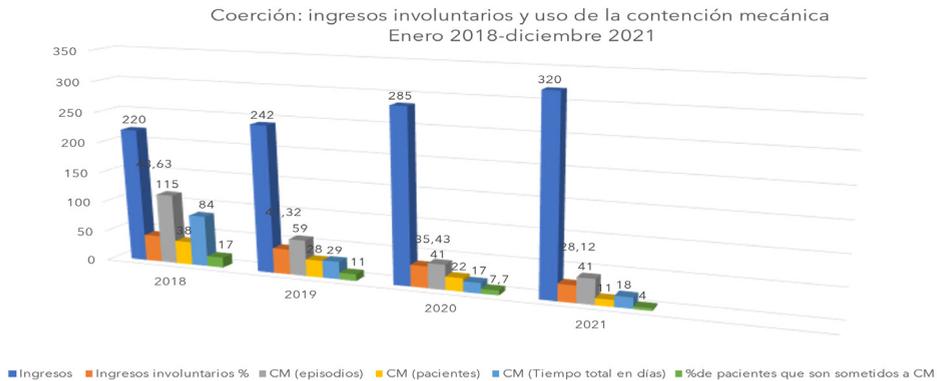
Como podemos ver en la gráfica 1, la involuntariedad se ha ido reduciendo de forma sostenida desde 2017 sobre el total de los ingresos. Pensamos que este dato tiene relación con:

- Un incremento en el uso de la hospitalización domiciliaria
- Una reducción de involuntariedad en la hospitalización tradicional

En la gráfica 2 podemos ver el uso de medidas coercitivas formales (involuntariedad y contención mecánica) desde 2018 hasta la actualidad. Sin duda, la reducción del uso de la contención mecánica tiene relación con el trabajo de la unidad de hospitalización en formarse y trabajar desde una perspectiva de cuidados conscientes del trauma, lo que está permitiendo acompañar momentos de una angustia muy elevada (o disociación, o agitaciones o conductas disruptivas) adaptándose a las necesidades de la persona. Pensamos también que incrementar las alternativas a la hospitalización favorece que la persona elija el lugar más seguro para ella para pasar la crisis. Y ese acuerdo facilita que no haya un sufrimiento añadido.

## Gráfica 2

Uso de medidas de coerción formal en la UHB 2018-2021



En cuanto a los costes, es interesante comparar ambos tipos de hospitalización:

2021	Hospitalización tradicional	Hospitalización domiciliaria
Coste estancia	476 €	49,8 €
Coste ingreso	9998,3 €	1774,8 €
Coste total	1.838.460,05 €	310.552,32 €
Número de ingresos	291	175
Estancia media	21	35

Concluimos el capítulo con la intención de transmitir esperanza en el cambio hacia una psiquiatría comunitaria, también durante las crisis. Es durante la crisis cuando más perdemos la mirada psicosocial y más caemos en la mirada biomédica, realizando casi siempre abordajes que incluyen el ingreso hospitalario. Pero durante la crisis podemos hacer más cosas, sólo tenemos que construir la estructura que lo permita y dotarla de personas ilusionadas con avanzar hacia ese camino, tan difícil, tan valiente y tan apasionante.

## Referencias bibliográficas

- Asociación Española de Neuropsiquiatría, Salud Confederación, Mental España, Persona, En Primera Persona, and Federacion Catalana D'entitats de Salut Mental en 1a. 2016. "Manifiesto de Cartagena Por Unos Servicios de Salud Mental Respetuosos Con Los Derechos Humanos y Libres de Coerción." Cartagena.
- Bowers, L., J. Alexander, H. Bilgin, M. Botha, C. Dack, K. James, M. Jarrett, D. Jeffery, H. Nijman, J. A. Owiti, C. Papadopoulos, J. Ross, S. Wright, and D. Stewart. 2014. "Safewards: The Empirical Basis of the Model and a Critical Appraisal." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(4):354-64.
- Brimblecombe N. 2001. "Developing Intensive Home Treatment Services: Problems and Issues." Pp. 187-210 in *Acute mental health care in the community. Intensive home treatment.*, edited by B. N. (ed). Philadelphia, PA: Whurr Publishers Ltd.
- Caffentzis, G. and S. Federici. 2019. "Comunes Contra y Más Allá Del Capitalismo." Pp. 45-58 in *Producir lo común. Entramados comunitarios y luchas por la vida*, edited by T. de Sueños. Madrid.
- Clark, Frazer, Shireen Khattak, and Jay Nahal. 2008. "Crisis Resolution and Home Treatment: The Service User and Carer Experience." *Health* (San Francisco) (Nov.).
- Dependientes, Dispositivos, Orgánicamente D. E. La, Consejería D. E. Sanidad, Interconsulta D. E. L. Hupa, Urgencia D. E. L. Hupa, and Programa D. E. Hospitalización Domiciliaria. 2014. "Servicios de Salud Mental Hospital Universitario Príncipe de Asturias."
- Desviat, M. 2007. "Vigencia Del Modelo Comunitario En Salud Mental: Teoría y Práctica". *Rev GPU* 3 (1):88-96.
- Desviat, M. 1994. *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones DOR S.L.
- Desviat, M. and A. Moreno, A. (2012). "La Reforma Psiquiátrica." Pp. 28-36 in *Acciones de Salud Mental en la comunidad.*, edited by M. A. Desviat M. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47.
- Devandas Aguilar, Catalina. 2019. *Informe de La Relatora Especial Sobre Los Derechos de Las Personas Con Discapacidad A/HRC/40/54*. Vol. 00440. Geneve: Organización de Naciones Unidas.

- Dozza de Mendoca, L. 2018. *Acompañamiento Terapéutico y Clínica de Lo Cotidiano* (2a Ed). edited by Amazing Books SL. Zaragoza.
- E Aguilar, MF, Valdivia, A., Luengo, G. Gámiz. 2012. “Hospitalización a Domicilio.” Pp. 400-410 In: *Acciones de salud mental en la comunidad*, edited by M. Desviat and A. Moreno. Madrid.
- Fernández Liria, A. 1997. “La Reforma Psiquiátrica En España: En Que (y En Que No) Metimos La Pata (y Que Podemos Hacer).” *Psiquiatría Pública* 9:167-75.
- Gather, J., G. Juckel, T. Henking, S. A. Efkemann, J. Vollmann, and M. Scholten. 2020. “Under Which Conditions Are Changes in the Treatment of People under Involuntary Commitment Justified during the COVID-19 Pandemic? An Ethical Evaluation of Current Developments in Germany.” *International Journal of Law and Psychiatry* 73:101615.
- Hardcastle, M., Kennard, D., Grandison, S. and Leonard Fagin (ed). 2009. Experiencias En *La Atención Psiquiátrica Hospitalaria*. edited by Herder. Barcelona.
- Hem, M. H., B. Molewijk, and R. Pedersen. 2014. Ethical Challenges in Connection with the Use of Coercion: A Focus Group Study of Health Care Personnel in Mental Health Care. *Bmc Medical Ethics* 15(82):1-9.
- Hubbeling, D. & Bertram, R.. 2012. “Crisis Resolution Teams in the UK and Elsewhere.” *Journal of Mental Health* (Abingdon, England) 21(3):285-95.
- Hunt, Isabelle M., Mohammad Shaiyan Rahman, David While, Kirsten Windfuhr, Jenny Shaw, Louis Appleby, and Nav Kapur. 2014. “Safety of Patients under the Care of Crisis Resolution Home Treatment Services in England: A Retrospective Analysis of Suicide Trends from 2003 to 2011.” *The Lancet Psychiatry* 1(2).
- Johnson, S. 2013. “Crisis Resolution and Home Treatment Teams: An Evolving Model.” *Advances in Psychiatric Treatment* 19(2):115-23.
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 0022167818793289.
- Liria, A., Moreno Pérez, A. & González Cases, J. (2011). “La Red de Atención a La Salud Mental Correspondiente Al Hospital Universitario Príncipe de Asturias En Madrid (España).” *Estudios de Psicología* 16(3):319-27.
- Moreno Pérez, A., V. Ibañez Rojo, and M. Gomez Beneyto. 2017. “Abolviendo La Coerción En Los Servicios de Salud Mental.” Pp. 209-51 in *Coerción y salud*

*mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental*, edited by B. Beviá and A. Bono. Madrid.

- Nocete Navarro, L., V. Lopez de Loma Osorio, MF Bravo Ortiz, and A. Fernández Liria. 2021. “Salud Mental y Derechos Humanos : La Experiencia de Los Profesionales En *Formación En El Uso de Sujeciones Mecánicas En Madrid, España.*” *Salud Colectiva* 17(e 3045).
- Osborn, D., Brynmor Lloyd-Evans, Johnson, S.; Gilbert, H.; Byford, S.; Morven Leese & Slade, M. (2010). “Residential Alternatives to Acute In-Patient Care in England: Satisfaction, Ward Atmosphere and Service User Experiences.” *British Journal of Psychiatry* 197(SUPPL. 53).
- Ponte, J. n.d. “*Madrid a Dos Velocidades: Sureste Metropolitano vs Noroeste Residencial.*” Nueva Tribuna.
- Puras, Dainius. (2017). *Informe Del Relator Especial Sobre El Derecho de Toda Persona Al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental A/HRC/35/21.* New York: Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas.
- Salvador-carulla, L. (2012). “Alternativas Comunitarias a La Hospitalización de Agudos Para Pacientes Psiquiátricos Graves.” *Acta Española Psiquiátrica* 40(6):323-32.
- Sandvik, H., Øystein H., Blinkenberg, J. & Hunskaar, S.. 2022. “Continuity in General Practice as Predictor of Mortality, Acute Hospitalisation, and Use of out-of-Hours Care: A Registry-Based Observational Study in Norway.” *British Journal of General Practice* 72(715):e84-90.
- Sjølie, H., B. Karlsson & Kim, H.. 2010. “Crisis Resolution and Home Treatment: Structure, Process, and Outcome - a Literature Review.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(10):881-92.
- Valls Llobet, C. 2020. *Mujeres Invisibles Para La Medicina* 2a Edición. edited by Capitan Swing. Madrid.



# 07

## **Contener el derrumbe: la salud mental en la frontera entre lo legal y lo clínico\***

---

**Omar Alejandro Bravo**

Universidad Icesi

\*La investigación que posibilitó este texto fue posible por el apoyo brindado por la Fundación Carolina, de España para la realización de una estancia posdoctoral en ese país. Se extiende el agradecimiento a la Fundación Manantial, por facilitar el acceso a las personas entrevistadas.

La relación entre las formas de comprender y tratar al sujeto infractor a la ley y el campo psi en general supuso siempre desafíos complejos, abordados históricamente desde diferentes perspectivas teóricas y propósitos.

Excedería los fines de este trabajo describir dicha relación. Cabe mencionar, de manera general, que este campo ha estado marcado por determinismos que intentaron relacionar la conducta criminal (eventualmente, la propia personalidad del delincuente) con determinados rasgos psicopatológicos, en una lógica causa-efecto que pretendía contribuir al tratamiento de dicha población desde la perspectiva resocializadora que la pena en general, y las cárceles en particular con mayor insistencia, declararon como propósito al menos desde la reforma que Beccaria (1764/ 2013) propuso, dirigida a humanizar las penas y eliminar el castigo como forma de punición.

De esta forma, otros aspectos de esa relación quedaron relegados, teniendo por esto un menor desarrollo teórico e incidencia institucional. En particular, es pertinente destacar aquí la cuestión de la salud mental de las personas que son condenadas por diversos motivos, principalmente en el caso de las que cumplen penas de cárcel. Se abre a este respecto un doble desafío interpretativo: 1) entender como ciertas personalidades y conductas quedan más expuestas a la acción penal (comprensión esta que no puede agotarse en el campo psi, para incluir necesariamente aspectos sociales, culturales y económicos, principalmente) y 2) la manera en que la pena incide en la salud mental de ese sujeto infractor.

Para poder acotar y darle orden a estas cuestiones, y a los fines de este trabajo, se propondrá, en primer lugar, un breve abordaje de algunas teorías y disciplinas que históricamente intentaron entender la relación entre conducta criminal y personalidad, destacando la cuestión de la peligrosidad como un aspecto relevante de esa búsqueda. Posteriormente, se hará una breve descripción de algunos principios generales de la salud mental comunitaria, también a manera de contrapunto con algunos de esos desarrollos teóricos antes mencionados, en tanto ofrece otras posibilidades explicativas a este tipo de fenómenos, y como referencia teórica principal para el análisis a realizar.

Para darle soporte empírico a este debate, se tomaron como referencia analítica entrevistas realizadas en el año 2021 a cinco personas que fueron condenadas por delitos diversos en España, todas ellas con historial de tratamientos en salud mental y ya en libertad en el momento en que esa información se produjo. De esta forma, se definió como objetivo general de este trabajo analizar los efectos

de la pena recibida en la salud mental de estas personas, incluyendo aquí la incidencia de los tratamientos y diagnósticos recibidos y la manera en que esa experiencia incidió en su retorno a la libertad y los desafíos que el mismo supone, en términos de reconstrucción de lazos sociales y perspectivas de futuro.

## **El encuentro entre psiquiatría y derecho penal y sus efectos institucionales**

Como ya fue mencionado, describir las teorías que intentaron analizar la conducta criminal desde sus determinaciones intrapsíquicas supone una tarea ardua, al límite de lo inabarcable. Para intentar delimitar esta complejidad puede mencionarse aquí, en el propio origen de las disciplinas psi, la pregunta surgida de la observación que Pinel (1793/2007) realizó a parte de la población asilar que comenzaba a ser objeto de observación y tratamiento diferenciado, planteando así un intento de comprender las causas de la locura y su posible cura. A partir de este propósito general, se desprendió en Pinel una inquietud relacionada, surgida de lo que consideró como sujetos violentos pero sin síntomas de locura.

Más tarde, Esquirol afinará esta inquietud, dándole también un amarre con el campo jurídico, al interpretar algunas conductas criminales a partir de su relación con ciertas patologías. Su célebre análisis de los crímenes de Pierre Riviere, descritos por Foucault (1993) representa también de alguna manera el origen de la función pericial.

Más tarde, Morel introdujo la noción de la degeneración, provocada ésta por ciertas costumbres de la época como el alcoholismo, y que podría transmitirse generacionalmente, siendo esta la causa de la criminalidad.

Lombroso (1913/2019), en cambio, atribuía esta cuestión a la permanencia de trazos atávicos en algunas personas y grupos, signo de un desarrollo social y personal correspondiente a estadios sociales anteriores, lo que los determinaba, por lo tanto, como anómalos y peligrosos. En esta caracterización, la frontera entre locura y criminalidad desaparecía, compartiendo ambas ciertas características físicas que las harían identificables a través de exámenes basados principalmente en la medición de la forma del cráneo y otros aspectos físicos.

Dado que estas interpretaciones suponían que esa condición asocial estaba relacionada a la herencia o morfología del sujeto y poseía un carácter incurable, las soluciones institucionales asociadas estaban dirigidas a separar y aislar de manera prolongada a estas personas de un cuerpo social considerado sano. A partir de este imaginario social, los campos de concentración nazis estaban ya, por proximidad histórica y derivación teórica, muy cercanos.

De esta manera, esa preocupación por detectar la peligrosidad en ciertos sujetos y poblaciones, tuvo que ver, según Foucault (1990), con el propio origen y justificación de la psiquiatría como ciencia. Así,

Si el crimen se convirtió entonces para los psiquiatras en un problema importante es porque se trataba menos de un terreno de conocimiento a conquistar que de una modalidad de poder a garantizar y justificar. Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública (p. 241).

De este encuentro entre psiquiatría y derecho penal surgió también la noción de inimputabilidad, aplicable a aquellos infractores a la ley incapaces de entender el carácter ilegal del acto o adecuar su conducta a la norma debido, entre otros motivos, a su condición mórbida, siendo los crímenes cometidos por psicóticos (no todos ni en todos los casos) los exponentes más fieles de este tipo de situaciones. En estos casos, la pena se reemplaza por una medida, cuya finalización está sujeta en general a una pericia que determine la posibilidad de que el autor del crimen pueda retornar a la vida social.

Estas pericias, con frecuencia, se apoyan aún en la suposición de la asociación entre locura y peligrosidad, justificadas muchas veces de forma absurda e inconsistente (Bravo, 2015; Muñoz, 2014; Monteiro, 2015). También por este motivo, Ríos (2016), mostró el carácter ideológico de algunos discursos periciales.

Dada la hibridez de esa población, a mitad de camino entre los dos campos disciplinarios mencionados, la solución institucional fue, con frecuencia, la creación de instituciones especiales denominadas originalmente como manicomios judiciales. En lo que hace al tratamiento recibido por esa población (denominada con frecuencia como locos infractores), Sotomayor Acosta (1986), entre otros, criticó la brutalidad de esas prácticas, favorecidas por la relativa invisibilidad de esta población (Bravo, 2020).

Este tipo de instituciones, así como las cárceles, no recibió críticas tan contundentes como los manicomios, lo que en parte explica la continuidad y aumento de las prisiones y el retroceso, en tamaño y legitimidad de estos últimos. No obstante, las prácticas manicomiales, entendidas como formas de control social basadas en el encierro y/o la simple y abusiva contención medicamentosa, mantienen su vigencia, amparadas teóricamente por los modelos diagnósticos del tipo DSM (Desviat, 2016; Bravo, 2019).

Más por consecuencia de sus efectos políticos e institucionales que de su inconsistencia teórica, las teorías peligrosistas fueron perdiendo legitimidad (Carrara, 1998), no obstante las eventuales tentativas de devolverles su hegemonía (Mercurio, 2013). Esto provocó que, por un lado, el campo forense adoptase técnicas de análisis de las personas infractoras a la ley que, dentro de su diversidad, coincidían en intentar ofrecer otro tipo de respuesta, más o menos alejadas de esas doctrinas en lo que hace a su génesis. Eventualmente, la relación entre este campo forense y la salud mental fue posibilitada por esta apertura teórica. Cabe aquí citar, a manera de ejemplo, el trabajo hecho en Argentina por D'Angelo (2016).

Por otro lado, la crítica derivada de la brutalidad de las experiencias concentracionarias, en parte abonadas por los relatos de los/as sobrevivientes, permitió la aparición de teorías que se ocuparon de analizar los efectos de la reclusión forzada y prolongada. Debe mencionarse aquí, entre otros, a Goffman (1999) y Foucault (1990; 1993). El primero, principalmente, tomando como referencia al interaccionismo simbólico, denominó como instituciones totales a aquellas instituciones que, por diversos motivos y propósitos, se apoyaban en el encierro y el disciplinamiento de algunas personas o grupos con el fin de corregir conductas desviadas u ofrecer contención y cuidados, en este último caso, a sujetos incapaces o vulnerables. De esta forma, se incluyen aquí instituciones tan diversas como los manicomios, las cárceles y los geriátricos, por ejemplo.

En lo que hace entonces a sus características comunes, esas instituciones totales se definen “como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (Goffman, 1999, p. 11)

En relación a los fines de este texto, este análisis gofmaniano permite entender los efectos del encierro y, aunque no es su propósito principal, habilita también a relacionar los efectos de esas prácticas en la salud mental de la población recluida. En particular, podría mencionarse aquí, entre dichas prácticas, al sometimiento a rutinas comunes, la falta de espacios de privacidad, las relaciones sociales jerarquizadas, entre otros aspectos que Goffman (1999) denominó mortificación del yo.

De esta manera, se torna evidente que esas prácticas afectan la salud mental de quienes la padecen, siendo que ese posible sufrimiento psíquico es manifestado por cada persona de manera singular. Eventualmente, también como consecuencia de la prisionalización, se puede producir una identificación del sujeto con esa condición criminal, marca identitaria esta que trasciende el tiempo de reclusión, incidiendo en su vida social futura.

Sobre esto último, cabe mencionar la noción de carrera moral descripta por Goffman (1999) como un posible efecto de las instituciones totales, donde “progresivos cambios que ocurren en las creencias que tienen a respecto de sí y de los otros que son significativas para él” (p. 24).

Por otra parte, a veces esas prácticas de encierro interrumpen formas de vida y de sociabilidad marcadas por la violencia cotidiana y el riesgo permanente. Que de esta interrupción forzada se produzcan cambios positivos para la vida del sujeto en términos de su calidad de vida y salud mental, depende de sus características personales y del trato que reciba durante ese período, incluyendo aquí el acceso a la salud.

Los dispositivos de salud mental existentes en algunas cárceles deben dar cuenta de este complejo desafío. Esto no siempre se produce, a veces porque el volumen y complejidad de la tarea excede los recursos disponibles, a veces por falta de formación o desidia de las personas encargadas de la misma. Rojas Machado, (2019) analiza los efectos de estas iniciativas en una cárcel argentina, encontrando que “prácticas llevadas a cabo por los trabajadores civiles son las que preparan los escenarios para la emergencia de corporalidades donde prima la *performance del sufrimiento*, apelando a toda una economía moral y afectiva de asistencia estatal” (p. 96). Así mismo, Mouzo y Ríos (2017) mostraron la manera en que las acciones desarrolladas por un equipo de salud mental al interior de una cárcel estaban atravesadas por el discurso del orden y la seguridad.

## **Salud mental: principios y desafíos**

Anteriormente, fue mencionado el trabajo de Pinel, que el propio inicio de la modernidad, y por lo tanto de las disciplinas e instituciones allí surgidas, creó las bases para la constitución de las disciplinas psi, al diferenciar la locura del resto de una población asilar amplia y difusa. Se señaló, asimismo, como un resultado accesorio a esta construcción, aparecía ya la preocupación por la peligrosidad eventual de esa población.

No obstante, la preocupación por entender la conducta humana, sobre todo aquella que escapaba a los padrones sociales y culturales dominantes, es anterior. En la antigua Grecia, por ejemplo, las teorías humorales intentaban ofrecer una explicación a estos fenómenos, siendo que en las mismas se “situaba topográficamente el desequilibrio, por lo tanto, en el caso de las enfermedades mentales debía ubicar el lugar preciso del desequilibrio que las causaba, y ese lugar era claramente el cerebro.” (Salaverry, 20212, p. 144).

La Edad Media vino a ofrecer una explicación de otro orden, que en general vinculaba la locura a la posesión demoníaca. El fin de esta etapa histórica posibilita, como ya fue mencionado, la aparición de otro tipo de interpretaciones, sintetizadas en el mito pineliano.

Así mismo, en consecuencia de lo anterior, se crean instituciones específicas para el estudio de la locura y su tratamiento. Galende (1997) describe algunas de esas prácticas, basadas en general en la contención física y la aplicación de técnicas extremadamente violentas (la inoculación de malaria, sumergir a pacientes en agua varias veces al límite del ahogamiento, electroshocks, etc.), incuestionables por mucho tiempo, dado su revestimiento científico.

En parte por las críticas surgidas a comienzos del siglo XIX a esos dispositivos institucionales, la salud mental como campo disciplinario puede más tarde constituirse. Como referencia de su origen, suele mencionarse con frecuencia el texto autobiográfico de Clifford Beers del año 1908, donde relata los padecimientos de su experiencia manicomial (Winters, 1969).

De ese relato y las críticas que de allí se derivaron a esos tratamientos institucionales, se crean una serie de comisiones y organismos que se proponían mejorar la calidad de vida y la atención de esa población, bajo el principio de lo que se denominó inicialmente como higiene mental (Bertolote, 2008).

Los cambios que este movimiento proponía no llegaban a cuestionar a la institución manicomial como tal, sino que intentaban darle a la misma un carácter más humano.

El paso de la higiene mental a la salud mental como nuevo denominador de esas políticas no supuso solo un cambio nominal, sino la posibilidad de tomar distancia relativa de la noción de enfermedad mental, una crítica más radical a las instituciones manicomiales, y la comprensión del sufrimiento psíquico desde una perspectiva multicausal e interdisciplinaria. No obstante, este campo supone también una dispersión de perspectivas y propuestas, por lo que esta síntesis de principios se ajusta a lo que caracteriza a su forma actualmente hegemónica.

De esta manera, la salud mental

estructura una nueva organización de los servicios que va a suponer el paso del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental y tres grandes desplazamientos: del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, y del psiquiatra al equipo. (Desviat y Moreno, 2012a, p.22).

Así mismo, se produce también un descentramiento en las relaciones de saber y poder implicadas en esas prácticas, así como se integran las dimensiones sociales e individuales vinculadas al sufrimiento psíquico. Por esto,

Las políticas sociales y comunitarias en salud mental han sido la respuesta no dilemática a esta opción: se trata de intervenir técnicamente abarcando al conjunto de cuestiones implicadas y haciendo partícipe al sujeto y la comunidad en la búsqueda de soluciones. (Galende, 1990, p. 191).

Estos principios mencionados son difíciles de aplicar en las instituciones penitenciarias, no obstante la tradición que vincula a la salud mental con la lucha antimanicomial y, por lo tanto, también a la negación de cualquier forma de violencia institucional y atentatoria de la condición de sujeto. Esto tiene que ver, en parte, con el tipo de público y expectativas sociales e institucionales que cada institución produce. En el caso de los manicomios, los mismos se instalaban en un discurso pretendidamente terapéutico y la locura era su objeto único y privilegiado de intervención, lo que facilitaba la crítica hecha desde la necesidad de prácticas e instituciones diferentes, pero que seguían refiriendo a ese objeto común.

En lo que hace a las cárceles, la genérica figura del infractor a la ley solo es caracterizable desde lo jurídico. La salud mental puede (y debe) ejercer una crítica desde la relación posible entre el encierro en condiciones ignominiosas y degradantes y el sufrimiento psíquico de las personas objeto de esas prácticas, pero encuentra mayores dificultades para proponer una práctica institucional alternativa dada su relativa ajenidad político-institucional.

Por esto también, la posibilidad de esa construcción le competaría no solo a este campo, sino también al derecho penal y otras disciplinas de las ciencias humanas y sociales. De hecho, en el derecho penal se han formulado críticas y alternativas a las políticas carcelarias, que no llegan a colocar en cuestión al propio sistema como tal (Baratta, 1986; Zaffaroni, 2001).

Como ya fue mencionado, esta relación entre salud mental y cárcel es compleja considerando, por ejemplo, los casos en los que el encierro, con todos sus límites y violencias, permite que las extremas condiciones de vulnerabilidad previas (muchas veces, motivantes también de delito cometido), encuentren un límite y una contención.

Los casos analizados a seguir tienen que ver con estas complejas situaciones, que reúnen violencias de diverso orden y trayectorias individuales afectadas y afectables por la pena recibida.

## **Análisis de la información**

Como fue mencionado, las cinco personas entrevistadas en esta investigación habían cumplido pena de prisión, habiendo recibido durante su detención tratamiento psiquiátrico. De estas cinco, dos eran mujeres y tres hombres, con edades entre los 34 y los 59 años. Ambas mujeres eran inmigrantes (de Grecia y Nigeria, respectivamente). Los tres hombres eran españoles, siendo uno de ellos de la etnia romaní.

En cuanto al tipo de crimen cometido, todos ellos involucraban hechos de violencia, llegando en uno de los casos al feminicidio. Tres de estas personas tenían antecedentes penales. En cuanto a las condiciones en que el delito fue cometido, tres sujetos manifiestan haber estado bajo los efectos de alguna droga en el momento del crimen.

En lo que tiene que ver con sus antecedentes psiquiátricos, dos personas entrevistadas habían pasado por consulta o tratamiento antes de su detención; las otras tres solo tuvieron su primer acceso al mismo dentro de la cárcel. Los diagnósticos recibidos eran esquizofrenia paranoide, trastorno mental, trastorno de personalidad, y trastorno maníaco depresivo. Solo uno de los entrevistados desconocía su diagnóstico. Así mismo, todas las personas entrevistadas estaban utilizando diversas drogas psiquiátricas por prescripción médica y continuaban en tratamiento actualmente. En cuanto a los aspectos éticos de esta investigación, en todos los casos, se utilizaron consentimientos informados.

Considerando la información producida, se definieron tres categorías de análisis: 1. la relación posible entre vulnerabilidad psicosocial y cárcel; 2. el efecto del encarcelamiento (incluyendo aquí tratamientos recibidos) y 3. las condiciones de su retorno a la vida en libertad.

Este análisis de la información se realizó desde una perspectiva cualitativa, basada en “el estudio y la comprensión de fenómenos complejos, especialmente del orden de la subjetividad humana, proponiendo un enfoque dialógico de la investigación, con énfasis en su modus operandi y la singularidad del proceso constructivo-interpretativo.” (Pereira, Conceição & Martínez, 2016, p. 17).

En lo que hace a la primera categoría, en todos los casos se manifestaron condiciones de vida precarias, previas al encarcelamiento, marcadas por la violencia cotidiana y el consumo de drogas.

En este sentido, según las personas entrevistadas

*...estaba discutiendo con mi marido y yo cojo un cuchillo (...) forcejeando el cuchillo así, cuando se le entra en la espalda. (Sujeto 1)*

*...tuve un desbarajuste mental, me bloqueé y agredí a mi mujer. (Sujeto 2)*

*Yo quería lastimarle pero se me fue la mano y sé que le clavé el cuchillo seis veces en el cuerpo. (Sujeto 3)*

*Entré en el 2012 por ir a robar drogas a un traficante. (Sujeto 4)*

*...me soltaron, me metí a otro robo por lo mismo y caí en prisión. (Sujeto 5)*

En lo que hace al consumo de drogas, las personas entrevistadas manifestaron

*...se me cruzaron los cables porque tomé antibióticos con alcohol y me volví loco. (Sujeto 2)*

*...al estar evadida gracias a las sustancias, ya ni intentaba ganarme la vida. (Sujeto 3)*

*Yo consumía bastante estupefacientes (...) cocaína, éxtasis, ketamina, cannabis... (Sujeto 4)*

*Cuando se quisieron dar cuenta, ya estaba enganchado a las drogas con doce años. (Sujeto 5)*

En el caso de las dos mujeres participantes de esta investigación, se suma la vulnerabilidad relacionada a la condición de género y migrante. Una de ellas ejercía la prostitución al momento de su detención.

La desafiación social que sufrían las personas entrevistadas las exponía entonces a la acción de la justicia penal y al mismo tiempo les dificultaba su acceso a la salud. En este sentido, todas/os coincidieron en mencionar esta barrera. Cabe señalar que tampoco parecía existir en ese momento una demanda a este respecto, siendo esta necesidad de tratamiento construida de manera retrospectiva, una vez accedido al mismo en la cárcel, como se evidencia en los siguientes testimonios:

*No, antes de tener ese problema, no (...) yo no sabía lo que era eso. (Sujeto 1)*

*Hasta después que entré en prisión, no reconocía que necesitaba medicación. (Sujeto 3)*

*Antes yo consumía bastante estupefacientes, que pasa, yo lo que notaba o sentía lo achacaba siempre al consumo. (Sujeto 4)*

*...y esas eran cosas de mi enfermedad pero no me daba cuenta. (Sujeto 5)*

Estas trayectorias vitales no suponen afirmar que el encarcelamiento sirve, en todos los casos, para generar estas demandas, dándole así a la pena un potencial terapéutico *per se*. Sería más pertinente suponer que estas complejas situaciones de vulnerabilidad previas señaladas eran de tal grado, que inclusive una institución como la cárcel permitió estabilizar el deterioro subjetivo relacionado a esas condiciones de vida por el mero hecho de darle un orden a la misma y ofrecer, de manera más o menos voluntaria, la posibilidad de acceso a la salud.

De esta manera, esta posibilidad no significa una certeza, dado que los estigmas que dificultan el acceso a tratamientos en salud mental se mantienen o inclusive se potencian entre población penitenciaria. (Romero Mendoza y Otros, 2010; Campo Arias y Otros, 2014)

En este sentido, la segunda categoría considerada, que destaca los efectos del encarcelamiento, permite una reflexión más profunda a este respecto, desde la propia voz de las/os protagonistas:

*(En la cárcel) estuve contenida por la medicación, si tú tomas la medicación puedes hacer una vida normal, como cualquier persona. (Sujeto 1).*

*(El tratamiento recibido en la cárcel) fue positivo porque estoy donde estoy. (Sujeto 2)*

*Me han ido retirando la medicación y ha sido favorable, que en los dos años trabajando, ningún altercado. (Sujeto 3)*

*Di con una muy buena profesional allí, y que fue la que me empezó a explicarme las cosas que me podían empezar a ocurrir. (Sujeto 4)*

*Empecé a darme cuenta que tenía una enfermedad, entonces de ahí pues ya fui evolucionando, yendo a las terapias que teníamos. (Sujeto 5)*

En todos los casos, como ya fue mencionado, se destaca este aspecto estabilizador del encuentro con la rutina carcelaria y el tratamiento ofrecido, aún cuando el mismo se limitó a un diagnóstico y la administración posterior de medicación. Puede especularse con que dicho rótulo clínico, sirvió para darle un sentido a muchos aspectos del pasado de cada sujeto, como los motivos de su conducta criminal, por ejemplo. Al mismo tiempo, esta relación construida puede afectar la responsabilidad de la persona frente a su acto, siendo que esa responsabilización hace parte de una condición de sujeto y constituye una eventual meta clínica.

Por otra parte, cabe señalar la falta de espacios de escucha dentro de estas propuestas terapéuticas, resumidos con frecuencia a la simple administración de psicofármacos:

*(Sobre la relación con la psiquiatra) Sólo pinchazos. A mí no me gusta mucho hablar. (Sujeto2)*

*(...) debería contárselas a un psiquiatra, es que no se las cuenta porque me da más pinchazos. (Sujeto 3)*

*La mayoría de los psiquiatras te dicen: toma, pastillas y apártate. (Sujeto 5)*

Así mismo, la violencia de la vida en la cárcel no deja de estar presente, sobre todo al ingresar a la institución, como se expresa en estos relatos:

*Gente que está ahí (...) que busca problema. Pero tú intentas de no buscar problemas y seguir tu camino. (Sujeto 1)*

*No funcionaba, si, algo no funcionaba. Estaba peleando, mucho, intenté suicidarme. (Sujeto 3)*

*El sábado siguiente tal, cada uno con un pedazo de cuchillo ahí cogiéndose el pecho y liándose a puñaladas. (Sujeto 4)*

*Me tuvieron que controlar porque no quería más problemas, pero lo hubiera matado, me han atado en varias ocasiones. (Sujeto 5)*

Estas condiciones generales descritas permiten suponer el riesgo del inicio de una carrera de enfermo mental, ya señalado por Basaglia (2013) derivado del etiquetamiento diagnóstico, sumado al déficit de los espacios terapéuticos basados en la escucha y la vulnerabilidad ya señalada. De esta forma, esta identidad permitiría resignificar la vida del sujeto, cuya historia y conductas anteriores quedarían explicadas por esa condición de enfermo/a mental. Sin negar la eventual pertinencia de los diagnósticos recibidos (y la propia necesidad de contar con un criterio psicopatológico a la hora de intervenir), la condición de sujeto que desde la perspectiva de la salud mental comunitaria se sostiene, implica que una persona no puede reducirse a un solo trazo identitario que la represente y le dificulte hablar de sí desde otras coordenadas subjetivas que no sean las derivadas de esa condición identitaria (Palomo, 2016).

Sobre la tercera categoría mencionada, relativa a las condiciones del retorno a la vida en libertad de las personas entrevistadas es necesario, en primer lugar, señalar una circunstancia que vincula dicha situación al vínculo que las mismas pudieron construir con la Fundación Manantial. Entre sus múltiples propósitos, esta fundación desarrolla un programa dirigido a población pe-

nitenciaria, con el fin de facilitarles el retorno a la vida social priorizando la condición de persona trabajadora a la de enferma y delincuente, según consta en la presentación que se hace de dicho proyecto. Este objetivo se desarrolla desde un seguimiento individual de cada caso, incluyendo aquí aspectos de salud mental, y la construcción de vínculos con la comunidad, así como el acceso a posibilidades laborales.

Este vínculo posibilitó que el tránsito del encarcelamiento a la libertad pudiese contar con algunas garantías de apoyo institucional y social, clave en la situación de estos sujetos en el momento de las entrevistas.

De esta forma, estas personas señalaron la importancia del apoyo previo a su salida otorgado por esta institución:

*Me dieron el número de una fundación que ayuda a la gente y ellos vinieron a verme a la cárcel (Sujeto 1)*

*Y la subdirectora habló con la Fundación Manantial (...) y me ayudaron muchísimo. (Sujeto 3)*

*Y así conocí a X, de la Fundación Manantial, y comencé a tener entrevistas con ella (...) y ahí pues ya fui evolucionando, yendo a las terapias que teníamos. (Sujeto 5)*

Este espacio de escucha y tratamiento ofrecido por esta institución puede pensarse como un dispositivo terapéutico que excede al propio espacio de escucha en sí, para incluir la propia oferta de un lazo social proveniente de un otro institucional ajeno a la cárcel.

A título especulativo, puede suponerse que los vínculos laborales (facilitados con frecuencia por la propia Fundación) y la continuidad del tratamiento en libertad, se vieron favorecidos por este vínculo construido previamente, reconstituyente de un lazo social dañado por el encierro.

En relación a estos dos aspectos, las personas entrevistadas manifestaron:

*Sigo el tratamiento, haciendo mi vida normal (Sujeto1)*

*Con la Fundación Manantial, así tengo trabajo (Sujeto 1)*

*Hay una psiquiatra en el centro de salud y voy todos los meses a verla. Ella me da charla. (Sujeto 2)*

*Estaba trabajando en la Fundación Manantial, porque era una vivienda puente (...) y trabajo un tiempo para alquilar mi espacio y seguir con mi vida. (Sujeto 3)*

*Estoy trabajando en la gestoría de un amigo, como oficial de seguros. (Sujeto 4)*

*Estoy en psiquiatría, en un centro de salud público. (Sujeto 4)*

*Me derivaron a un centro de salud, donde estoy todavía. (Sujeto 5)*

Este último entrevistado destacó también el apoyo familiar que se sostuvo inclusive durante su etapa en la prisión, relacionándolo con su pertenencia a la etnia romaní, más solidaria e integrada, según sus propias palabras.

Destacar el rol del trabajo y el tratamiento en la integración social posible de las personas que estuvieron presas, con algún diagnóstico en salud mental, no significa proponer estas dos posibilidades como una receta capaz, en todos los casos, de producir ese efecto positivo en la vida de los sujetos (como históricamente ha sucedido en cárceles y manicomios, al intentar imponerse ambas prácticas). Debe existir, antes y también, un deseo del sujeto de reconstruir su vida a partir de esas referencias.

## **Consideraciones finales**

A partir de este análisis realizado, se desprenden algunas consideraciones generales. En primer lugar, como ya fue esbozado, las prácticas y discursos de las instituciones carcelarias (las rutinas agobiantes y despersonalizantes, la insistencia en la resocialización como meta del encarcelamiento, etc.) son atentatorias contra la salud mental de los sujetos que las padecen, por lo que una política de salud mental dirigida a esa población no puede sumarse a dichas acciones como un elemento más dentro de los objetivos de la prisión.

Esto no implica renunciar a intervenir en estos espacios; por el contrario, lo hace más necesario. De esta forma, y a partir de sus principios generales ya expuestos, la salud mental debe plantearse maneras de disminuir ese daño institucional, que impacta de manera diferenciada en cada sujeto, a partir de reivindicar espacios de escucha y diálogo no signados por la meta resocializa-

dora aunque, eventualmente, los efectos de esa escucha podrán facilitar una reflexión que incluya las causas y motivaciones del hecho que llevó a la persona a la cárcel (Bravo, 2013; 2017).

Es necesario destacar que en estos casos se parte, en general, de una vulnerabilidad social y económica, eventualmente también relacionada a aspectos psicopatológicos, como fue el caso de las personas entrevistadas para esta investigación. Esa misma condición previa hace que la cárcel pueda tener un efecto inicial de contención y estabilización, por el simple hecho de imponer ciertas rutinas y reglas. No obstante, esto no es probablemente suficiente si no se incluye aquí una acción de otro orden, a veces relacionada a un encuentro fortuito entre el sujeto encarcelado y alguna intervención profesional, producida desde el propio establecimiento o desde el exterior) que permita, a partir de esa contención inicial, ofrecer espacios singulares de escucha posibilitados por el propio deseo del sujeto de ser escuchado en su malestar.

Plantear estas posibilidades no implica dejar de lado la necesidad de discutir otros dispositivos y prácticas institucionales dirigidas a las personas que infringieron la ley, manteniendo algunos principios éticos que signaron las políticas antimanicomiales, pero teniendo en cuenta también que se trata de instituciones y públicos diferenciados.

## **Referencias bibliográficas**

- Baratta, A. (1986). *Criminología crítica y crítica del derecho penal: introducción a la sociología jurídico-penal*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Basaglia, F. (2013) *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- Beccaria, C. (1764/ 2013) *De los delitos y las penas*. Bogotá: Temis.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Bravo, O. (2013) Intervenciones en los ámbitos carcelarios: problemas y desafíos. *Poiésis: Revista Electrónica de Psicología Social*, v.24 (.N/A) 1-6.
- Bravo, O. (2015) *Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones*. Madrid: Grupo 5.
- Bravo, O. (2017). La cárcel como institución social límite. *Precedente*. v.11, fasc. p.83-99.

- Bravo, O. (2019) La necesaria politización de algunas categorías clínicas. En: *Psicología política y procesos para la paz en Colombia*. Cali: Editorial Icesi.
- Bravo, O. (2020) Salud mental y condiciones de existencia en la cárcel de Villahermosa, Cali. En: *Prisões, Sexualidades, Gênero e Direitos. Desafios e proposições em pesquisas contemporâneas*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167.
- Carrara, S. (1998). Casos e acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil. *Cadernos do IMS*, 73-107.
- D'Angelo, F. (2016) Salud mental comunitaria y política criminal. Aporte de la psicología jurídica a la construcción de un espacio común. En: *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali: Editorial Icesi.
- Desviat, M. (2016) *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012a). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En Desviat, M. y Moreno, A. (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 21-27). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Foucault, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. Madrid: Ediciones de la piqueta.
- Foucault, M. (1993) *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano...* Barcelona: Maxi Tusquets.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (1999) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2003) *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lombroso, C. (1913/2019) *El delito, sus causas y remedios*. México: INACIPE. Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Monteiro, V. (2015) *Enfermedad mental, crimen y dignidad humana. Un estudio sobre la «medida de seguridad» en Brasil*. Quito: Editora nacional.
- Mouzo, K. y Ríos, A. Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Servicio Penitenciario Federal Argentino. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Cs. Sociales | UNJu*, N° 53: 13-37, 2018.

- Muñoz, D. Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910. *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 47, enero-junio 2014, 79-119.
- Palomo, J. C. (2016). El sujeto predeterminado: El proceso de construcción de la identidad en las personas diagnosticadas con un trastorno mental. *Trabajo social y salud*, (84), 81-88.
- Pereira, A. B. M., Conceição, M. I. G., & Martínez, A. M. (2016). Epistemología cualitativa de González Rey: una forma diferente de análisis de “datos”. *Tecnia*, 1(1), 17-32.
- Pinel, P. (1793/2007) *Tratado médico-filosófico sobre a alienacao mental ou a mania*. Porto Alegre, Editora da UFRGS.
- Romero Mendoza, M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E., & Galván, J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud mental*, 33(6), 499-506.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(1):143-48.
- Sotomayor Acosta, J. O. (1986). Consideraciones sobre el fundamento de las medidas de seguridad en el Derecho penal colombiano. *Nuevo Foro Penal*, 33, 297.
- Winters, E (1969). Adolf Meyer and Clifford Beers, 1907-1910. *Bulletin of the History of Medicine*, 43(5), 414-443.
- Zafaroni, E. (2001). *En busca de las penas perdidas. Deslegitimación y Dogmática Jurídico Penal*. Buenos Aires: Editorial Temis.

**08**

**Salud mental y género:  
ambigüedades,  
re-funcionalización de  
la escucha terapéutica  
y politización del  
malestar**

---

**Alejandra Ordóñez Rodríguez**  
Universidad Icesi

Este texto propone reflexionar sobre la relación entre salud mental y género a partir de tres ejes de comprensión: 1. Las ambigüedades, tensiones y paradojas que supone hacer una lectura del campo de la salud mental considerando la categoría de género 2. Las posibilidades de re-funcionalizar la escucha terapéutica para habilitar agenciamientos íntimos y colectivos que permitan hacer con el sufrimiento psíquico y los malestares sociales y 3. La introducción de la politización del malestar como herramienta política/conceptual para hacer frente a la reproducción de formas de vida desiguales (Fernández, 2021).

### **Pensar las categorías de género y salud mental: ambigüedades, tensiones y paradojas**

La salud mental está en crisis. Como discurso jamás ha estado tan en auge como en la actualidad. Como categoría que define lo sano, lo patológico, lo saludable y lo nocivo de forma universal se ha visto interrogada por formas de vida y de lazo que cada vez se adaptan menos a los estándares universales de salud mental. La salud mental está en crisis porque como discurso ha fracasado para explicar y ocuparse de lo que algunos autores han denominado crisis anímica (Exposto, 2020). Estas crisis anímicas están estrechamente relacionadas con los malestares de una sociedad que, como bien propone Suely Rolnik (2019), además de sostener un horizonte capitalista neoliberal como forma de producción económica, este también se consolida como una forma de producción de subjetividades. Hablamos de una crisis generalizada compuesta por otras: crisis ecológicas, crisis de los cuidados, crisis de acumulación capitalista, crisis en la constitución subjetiva (Exposto, 2020)

En este escenario, ¿cómo pensar la salud mental, sus discursos, sus prácticas junto al género? ¿qué posibilidades habilita poner a conversar críticamente salud mental y género? ¿es posible hacer lecturas de las realidades sociales, políticas, económicas y anímicas actuales en las que se consideren las desigualdades, los poderes, las subalternidades y las resistencias en juego? ¿por qué hablar de salud mental y género más allá de los datos epidemiológicos? En este apartado, tejo algunas reflexiones que apuntan a discernir estos interrogantes no para resolverlos sino para complejizarlos.

## De lo que no se habla: la producción de malestares y sufrimientos psíquicos generizados

*Nuestra patología psicósomática también se inscribiría en el orden político-social donde se constituye el género y no exclusivamente en lo psicológico-personal. Nuestra genitalidad y nuestras vísceras han modificado sus significaciones a lo largo del tiempo, pero manteniendo un sentido amenazante y descalificador que muestra su eficacia a través de nuestra tolerancia frente a prácticas iatrogénicas y en la persistencia de creencias sobre nuestra inferioridad” (Fernández, 1982, p.116)*

¿Por qué las cifras epidemiológicas señalan que son las mujeres quienes tienen mayor prevalencia de trastornos mentales? ¿qué hace que las mujeres sean quienes más sufrimiento psíquico padecen, según las estadísticas? ¿por qué se sufre de forma diferencial según el sexo y el género? ¿por qué las mujeres son diagnosticadas con trastornos psiquiátricos dos y hasta tres veces más que los hombres? Estas preguntas remiten a una deuda del campo de las disciplinas psi: poco hemos pensado cómo y bajo qué coordenadas es que se configuran los sufrimientos psíquicos en las mujeres.

Ana María Fernández (2021) propone que la sexualidad, tanto masculina como femenina, está atravesada por mitos de los cuales se valen nuestras culturas para crear sentidos coherentes socialmente. Se trata de conjuntos de representaciones que se materializan en el cuerpo, separan los sexos, se instauran y configuran no solo el organismo sino también el aparato psíquico, logrando que adquieran el estatuto de naturales. Fernández (2021) propone la revisión de algunos de estos mitos que “organizan las restricciones, los secretos, el silencio o la postergación de la sexualidad femenina” (p. 131). Fernández señala cómo estos mitos reaparecen con estatus científico en áreas del saber cómo las ciencias de la naturaleza, específicamente la biomedicina.

Desde la menarquia hasta la menopausia, pasando por los distintos momentos vitales de la salud sexual y reproductiva de los cuerpos feminizados, la biomedicina se ha empeñado en demostrar que la diferencia anatómica deriva en malestares subjetivos como si se tratase de una causalidad directa, de carácter exclusivamente fisiológico.

Paradójicamente, a la par de estos prejuicios científicos, disciplinas como la biología, la fisiología o la genética han ido quebrantando estas ideas a partir de

descubrimientos que desvirtúan ideas que por décadas han permanecido como verdades científicas. Un ejemplo de ello es el descubrimiento del óvulo y más recientemente de la función ovárica activa y fundamental para la movilización de los espermatozoides hacia el óvulo durante la fecundación, que ha dejado interrogado el rol pasivo de las mujeres en dicho proceso, instalado por el discurso de las ciencias naturales (Fernández, 2021).

No se trata de negar o prescindir de la diferencia anatómica, biológica o fisiológica. De lo que se trata, es de develar cómo las aproximaciones epistemológicas a estas diferencias han instalado y construido una noción muy específica sobre los cuerpos feminizados y masculinizados. Se trata entonces de someter a análisis los prejuicios epistemológicos que más tarde derivan en formas sutiles de biopolítica, que terminan por instalar la idea del cuerpo femenino como un cuerpo debilitado, vulnerable, frágil, loco, riesgoso y patológico, destinado “natural e instintivamente” a la reproducción. En esta misma vía, Foucault propone pensar los a priori históricos que configuran una episteme. Siguiendo este planteamiento, pensar en la producción de malestares y padecimientos psíquicos generizados requiere pensar cómo el abordaje biomédico hegemónico de la salud y de la salud mental ha establecido y circulado entorno a estos a priori y las implicaciones que estos han tenido en la comprensión, abordaje y atención de la salud mental de las mujeres. Como propondrá Michelle Sadler (2020) se trata de despertar las metáforas que dormían en la ciencia.

No es el objetivo de este texto examinar en detalle y con exhaustividad la forma en la que la biomedicina incorporó el discurso de la ciencia experimental, dejando por fuera nociones sobre lo social y lo cultural, y cómo se institucionalizó como modelo paradigmático del abordaje de la salud y la enfermedad. No obstante, ubicar históricamente los a priori teóricos con respecto a la diferencia y las desigualaciones sexo/genéricas en el abordaje de la salud mental permite aproximarse a comprender por qué y cómo sufren las mujeres, esta vez sin omitir que las diferencias y especificidades de estos padecimientos no son solo de orden anatómico. Son también, al mismo tiempo, el saldo de producciones discursivas que toman la diferencia de los cuerpos feminizados como aquello jerárquicamente inferior y patológico.

Es el saldo de proposiciones ideológicas que se hacen pasar por ciencia. Es el saldo de desigualaciones sociales, culturales, políticas y económicas de un mundo organizado para beneficiar algunas formas de existencia y oprimir otras.

Es el saldo de complejos procesos de socialización y subjetivación donde la categoría política *mujer* occidental-centrada deviene efectivamente en debilitamiento del cuerpo y de la subjetividad.

A continuación, desarrollaré los que serían, a mi modo de ver, los prejuicios y paradojas que se hallan en estrecha relación con la producción de padecimientos psíquicos en las mujeres, partiendo de que esta generalización no agota su historicidad, ni abarca la complejidad y multiplicidad de las formas singulares en que esto se presenta en la escucha clínica con cada mujer.

*La sexualidad femenina* ha ocupado a la medicina desde sus primeros escritos. Eva Giberti (1992) y Ana María Fernández (2021) relatan en sus textos esta relación histórica entre sexualidad femenina y medicina. Las autoras cuentan que los papiros egipcios de Kahun y Ebers de 1900 a. de C ya hablaban sobre el mal posicionamiento de la matriz como causa de alteraciones de salud como irritabilidad y negatividad al levantarse de la cama. Para los egipcios, estas enfermedades difusas en las mujeres encuentran su explicación en las migraciones del útero al desplazarse por el interior del cuerpo y la explicación de estos movimientos obedece a un ser misterioso y maligno alojado en el cuerpo de las mujeres.

El Corpus Hipocrático también ofrece su explicación en relación con los padecimientos femeninos. Con su teoría sobre los humores se tratará de que reine el equilibrio entre los cuatro humores que componen el cuerpo. La importancia que le da la medicina hipocrática a la regularidad menstrual y a la regularidad de las relaciones sexuales –pero no muchas– serán los elementos que asegurarán al útero su tranquilidad para impedir que migre a otra parte y así mantener el equilibrio de los humores. Por tanto, será recomendable, para las mujeres jóvenes de la época, el matrimonio y el embarazo muy cerca de su primera menstruación, pues en tanto su sangre no encuentre salida pueden llegar a padecer delirios, angustias o tendencias al suicidio. Al respecto, Fernández señala:

Lo que aparece aquí como criterio de salud para las niñas es en realidad la justificación de una urgencia del *socius* que demanda un sistema de alianzas matrimoniales, donde los intereses económicos de la familia harán necesario que las niñas se casen no bien entran en las condiciones biológicas para ello. Así, la medicina como arte de curar, pero también de la regulación social (2021, p. 430).

Por su parte, Platón y Aristóteles, retomando la tradición hipocrática, ubican el útero también como órgano migrador con el que se explican los males de la salud de las mujeres. Plantón planteará que el útero es un viviente poseído por el deseo de hacer niños dado que en la agitación animal de la matriz estaría la voluntad del creador. En *Timeo*, Plantón ofrece una descripción anatómica del hombre para dar cuenta del alma con respecto al cuerpo. En ella, lo racional e inmortal se aloja en la cabeza y el vientre será el lugar del deseo y la concupiscencia. Introduce así una geografía muy específica sobre los cuerpos.

Fernández (2021) lo explica así: “lo alto como superior con respecto a lo bajo. Y como las mujeres se definen por su matriz..., necesariamente son individuos inferiores” (p. 436). La autora señala cómo, además de esta ubicación del cuerpo femenino, Plantón logra teorizar lo femenino como inferior a través de otros recursos lógicos. La ilusión de la simetría: dos testículos, dos úteros y la producción de una diferencia basada en esta ilusión. Una producción de la mujer como hombre castigado y la anatomía como un destino divino para la procreación.

Estos dos filósofos refutarán la idea hipocrática del papel de la mujer en la reproducción y Aristóteles, siguiendo a Platón, reafirmará que el útero es el órgano esencial de la mujer y dispondrá una noción de mujer como hombre fallado o incompleto.

Por su parte, Galeno piensa a la mujer con el diseño que Plantón y Aristóteles le brindaron: un hombre a revés. Y, a pesar de que contradujo la teoría de los úteros migradores, esta quedó rápidamente descartada y lo que persistió fue su lectura del cuerpo femenino basado en el carácter ideológico de lo propuesto por los dos filósofos mencionados (Fernández, 2021). Para Galeno, los hombres serían secos y calientes, y la mujer fría y húmeda. Este lugar de frialdad y humedad será introducido por Galeno como inferior, atribuido al Creador que así la ha hecho. Así, la sequedad estará relacionada con inteligencia y racionalidad. Por su parte, la humedad convierte a las mujeres en seres desatinados en sus comportamientos. Fernández señala que, un ejemplo del tratamiento que Galeno da a la inferioridad femenina se encuentra en la explicación que provee de los senos: explicará que las dos glándulas mamarias son para dar calor y protección al corazón dado que ella es más fría que el hombre y por tanto se hace necesario que las tenga y el hombre no.

Durante la Edad Media, la medicina se convierte en la forma de control hegemónica en alianza con la Iglesia persistiendo las nociones de la mujer del mundo antiguo: una réplica imperfecta del hombre en la que la mujer representará lo instintivo, irracional, lo animal. Así la mujer queda concebida como irracional a partir de la moral sexual de la época en la que su sexo es estigma. De este modo, el hombre, que busca la santidad de Dios, es tentado por los deseos sexuales irracionales de la mujer. Esto consolida la sexualidad femenina, en este momento histórico, como demoníaca y será objeto de permanente desconfianza, vigilancia y posterior persecución cuando mujer = bruja se consolida en lo que Fernández (2021) denomina “sexicidio”. El discurso médico aquí jugó un papel fundamental subsidiario de la sospecha, vigilancia y persecución de la sexualidad femenina.

Fernández, propone pensar el discurso de la medicina como uno de los discursos que habla sobre la vida, la muerte, el sufrimiento, los valores, diciendo cómo vivir, sufrir, enfermar, gozar, parir o morir, produciendo así implicaciones de orden ontológico: algunas veces emparentado con la filosofía y otras íntimamente ligado a la religión, el discurso de la medicina ha sido producido fundamentalmente por hombres y este es precisamente el elemento de análisis que permite pensar cómo el imaginario masculino ha visto a las mujeres, es decir, cómo ha construido a las mujeres. La autora cuenta cómo, en 1650 los descubrimientos de Harvey demuestran lo indispensable de ambos sexos en la reproducción y, a pesar de las resistencias, esta concepción triunfa y se inaugura un largo periodo de veneración de la maternidad. Se producen así desplazamientos en el mito: mujer = hombre fallado, mujer = útero, mujer = histeria, mujer = madre. Lo que ha quedado velado es el entramado sociohistórico, cultural, moral e ideológico de dicha producción.

En resumen, esta alianza del discurso de la medicina, la religión y la filosofía a lo largo de la historia y que circula en conjunto, consolida la diferencia y especificidad de lo femenino como inferior. La concepción uterocéntrica de los padecimientos de la mujer se reproducirá, una y otra vez, con mitos sociales y científicos distintos, superpuestos, velando su carácter ideológico –igualmente eficaz– produciendo cuerpos patológicos y obturando la posibilidad de ver “lo visible e invisible de un campo teórico” (Fernández, 2021, p. 450). Varios años más tarde, en el Siglo XVIII los discursos médicos comienzan a consolidarse en el dispositivo que, en el Siglo XIX, se afirmará para producir los efectos de

medicalización de las mujeres. Lo que es sorprendente es la vigencia e insistencia de estas ideas hasta entrado el Siglo XIX (Fernández, 2021). Las autoras se preguntan:

¿Qué ha soportado con tal eficacia estas ideas? ¿por qué se instalaron con tal fuerza?  
 ¿Cuál será el soporte social-imaginario que ha podido burlar los avances de la ciencia, los cambios de las estructuras económicas, de las religiones y más aún, de las vidas cotidianas, para poder sostener una teoría desde 1900 a. de C. hasta el surgimiento de la sociedad industrial? (Fernández, 2021, p. 426).

De este modo, el control de la sexualidad femenina se liga a ficciones biologicistas que operan eficazmente. La maternidad, el cuidado y responsabilidad por los hijos y la mujer doméstica (mujer = madre-esposa) triunfa como rol fundamental, subsidiario de una sociedad que necesita crear la esfera de lo público y lo privado para sostener su modelo de producción económica y finalmente, la reproducción –de gente sana– para garantizar la mano de obra que permitirá, en alguna medida, perpetuar dicho modelo.

Es en este escenario es que encuentra asidero la explicación causal reduccionista de los padecimientos psíquicos de las mujeres. He aquí la paradoja: por mucho que la medicina históricamente se haya ocupado de forma especial por la sexualidad y el cuerpo femenino, lo ha hecho tomando como *punto cero* el cuerpo masculino, produciendo una diferencia inferior sobre los cuerpos femeninos que intenta contener, regular y controlar. La medicina se ha ocupado de la sexualidad femenina no para comprenderla en su multiplicidad sino para inteligir sus posibilidades de control. Control que se ejerce de forma diferenciada, más sutil o violentamente, según la clase social y la raza. Podemos decir que esta preocupación de la medicina no se ha traducido en más cuidado –que pese a las críticas también ha estado presente–, sino en más vigilancia, como veremos a continuación.

*La medicalización y patologización de los procesos sexuales y reproductivos* guarda íntima relación con la ubicación sociohistórica anterior. Si la mujer tendrá el lugar de lo inferior –junto a otros cuerpos construido y leídos de este modo según la clase, la raza y las coordenadas geopolíticas– entonces la patologización de los procesos sexuales y reproductivos será una consecuencia lógica de un modelo médico hegemónico que, en disciplinas como la psiquiatría ha

sostenido el mito mujer = útero/histeria, desplazándolo con teorizaciones que proponen, por ejemplo, que hay mayor susceptibilidad femenina para enfermar mentalmente puesto que hay una relación directa entre sistema nervioso y órganos sexuales. Florencia Linardelli (2015) lo expone así:

Estas creencias tenían su correlato en prácticas terapéuticas diferenciales, por lo que fue habitual la exploración de los genitales para diagnosticar cualquier enfermedad, como también la indicación de extirpar los órganos reproductivos femeninos, suponiendo que en ellos radicaba la causa del trastorno mental (p. 207).

Este prejuicio arraigado a la psiquiatría ha tenido consecuencias en el diagnóstico y tratamiento de padecimientos psíquicos en las mujeres. Linardelli (2015) señala que a partir de ello se consolidan estereotipos sexuales y se produce la patologización de ciertas conductas señaladas como anormales cuando son realizadas por mujeres. Todo ello, atribuido a una sucesión temible de crisis anímicas comandadas por los ciclos reproductivos que justificaron prácticas como la reclusión de las mujeres en el ámbito privado, tal como lo enseñaron algunos textos de ginecología como el José Botella (1975) citado por Eva Giberti en su texto *Mujer, enfermedad y violencia en medicina* (1992): “La mujer, en pago de su esfuerzo reproductivo, debería verse libre del áspero contacto con el mundo exterior. Debería vivir defendida por el hombre en el microcosmos que es la familia” (p. 103).

Así, el modelo biomédico, que opera en el mundo occidentalizado como hegemónico, se basa según Menéndez (2003) en la medicalización de padecimientos físicos y subjetivos, en la investigación biomédica y en la producción farmacológica. Este abordaje también describe lo que se hace en salud mental. A este panorama se suma otra arista del análisis que describe Linardelli (2015) tomando como referencia los trabajos de otros autores (Foucault, 1999; Conrad, 1982; Galende, 2008; Stolkiner, 2010): el problema de la medicalización también responde a un contexto económico y sociohistórico en el que el discurso de la salud es capturado por las lógicas del mercado, imponiendo principios como la efectividad, la eficiencia y la economía. Ponderando prácticas centradas en la tecnocratización y el control médico de los comportamientos, estableciéndose así la relación ampliamente descrita por Foucault entre medicina, Estado y poder en pro de la regulación de los modos de vida y de los cuerpos. Esta alianza entre

políticas estatales, mercantilización de la salud mental y medicalización de la vida hace parte del “mercado de la salud”. En este mercado la salud mental de las mujeres, siempre ligada a los procesos sexuales y reproductivos, es susceptible de recibir mayor oferta de bienes de consumo como promesa de salud mental y a su vez mayor oferta de medicación. También, tendrán mayor probabilidad de ser diagnosticadas con algún trastorno mental, desconociendo la complejidad de lo que ese padecimiento revela, no solo de quien lo experimenta sino de la estructura social que lo alimenta y favorece.

Lo anterior permite decir que, las ideas médico-científicas de la biomedicina son tan culturales como cualquier otro modelo de abordaje en salud y que uno de sus efectos es la producción de padecimiento psíquicos generizados dado que reproduce prácticas de control social sobre los cuerpos feminizados.

De forma paradójica *la invisibilización de las mujeres en los estudios sobre salud mental* se da en paralelo con la lectura prejuiciosa, anteriormente señalada, que se hace de su salud mental. Las investigaciones sobre este tema se han realizado desde los feminismos, la antropología médica y la misma medicina. Señalan que la investigación en biomedicina excluye a las mujeres sistemáticamente de sus estudios o aplica mecánicamente los resultados obtenidos con hombres a mujeres. Estos estudios parten de la poca relevancia que tendría considerar las especificidades sexo-genéricas que tienen los procesos de salud-enfermedad. De este modo, por un lado, se da una explicación de orden causal biologicista a los padecimientos subjetivos y por otro lado hay un “no querer saber” que es precisamente la diferencia sexo-genérica, construida como inferior, lo que habría que tomar como variable para un análisis y abordaje diferencial de la salud mental de las mujeres.

Por el contrario, esta denegación es sostenida con argumentos como el poco conocimiento de los procesos “normales” que se tienen de las mujeres en comparación con los hombres o las “distorsiones” que implicaría, para el análisis de los datos, el incluir mujeres en los estudios debido a sus ciclos hormonales (Linardelli, 2015). Y en este punto una paradoja más: la efectividad, rapidez y transformación de las prácticas clínicas en biomedicina cuando se trata de apropiarse de la evidencia científica más reciente en cuanto a intervenciones y procedimientos en salud es incuestionable, pero lamentablemente no es la misma con la que se apropia el conocimiento científico en el terreno de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Así, pese a que algunos procedimientos e intervenciones estén desaconsejados, se haya comprobado sus efectos iatrogénicos (la maniobra de Kristeller desaconsejada por la OMS y clasificada como una forma de tortura por Naciones Unidas) y la última evidencia científica ofrezca otras posibilidades en la clínica ginecológica y obstétrica, las prácticas médicas no se modifican, continúan llevándose a cabo y enseñándose en las formaciones en ciencias de la salud basándose en toda clase de argumentos que revelan lo que hasta aquí se ha señalado: la salud de las mujeres es vigilada de cerca porque es el terreno privilegiado de control biopolítico —en ocasiones salvaje— sobre sus cuerpos. Lo que subyace a estas explicaciones es la homogenización de los cuerpos y las lecturas prejuiciosas de los mismos.

De este modo, diagnósticos como la depresión perinatal, la psicosis puerperal, el síndrome postaborto o el trastorno de estrés postraumático diagnosticado tras una experiencia violenta y de vulneración de derechos durante la atención al parto siguen la misma lógica de reproducción del mito mujer = útero/histeria que deja por fuera lo que hay de biopolítico en las lecturas biologicistas y las causas estructurales que contribuyen a estos padecimientos psíquicos. En todo caso, estos padecimientos no se presentan en la clínica de forma radicalmente distinta a las formas en las que se presentaría una depresión, una melancolía o un trauma producto de acontecimientos ajenos a la maternidad. ¿Qué es lo que ha dado lugar a estos diagnósticos en salud mental específicos y exclusivos de lo femenino ligados a la maternidad? Han sido descritos a partir de su fenomenología, desconociendo las variables sociales y culturales que favorecen su ocurrencia. Además, proponerlos como problemas intrapsíquicos, es decir individuales, habilita la des-responsabilización de asumirlos como problemas de salud pública o como fenómenos que invitan a interrogarse y a dar un giro paradigmático a la cuestión del cuidado.

Por último, mantener estos diagnósticos en el terreno exclusivo de la salud mental rehabilitadora vehiculiza la posibilidad de ofertar toda clase de objetos de consumo que van desde recetas, talleres y clases para aprender a ser madres, pasando por expertos vendiendo con qué y cómo garantizar un/una bebé feliz y una madre feliz, hasta llegar a psicofármacos para silenciar los síntomas de la desigualación social que encarnan las mujeres que los padecen. En el siguiente apartado, una viñeta clínica permitirá ilustrar este argumento.

Por último, *las desigualaciones sociohistóricas de género* han sido la variable que el modelo de determinantes sociales en salud mental ha considerado para explicar de forma diferencial los padecimientos psíquicos. En esta línea, los estudios se han enfocado en señalar cómo los factores sociales y las condiciones de vida han afectado la salud mental de las mujeres. Las experiencias de discriminación, los distintos tipos de violencias, las dificultades en el acceso a condiciones de igualdad, paridad y equidad, la distribución generizada y la consecuente sobrecarga de las tareas de cuidado y las limitaciones de la autonomía sobre el cuerpo conllevan un modo particularmente específico de malestar psíquico en las mujeres.

Fernández (2021) dirá que los procesos de desigualdad-discriminación-violencia, que son propuestos como lógica de una misma subordinación de género, no están invisibles, sino que han sido invisibilizados. Esto quiere decir que se encuentran naturalizados. La autora lo explica así:

Los procedimientos a través de los cuales se efectiviza este circuito desde distintos lugares e instituciones sociales aparecen como no visibles, en tanto se construye un consenso por medio del cual lo que ha producido la cultura es atribuido a la naturaleza; por supuesto, al mismo tiempo queda sin registro la práctica violenta que lo vuelve posible (p. 536)

En este punto es importante señalar que, si bien se ha hablado de la medicalización, la patologización de los cuerpos feminizados, la invisibilización de las mujeres en los estudios sobre salud mental y las desigualaciones sociohistóricas de género, estos fenómenos de desigualación de género no se presentan de la misma manera en todas las mujeres. Las lecturas de “*la mujer*” o “*lo femenino*” como universal han dejado por fuera lo que autoras como Angela Davis, Kimberlé Crenshaw, bell hooks, Yuderkys Espinosa entre muchas otras feministas negras han propuesto lucidamente: es absolutamente fundamental abordar las desigualaciones de género junto a otras formas de opresión y subalternidad como la raza, la clase o las identidades y cuerpos no heteronormativos.

En este sentido, hablar de *mujeres* no debería remitir a “*La mujer*” de forma universal e inequívoca. Las mujeres experimentan sufrimientos psíquicos de modo diferenciado. Linardelli (2015), siguiendo las propuestas de los feminismos negros y antirracistas, señala que la medicalización y patologización que

sufre una mujer blanca, incluida, que vive en una cabecera urbana probablemente se contrastará con la desatención y exclusión del sistema de salud que sufre una mujer negra o indígena en la ruralidad. Y la excesiva medicalización y patologización de mujeres trans, lesbianas o hetero-disidentes se contrastará radicalmente con esta misma experiencia en una mujer cisgénero.

Las mujeres no padecemos más sufrimiento psíquico porque nuestros cuerpos estén predispuestos fisiológica o biológicamente para enfermar más. Enfermamos más porque los modos de subjetivación, la enajenación de nuestro propio cuerpo, las estrategias biopolíticas de censura y denegación del placer, así como la constante privación de las autonomías corporales han sido, históricamente, estrategias que conducen a que el sufrimiento psíquico se instale de modo mucho más efectivo en las mujeres. Cabe aclarar que esta no es una operatoria que ocurra exclusivamente con los cuerpos feminizados. Son las mismas estrategias que operan fragilizando, subalternando y debilitando las potencias de los cuerpos ubicados, como propuso Fanón (2009), en la zona del no ser. El problema no son nuestros cuerpos o el sufrimiento psíquico que se deriva de estos sino los sistemas de desigualación y opresión que los producen. Esta es una disputa de sentido, es una disputa por la interpretación de las fuentes del sufrimiento psíquico de las mujeres. Aquí la vertiente política de esta discusión.

## **De las determinantes sociales al abordaje imbricado entre género y salud mental**

No somos personas generizadas un día y organismos sexuales al día siguiente, sino que somos las dos cosas simultáneamente, y este hecho hace que para cada problema de salud tengamos posibilidades diferenciadas (Krieger, 2003, p. 656)

Considerar las determinantes sociales de género para pensar la salud mental ha permitido un avance considerable en su abordaje. Desde las ciencias de la salud y las ciencias sociales se ha introducido la importancia de considerar cómo influyen los aspectos sociales y culturales, la clase, el género y la racialización en los padecimientos subjetivos. Este paso ha sido importante porque ha puesto en diálogo dimensiones que desde la psiquiatría biológica habían sido denegadas y desestimadas históricamente. No obstante, se puede dar un paso más. Junto

al modelo de determinantes sociales en salud (DSS), será necesario pensar y repensar algunas cuestiones que están siendo discutidas en otros ámbitos (los feminismos, los movimientos sociales, los saberes producidos colectivamente por comunidades) pero que pareciera que quienes representan el discurso de la salud mental más hegemónico no participan de estas conversaciones. Haré referencia –de forma general– a tres cuestiones que considero que son las que podemos adosar al modelo de DSS para continuar complejizando la intersección entre salud mental y género.

*Los criterios para valorar la salud mental de las mujeres* no son los mismos que se emplean para valorar la salud mental de los hombres. El estándar de salud mental de las mujeres (productiva en lo doméstico y en lo público, “buena madre”, pero mujer exitosa, cuidadora y complaciente) es, a su vez, aquello que se convierte en un factor determinante de sufrimiento. La experiencia clínica muestra cómo cuando una mujer acude a los dispositivos de salud mental basados en la psiquiatría biológica es depositaria no solo de mayor medicalización sino también de más señalamientos y prejuicios. Como he señalado, esto se agudiza cuando a la variable de género se le suma el empobrecimiento o la racialización. Esto se explica, en alguna medida, porque a pesar de la existencia del modelo de DDS, lo que subyace a esta valoración son concepciones ontológicas de “lo femenino” prejuiciosas. En este sentido, además de revisar y reformular estos criterios como punto de partida para la transformación del abordaje de la salud mental, será también necesario interrogar la ontología de sujeto que porta el discurso de la psiquiátrica biológica. Esto conduce a la segunda cuestión.

*Los sesgos y prejuicios epistemológicos con los que opera el discurso de la salud mental* son un obstáculo para aplicar el modelo de determinantes sociales en salud. Estos sesgos epistemológicos continúan operando eficazmente cuando los dispositivos o los profesionales de la salud mental adjudican causas fisiológicas, hormonales o bioquímicas y también cuando aplica el modelo de DSS en su vertiente reduccionista: “es porque es mujer” “es porque es pobre”. Despolitizar las dimensiones sociales de los sufrimientos psíquicos pasa también por establecer causalidades directas entre ellas empleándolas irreflexivamente. Por tanto, un posicionamiento ético mínimo será interrogar la neutralidad de los criterios epistemológicos con los que se piensa la salud mental: se es tan neutral como la propia hegemonía lo permite. Las epistemologías tienen sexualidad, coordenadas geopolíticas, de raza y de clase que las convierten en potenciales

escenarios para producir invenciones subjetivas emancipatorias, aliviar el sufrimiento o reproducir y profundizar desigualaciones.

*Los procesos y dispositivos de subjetivación de los cuerpos feminizados*, aunque cambiantes, continúan produciendo formas de subjetividad debilitadas frente a algunos poderes. El poder biomédico en este caso. No obstante, como bien señala Butler (2015) la sujeción al poder no es solo el proceso de devenir subordinada, es también el proceso de devenir sujeto. Butler se pregunta: “¿cuál es la forma psíquica que adopta el poder?” (p. 13). Siguiendo a Butler, la desigualación, jerarquización y subalternación de género no es solo un poder que se halle en lo externo. Es también un poder que constituye y garantiza la existencia. Por tanto, la sujeción es constitutiva del psiquismo y el poder no es solo una fuerza exterior que empuja sino también una producción psíquica que conduce.

Butler advierte que lejos de proponer esta argumentación para decir que, si se demuestra que los sujetos persiguen o sustentan su estatuto de subordinación, entonces la responsabilidad de su subordinación es individual y reside en sí mismo, se trata de comprender una de las formas más insidiosas que toma el poder: la sujeción al poder es la forma en la que el sujeto se vuelve contra sí mismo. Esta aproximación compleja permite entender el terreno de la salud mental y de la clínica como un espacio-tiempo cuya potencia será la de acompañar nuevos horizontes de subjetivación de los cuerpos feminizados –y de los cuerpos no heteronormativos– o la de reproducir y favorecer, una y otra vez, identidades homogéneas subordinadas. Volveré sobre esta idea en el apartado de politización del síntoma.

## **Refuncionalizar la escucha terapéutica: una viñeta clínica**

*¿No te parece extraño que en estos tiempos aún se engendre a los hijos dentro del cuerpo, que haya que parir de una forma tan salvaje? ¿Y que la humanidad se siga reproduciendo por este sistema tan viejo, con un cuerpo dentro de otro, como las muñecas rusas? Es algo que me cuesta encajar con el resto, conciliarlo con la vida en las ciudades, el mundo cibernético, la ciencia, la ingeniería, mi condición de hija o el cemento que separa los pies de la tierra. (Jamís y Núñez, 1999)*

¿Qué es lo que queda como huella en la vida de una mujer tras un parto traumático producto de la violencia obstétrica? ¿qué podemos ofrecer en un espacio de escucha para este tipo de violencia? ¿qué es lo que *toca* la violencia obstétrica a nivel subjetivo y en el vínculo madre-bebé? ¿qué puede enseñarnos la escucha a mujer que ha vivido violencia obstétrica? ¿qué efectos del discurso biomédico, tecnocrático y patriarcal podemos hallar en los cuerpos de las mujeres y personas gestantes? Estas preguntas intentan responder algo de ese deseo de saber por la vía no de las respuestas sino de la reflexión.

Ivana, como le llamaré a mi paciente, llega a consulta conmigo a partir de un ofrecimiento. Acude porque alguien le dice que hay un espacio voluntario y gratuito de escucha a mujeres que han vivido violencia obstétrica. Esto nos inscribe a ella y a mí en otro tipo de relación. Se trata de otro registro en el que el dispositivo clínico es también un espacio de activismo en tanto buscamos inscribir algo no sólo del sufrimiento singular, sino que también apostamos por conmovir algo de la estructura discursiva y social que lo favorece. Este espacio de escucha se inscribe en un movimiento de activismo social: el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (MNSSR) ¿Qué escucha puedo ofrecer desde este lugar político?

Tras haber prestado mis oídos para ser depositaria de los restos subjetivos de un tipo de violencia encarnada en el cuerpo de las mujeres, personas gestantes y bebés, concluyo que prestar mi cuerpo para la escucha es otro modo de activismo desde el cual hacer resistencia y subversión a otra de las caras de la violencia de género. En esta apuesta trato de inscribir políticamente mi escucha reflexionando de qué está hecha esta subversión.

Nos encontramos de forma virtual. No hay presencia física durante el primer encuentro. No la habrá en ninguno. Pese a ello se conmueven nuestros cuerpos con el relato de la violencia que vivió Ivana durante la atención al nacimiento de su hija Lucy. La palabra de Ivana relata lo que ocurrió con su cuerpo, con su sexo, con lo más íntimo de sí. El cuerpo de Ivana y el mío son tocados, conmovidos por su relato. Me cuenta que estuvo a punto de morir. Este es el primer esbozo de una escucha que esta vez pasa por mi cuerpo. Esta vez no retrocedo: el frío, el dolor, la agonía, la angustia, la tristeza, el sinsentido y la indignación no le pertenecen solo a ella. Los ha dirigido a mí y algo de mi posición de escucha se ha modificado: no hay neutralidad posible cuando hay una apuesta política en la que hablar y escuchar tienen el potencial de devenir sujetas de

derechos y en la que la relación con el cuerpo, el placer sexual, la reproducción –o no– y el disfrute vital pueden significarse más allá de la represión, más allá de la puta, la esposa-madre, la loca o la mujer útero.

Ivana me cuenta que el día que cumplió exactamente cuarenta semanas de gestación se dirigió al hospital que le asignaron para parir. En el control prenatal, la profesional que la atiende le dice que, si en la semana cuarenta no se desencadena su parto, será necesario que acuda al hospital para inducirlo pues es *“muy peligroso que la niña se pase de tiempo”*. Es ingresada sin estar en labor de parto. Es capturada por el dispositivo que controla cuándo, cómo y en qué circunstancias habrán de obtener el producto esperado: una mujer y un/una bebé vivos. Ivana acude obedientemente.

Mis compañeras del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva Huitaca, tomando como referencia a Michel Foucault (2003) cuando habla de cuerpos dóciles, proponen que *“una buena paciente se construye durante el embarazo”* a partir de una relación en la que opera un poder asimétrico ejercido en este caso desde el discurso de la biomedicina. En este sentido, Menéndez (2003) señala que, en lo que ha denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH) que corresponde al modelo biomédico, lo que impera es el biologismo, la a-sociabilidad, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, una relación médico paciente asimétrica y de subordinación, la exclusión del saber del paciente, la salud/enfermedad como mercancía y una tendencia a la medicalización de los problemas, entre otros. En palabras de la psicoanalista Ximena Castro-Sardi (2013) lo que impera es el borramiento de la subjetividad.

De esta manera, Ivana es ubicada en el lugar de *“buena paciente”* dentro del MMH que determina no sólo la relación de Ivana con el sistema de salud y el personal de salud, sino que también condiciona la relación con su propio cuerpo. Es desde este lugar que Ivana consiente y acude *“como buena paciente”* al cumplir cuarenta semanas de gestación. En este punto es importante señalar que aludo a la responsabilidad subjetiva en tanto aparece el consentir con el Otro de la institución de salud en una decisión sobre el propio cuerpo, no obstante, esta posición es asumida a partir de lo que Foucault (2002) denomina un poder individualizante, de anatomopolítica que se propone gobernar a través de la producción de cuerpos más dóciles y eficientes. En esta misma vía, lo que nos han enseñado las intersecciones entre psicoanálisis y feminismos es que la responsabilidad subjetiva tiene

que ver con un posicionamiento singular hecho, como propone Fernández (1997) de marcas subjetivas de subordinación.

Tras varias horas trabajo de parto, el cual inició con una inducción con oxitocina injustificada, la prohibición de estar acompañada de su pareja, la prohibición de comer o beber, de moverse, la no comprensión de lo que ocurría con ella, con su cuerpo, con su bebé, el rotundo silencio del personal de salud que entraba y salía, incluso de su vagina, comienza la fase del expulsivo con pujos dirigidos. El médico ginecobstetra le dice a Ivana: *“usted es muy floja, no sabe pujar ¡así no, así no, me va a tocar ayudarle!”* y procede a realizarle la maniobra de Kristeller. Ivana me cuenta que además de las múltiples intervenciones innecesarias eso sí, de rutina, que le practicaron, hubo un lapso en el que estuvo sola: *“me dejaron en esa habitación pujando sola, completamente sola. Pensé que sin la presión del médico iba a poder porque me hacía sentir que no era capaz, pero estaba tan asustada y cansada que no podía, no podía sola. Pasó mucho tiempo sin que mi vida y la de mi hija le importaran a alguien. Me quedé ahí sola”*. El sentirse abandonada y sola serán significantes que situaremos como eco de lo traumático que resuena en su historia familiar y nos preguntaremos cómo lo traumático de la violencia obstétrica se signa en el cuerpo y en el psiquismo ahí donde algo del extrañamiento y el sinsentido en el presente está ligado con lo más íntimo, familiar y singular de su historia.

Ivana sufrió una hemorragia uterina durante la fase expulsiva del parto, el alumbramiento y el posparto inmediato. Cuenta que una enfermera al ingresar a la sala de partos dijo *“¡uy! ¿quién se murió aquí?”* Y un médico ginecobstetra que la recibió durante el cambio de turno dijo: *“¿qué fue lo que le hicieron a esta mujer? ¿por qué quedó así?”* al verla en posición de litotomía con sus genitales expuestos. Todas estas frases dichas y escuchadas como si lo que hubiese ahí fuese sólo un cuerpo, sin sujeta y no una mujer pariendo una vida. Palabras desafectivizadas, desprovistas de vínculo, de afecto, de humanidad. Queda aquí revelada una de las características del paradigma tecnocrático del parto que ha propuesto antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001). Una intervención agresiva, centrada en resultados a corto plazo, en los que la contingencia de lo real del cuerpo y de la experiencia subjetiva quedan excluidos y son reemplazados por la deconstrucción y *“mejoramiento tecnológico del cuerpo”*. Así, cuando este exceso de intervención, medicalización y tecnología genera efectos iatrogénicos se los intenta apañar con más tecnología.

Tras una pérdida considerable de sangre, Ivana pierde la consciencia. Su hija recién nacida es llevada a otra sala y ella es intervenida de emergencia debido a la gravedad de su estado de salud. Me cuenta que nadie le explicó lo que le estaba ocurriendo. A su esposo le mintieron con respecto a su grave estado de salud. Al perder la consciencia tuvo lo que ella denomina una visión: *“veía varios hombres a mi alrededor decidiendo qué hacer conmigo. Les suplicaba que no me dejaran morir. Los veía a todos decidiendo por mí”*.

Esta visión de Ivana me permite vislumbrar lo que desde la antropología de la reproducción (Martin, 1991) y otras autoras feministas (Haraway, 1995, Ortiz, 2002) han señalado con respecto a la aspiración de neutralidad y objetividad de la biomedicina. Estas autoras han develado que dicho paradigma, creado y desarrollado por hombres, propuso y sostiene hasta hoy una idea de cuerpo femenino que falla, basado en la generalización de un cuerpo isomorfo, naturalizando y perpetuando el sistema sociocultural patriarcal dominante en el que las diferencias sexo/genéricas son condicionantes para el ejercicio del poder obstétrico (Arguedas, 2016). De este modo, tal como señala Foucault (2003) y como lo proponen autoras desde la antropología médica, el modelo médico hegemónico está construido y a su vez encarna los ideales sociales, culturales, económicos y políticos dominantes de nuestra época.

La frase de Ivana *“los veía a todos decidiendo por mí”* revela el lugar de legitimidad social y cultural del médico, su poder institucional y también el poder simbólico conferido, como diría la antropóloga Brigitte Jordan (1997), a través del conocimiento autorizado, no porque este sea el correcto sino porque es el que cuenta.

Retomo la pregunta sobre mi posición de escucha que intenta subvertir algo de la lógica estructural de disciplinamiento de los cuerpos que no es otra cosa que el agenciamiento biopolítico de vidas deseables (Foucault 2002) y que también permea las disciplinas “psi”. La ética y la política que atraviesa esta escucha, además de poner el cuerpo, es una que interroga en actos –dentro del dispositivo de escucha– la tecnocracia sobre los cuerpos de las mujeres y personas que gestan, la jerarquía y poder conferido a través de la legitimidad social al lugar del médico y de la biomedicina, pero también a mi lugar como representante del discurso “psi”. Una que interroga el despojo de saber/poder sobre los cuerpos de cada mujer y persona gestante que escucho. Que interroga la obediencia a los lugares de poder. Que interroga lo eficaz, lo eficiente y lo económico, el apuro en los tiempos, el borramiento de la experiencia subjetiva

de parir y nacer como acontecimientos psíquicos. Interroga la infantilización y el paternalismo con el que se asume un acontecimiento de la sexualidad femenina. Una escucha cuya base epistemológica y ontológica convoca a las mujeres a producir conocimiento sobre sus propios cuerpos. Una escucha que podríamos ubicar como un modo de resistir al orden simbólico patriarcal que sustenta la atención al parto y el nacimiento institucional.

Durante una visita posparto al médico, Ivana le preguntó al ginecólogo qué le había ocurrido y por qué. El médico le respondió que lo que le ocurrió fue producto del azar, que le ocurre a una de cada 1000 mujeres. Me dice que no recuerda exactamente el número. A continuación, expresa que para ella esta explicación no es suficiente: *“yo espero encontrar una respuesta más espiritual y no tan científica”*. Hablar para Ivana ha sido la posibilidad de construir esta respuesta. De construir un saber/poder sobre sí misma.

Ivana finalizó el proceso de acompañamiento. Agradecí la posibilidad de acompañar a Ivana a saber. Somos dos mujeres interrogando el terreno no sólo de la biomedicina, sino también la posibilidad epistemológica de producir conocimiento –sobre el entorno, pero también sobre sí– que ha estado neutralizado sistemáticamente a partir de la enajenación y la disociación con nuestros propios cuerpos (Arguedas, 2016). Tras esta escucha me pregunto ¿es la salud mental perinatal un discurso que puede alojar algo del sufrimiento singular?

Algunas coordenadas que me permiten continuar pensando sobre lo que he formulado hasta aquí, me remiten a pensar una salud mental perinatal que se oponga a emplear la categoría de trastorno de estrés postraumático en una apuesta ética por resistir a la colonización del saber epistemológico del sur y del saber de cada mujer sobre sí. Además, es un modo de resistir a la patologización de un fenómeno de violencia estructural cuya fuente no es exclusivamente producto de un padecimiento intrapsíquico. En este sentido, este abordaje de la salud mental perinatal no persigue la normalización, la rehabilitación o la sanación en clave salud-enfermedad. Introducir un pensamiento decolonial para el abordaje de la salud mental perinatal en el caso de la violencia obstétrica implica interrogar el “cuerdismo” y el “normalismo” y por tanto implica también cuestionar las categorías diagnósticas que diferencian lo normal de lo patológico.

Finalmente, me gustaría proponer una idea a modo de provocación para continuar este camino. Creo que las resistencias se tejen al margen. Se tejen, como propone Michelle Sadler (2020), siguiendo a Emily Martin (1991),

despertando las metáforas que duermen en la ciencia e introduciendo también otros marcos cognoscitivos. La institucionalización de las resistencias deriva en nuevas caras institucionalizadas de control y poder. Pienso que, como lo propone Patricia Botero-Gómez (2019), siguiendo a Albán (2009), la cotidianidad de nuestras vidas hace parte de las re-existencias que son los modos en los que se inventa la vida. La profesora Patricia Botero-Gómez trae a su texto (2019) una bellísima cita del texto de Adolfo Albán:

La re-existencia apunta a lo que el líder comunitario, cooperativo y sindical Héctor Daniel Useche Berón “Pájaro”, asesinado en 1986 en el Municipio de Bugalagrande en el centro del Valle del Cauca, Colombia, alguna vez planteó: “¿Qué nos vamos a inventar hoy para seguir viviendo?” (Albán, 2009, p. 455).

Vuelvo a Ana María Fernández (2021) cuando propone pensar la *clínica de la clínica* que no es otra cosa que interrogar la clínica misma. Interrogar los prejuicios velados, las denegaciones producidas también en la teoría clínica psicológica, psicoanalítica y de las disciplinas “psi”. El ejercicio de hacer clínica de la clínica mantiene abiertas las preguntas, permite cuestionar la propia práctica. Esta ética que propone la autora permite ver, también en las disciplinas “psi” los efectos antes señalados sobre la invisibilización, la naturalización de las *diferencias desigualadas de los géneros*. Las preguntas por la escucha, por el mundo cambiante y sus crisis, por los dispositivos de subjetivación hoy, por las sexualidades hoy, por las diferencias sexo-genéricas hoy. Una de las reflexiones que ronda mi práctica tiene que ver con la escucha de mujeres que han vivido experiencias de violencia: ¿cómo pensar las diferencias sexo/genéricas sin establecer jerarquías entre unas y otras? ¿es posible establecer diferencias de diferencias, sin un centro hegemónico masculino, heterosexual, blanco? (Fernández, 2021).

¿Podemos pensar una redefinición crítica de la clínica y su escucha? ¿a qué subjetividades se dirige hoy la salud mental? ¿qué interrogantes podemos hacerle a la clínica para vislumbrar las producciones y reproducciones de dispositivos biopolíticos? ¿cómo desplegar, abrir lugar y habilitar las invenciones de las subalternidades frente a las desigualaciones? Retomo estos interrogantes en el siguiente apartado.

## La politización del síntoma

*“La revolución vendrá de las frágiles sintientes cuya “salud” tan vulnerable tiene la potencia de fomentar una mejor escucha con lo existente y con la vida” Leonor Silvestri.*

*“Si lo psíquico es político es porque lo inconsciente es impersonal” Emiliano Exposto.*

¿Qué de colectivo tienen los síntomas singulares e íntimos? (Exposto, 2020)  
La apuesta por la politización del síntoma es una salida teórica-epistemológica-política-clínica-existencial para re-pensar y re- visar lo que hacemos en la intersección entre salud mental-géneros y sus efectos. Esbozaré en este apartado algunas ideas y premisas de lo que implica, para el terreno de la clínica, la apuesta por politizar el síntoma y cómo dialoga –o no– con otros principios de la clínica de orientación psicoanalítica.

Hablar de politización del síntoma tiene que ver con hablar para hacer visibles las estructuras impersonales e intersubjetivas de los padecimientos psíquicos (Fisher, 2020). Si las operatorias biopolíticas tienden a reactivar la concepción de individuo, a delegar enteramente la responsabilidad del sufrimiento a quienes lo padecen (privatizarlo), patologizarlo y medicalizarlo, la politización del síntoma busca producir una reapropiación de los diagnósticos para abrir un pliegue de saber sobre sí, para habilitar otros modos de habitar los padecimientos. Se trata de invocar qué de colectivo tienen los síntomas íntimos, no para forjar nuevas identidades colectivas sino para buscar una salida a la captura de lo “psi” que propone que aquello por lo que se sufre es privado, individual e intrasubjetivo. Siguiendo a Fisher, se trata de “prácticas colectivas que reviertan la privatización del estrés del neoliberalismo” (2020, p. 118).

Este argumento convierte a las psicoterapias, a las disciplinas “psi”, al campo de la salud mental y a la escucha clínica en un terreno privilegiado para poner en marcha dichas operatorias biopolíticas. Byun-Chul Han (2014) ha denominado a esto psicopolítica que tiene que ver con el gobierno de sujetos a partir de la psicologización y la patologización del sufrimiento. Y más allá, tiene que ver con la estrategia que sigue el neoliberalismo para acceder a la esfera del psiquismo para gestionar y gobernar los deseos prometiendo libertad y autorrealización. En esta misma vía, Rolnik (2019) ha propuesto el neoliberalismo como una

tecnología micropolítica que tiende a evitar y gestionar las crisis, sostener el control y producir modalidades de subjetivación.

Quienes se han ocupado de pensar e introducir estas argumentaciones (Franco “Bifo” Berardi, Diego Sztulwark, Santiago López Petit, Byung-Chul Han, Sara Ahmed, Suely Rolnik, Mark Fisher) pueden ser leídos como autores del giro malestarista (Exposto y Rodríguez, 2020) cuya lectura de los padecimientos anímicos y de la salud mental se entiende así:

La enfermedad (alienación) ya no nos afecta desde fuera, como cuando se explotaba principalmente la fuerza física. El capitalismo no reprime o integra la vida, sino que la moviliza enteramente. Hoy, cuando la cultura, la información, los servicios y el consumo son un motor económico absolutamente clave, la alienación pasa en primer lugar por la instrumentalización de lo más íntimo: creatividad, lenguaje, valores, imágenes de sí, formas de vida, elementos de sentido. El Yo no es otro, sino una marca, como explica Santiago López Petit. La proliferación incontrolada de enfermedades del alma es a la vez síntoma y límite de esta instrumentalización que penetra todo nuestro ser: pánico, depresión, fobias, anorexia, ansiedad, etc. (Fernández-Savater, párrafo 3)

Este modo de comprensión de los padecimientos psíquicos propone también integrar a la reflexión la idea del malestar como energía ambivalente. La crisis civilizatoria es una ocasión para hacer una apuesta por *querer vivir*. Fernández-Savater propone pensar esta potencia como fuerza vulnerable: saber convertir el golpe del mundo en energía de transformación, ser tocadas, afectadas por el mundo. De este modo, la fuerza de afectación es proporcional al padecimiento y es el *suelo sensible* a partir del cual se puede construir una invención como forma de vida. Pasividad activa: el padecimiento irrumpe, pero a su vez tiene el potencial de convertirse en una fuerza pasiva de creación. Se trata de la elaboración-creación de una forma vivible de vida y no solo de la experiencia pasiva del sufrimiento. Fernández-Savater dirá que se trata de sanaciones que no pasan por la adaptación sino por la transformación de los modos de vida. La fragilidad no será sinónimo de incapacidad, inferioridad o debilidad, sino que tendrá la potencia de producir otras sensibilidades, otras subversiones.

Junto a la noción de politización del síntoma y la transformación político-paradigmática de los padecimientos psíquicos, la noción de multiplicidad introducida por Deleuze y Guattari (1994) y empleada en la clínica de orientación psicoanalítica por Ana María Fernández (2021) es una alternativa

epistemológica al binarismo que opera creando desigualaciones artificiales al servicio de los cuerpos y subjetividades inteligibles/hegemónicas. A la lógica de la diferencia de Lo Uno y Lo Otro, se contraponen la de multiplicidad. Se trata de pensar en diferencias que no remitan a identidades. La autora lo propone así: “no se trata de negar identidades ni totalizaciones sino de pensar totalizaciones que no subsuman las partes” (Fernández, 2021, p. 1224).

De esta manera, diferente no sería sinónimo a desigual o inferior. La noción de multiplicidad operará entonces para pensar-hacer diferencias en las interpretaciones teórico-clínicas y discernir *intensidades diferenciales*. Permitirá también pensar en lo “multi” como forma de análisis de las múltiples modalidades de relaciones jerárquicas y de opresión entrecruzadas (Fernández, 2021). Múltiples también serán los modos de resistir y subvertir las relaciones de dominio.

Regreso al punto de partida de este texto empleando una afirmación de Exposto (2020): “La crisis de la salud mental es una crisis de producción de subjetividad” (p. 4). ¿Cómo entender la intersección entre salud mental y géneros en el marco de esta crisis que ha producido subjetividades subalternas, victimizadas? ¿qué principios ético-político-clínicos sería necesario desplegar?

A lo largo del texto, además de ubicar el entrecruce de salud mental y género he propuesto –junto a otras autoras– algunas pistas que me han orientado para pensar salidas, invenciones y reformulaciones conceptuales de ese entrecruzamiento. La estructura misma de este texto es un intento de respuesta: en primer lugar, la ubicación reflexiva de un problema complejo y posteriormente, dos invenciones posibles para abordarlo: la de la escucha clínica y la de la apelación a otros marcos de comprensión para entretejer algunas respuestas. El abordaje de la cuestión de la salud mental y los géneros implica una re-visión sociohistórica de los prejuicios y a priori epistemológicos sobre los cuales se ha abordado este tema.

Resumiré a modo de conclusión –únicamente de este texto– estas salidas que, lejos de ser las únicas o las ideales, son las que he ido hallando:

1. En cada caso habrá que distinguir la lógica predominante de los dispositivos de dominación en juego, su simultaneidad, así como “ver” y hacer visibles las formas y estrategias de resistencia de cuerpos o colectivos desiguales (Fernández, 2021).

2. No desestimar y tomar las intersecciones entre géneros, disidencias e identidades sexuales no heteronormativas, raza, clase o posición geopolítica como variables analíticas decisivas.
3. La politización del síntoma permite también pensar, además de lo mencionado, en una política descolonizadora de los cuerpos que interroge el universalismo de “lo femenino” y habilite una experiencia vital-corporal que se rehúse a ser captada y cooptada por las identidades ontológicas, por las subjetividades homogeneizadas. Esta política del síntoma lleva a pensar el cuerpo –los síntomas, los afectos, los malestares, los padecimientos– como el territorio donde se materializan la pluralidad de resistencias. Esta es la dignidad con la que habría que tomar los síntomas en la escucha clínica.
4. La resistencia sería un esfuerzo de reapropiación colectiva de la potencia de creación. En este sentido, la escucha de los padecimientos psíquicos generizados no estaría orientada al levantamiento de una represión o el descubrimiento de un deseo. Estaría orientada a desplegar modos de agenciar vidas posibles, en otros registros, territorialidades y afectos fuera de la heteronorma.
5. Esta forma de hacer en la clínica producirá un cuerpo clínico: ya no hay dos: una que habla y otra que escucha. Es el devenir de un tercer-nuevo cuerpo. Un cuerpo maquínico (Deleuze y Guattari, 1994) que produce nuevos modos de hacer y nuevos modos de conducir una existencia.

Por último, la clínica no es un dispositivo contrahegemónico per se. Su potencia contra-productiva está por invocarse. Es un devenir. Hará parte del acontecimiento clínico.

## **Referencias bibliográficas**

- Arguedas, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar* Vol. 12 (No. 1), Lima, 65-89.
- Butler, J. (2015). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid, Ediciones Cátedra.

- Castro-Sardi, X. (2013). Salud Mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS* (No 11), 73-114. <https://doi.org/10.18046/recs.i11.1567>.
- Davis-Floyd, R. (2001) “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (75) 5-23.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1994). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*.
- Han, B. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona. Herber.
- Fanon, F. (2009). *Piel negra, máscaras blancas* [1952]. Madrid. Editorial Akal.
- Fernández, A (1982). “Historia de la histeria”. *Revista Argentina de Psicología*, n. 37, Buenos Aires. Q
- Fernández A. M. (1997). La diferencia como problema. Género y psicoanálisis. *Nómadas* (No 6). Colombia.
- Fernández A. M. (2021). *Psicoanálisis. De los lapsus fundacionales a los feminismos del siglo XXI*. Buenos Aires. Paidós.
- Fernández-Savater, A. (s.f). *Politizar el sufrimiento*. Spai in blanc.
- Fisher, M. (2020). K-Punk. Volumen 2. *Escritos reunidos e inéditos* (Música y política). Buenos Aires, Caja Negra.
- Foucault (2002), Historia de la sexualidad 1. *La voluntad del saber*, México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Exposto, E. (2020). *El giro malestarista de las nuevas teorías críticas*. Cátedra Abierta Félix Guattari de la Universidad de Trabajadores.
- Giberti, E. y Fernández A.M (Eds.) (1992). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires. Fundación Banco Patricios.
- Haraway, D. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Cátedra, Madrid.
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States* Illinois: Waveland Press.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter. *International Journal of Epidemiology*, Volume 32 (Issue 4), 652-657. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>

- Linardelli (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. MILLCAYAC - *Revista Digital de Ciencias Sociales*, Vol. II (No 3) Mendoza, 199-224.
- Martin, E. (1991) “The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles”, *Signs* 16 (3), 485-501
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8 (No 1), Brasil, pp. 185-207.
- Rose, N. (2019). *La invención del sí mismo. Poder, ética y subjetivación*. Santiago de Chile. Pólvora Editorial.
- Sadler, M. (2020). Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En Quattrocchi, P. y Mognone, N. (Ed), *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 7-21). EDUNLa Cooperativa.
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección*. Buenos Aires. Tinta Limón.



**09**

# **Cartografías grupales: atención a la salud mental y disidencias sexuales y de género**

---

**Maurício Cirilo Neto**  
**Ana Carolina Rios Simoni**  
**Magda Dimenstein**  
**Maria Cecília Pedrozo Nomizo**  
**Isabela Pinto Lucena Bezerra**  
**Larissa Alves do Rêgo**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Este escrito presenta la experiencia de constituir un Grupo de Apoyo Psicosocial a la Población LGBTQIA+ como un dispositivo para dismantlar las formas instituidas/manicomiales de lidiar con las disidencias sexuales y de género y sus interseccionalidades. La reflexión aquí propuesta forma parte de una investigación de doctorado en curso en el Programa de Posgraduación en Psicología de la *Universidade Federal de Rio Grande do Norte/Natal/Brasil*, con el objetivo de problematizar el campo de la Atención Psicosocial y los cuidados en salud mental en articulación con las cuestiones de sexualidad y género. Las disidencias sexuales y de género, como es bien sabido, siempre fueron socialmente abominadas y silenciadas a la fuerza. En Brasil, estas personas han sido albo frecuentes de violación de derechos, de injusticia y de discriminación, aspectos que se materializan en las innumerables barreras, el acceso no equitativo y la calidad inferior de la atención comúnmente recibidos en el Sistema Único de Salud (SUS) y, en particular, en la Red de Atención Psicosocial (RAPS), donde son dirigidos por el sufrimiento psíquico vivido por las más diversas formas de opresión que atraviesan sus existencias cotidianas.

Las innumerables dificultades para acceder y utilizar los servicios de salud mental por parte de estas personas consideradas disidentes sexuales y de género no se limitan a las desigualdades en la prestación de los servicios, la falta de continuidad de la atención en la RAPS y la vivencia de experiencias adversas y poco acogedoras junto al equipo de salud, sino, particularmente, por la sistemática falta de sensibilidad y de destrezas técnicas por parte de los profesionales para percibir los diferentes matices que marcan sus experiencias y que afirman múltiples posibilidades de existencia.

De esta manera, es un desafío en el campo de la salud mental no solo comprender de forma contextualizada el sufrimiento psíquico vivido por esta población, sino también producir cuidados conectados con las experiencias de la población LGBTQIA+, cuidados culturalmente situados desde una perspectiva interseccional (Henning, 2015). El lema del 25º Simposio Internacional de la Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero (WPATH)<sup>1</sup> que tuvo

---

1. La *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* es una organización multiprofesional, educacional e internacional dedicada a la salud transgénero. La organización desarrolla iniciativas de enseñanza e investigación en el ámbito de la salud de la población trans. Para más informaciones sobre la asociación: <https://www.wpath.org/>.

lugar en Buenos Aires / Argentina en 2018, “nada sobre nosotros, sin nosotros”, enfatiza la importancia de la comunidad de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Queer, Intersexuales y Asexuales (LGBTQIA+) asumir el protagonismo en construcción de proyectos y programas de salud, cuestionando, así la lógica que la relega al lugar de mero objeto de conocimiento. Si se tiene en cuenta el conjunto de saberes y prácticas del campo de la salud mental, constituidos a partir del imaginario psicológico y médico moderno heterocéntrico descrito por Preciado (2017), se advierte que este es un proyecto ético-político de gran envergadura, teniendo en cuenta las bases epistemológicas que sustentan la ciencia moderna y, en último caso, producen subjetividades y conocimientos considerados legítimos.

Género puede ser considerado, según Bento (2012), una sofisticada tecnología social cisheteronormativa, operacionalizada por las instituciones médicas, lingüísticas, domésticas, escolares y que producen constantemente cuerpos-hombres y cuerpos-mujeres. La reproducción de la heterosexualidad y de cuerpos supuestamente naturales y complementares se da a través de la matriz de inteligibilidad heterosexual que otorga sentidos a los diferentes cuerpos. Esta matriz presupone una linealidad constantemente demandada entre las esferas del sexo-género-deseo-prácticas eróticas que repercuten en un cierto ideal de humanidad basada en la distinción rígida y binaria entre hombres y mujeres (Butler, 2015a). En este sentido, los cuerpos que rompen y se alejan de la matriz de inteligibilidad de manera más intensa ciertamente sufren procesos de criminalización y patologización, correspondientes a esta matriz binaria Intersexuales que se convierte en un sistema regulador de las subjetividades (Natal-Neto, Macedo & Bicalho, 2016).

A partir del siglo XVI empieza a establecerse, según Preciado (2020), una epistemología colonial y capitalista que privilegia las prácticas sexuales reproductivas como estrategia para el manejo de la población, para la reproducción de la fuerza de trabajo, pero también para la reproducción de la población consumidora y del capital. Tal epistemología o “cosmogonía cisnormativa”, como indica Favero (2020, p. 55), funciona por medio de la investigación, diferenciación y tratamiento de cuerpos específicos a normalizar. De esta manera, los cuerpos no cisnormativos deben pasar por rituales clínicos, o sea, necesitan ser tratados por sus supuestas elecciones antinaturales. Esta matriz nació con la modernidad y estableció de forma muy precisa una asociación

entre heterosexualidad y salud y no-heterosexualidad y enfermedad (Miskolsci, 2012). Desde la invención de la homosexualidad como enfermedad en el siglo XIX ocurrieron procesos de estigmatización, discriminación y patologización que se extendieron para todas las experiencias no cisheteronormativa, trayendo innumerables repercusiones para las vidas de las personas disidentes sexuales y de género (Beluche, 2008). Este término se utiliza en contraposición a la idea de “diversidad sexual y de género”, ya bastante asimilada y normalizada, próxima de una perspectiva neoliberal que desconsidera e incluso omite como se producen las desigualdades raciales y de clase, entre otras, existentes en la diversidad, una vez que van a constituir vidas que no merecen ser vividas y cuerpos que no son materialmente importantes (Butler, 2019; Colling, Sousa & Sena, 2020).

Actualmente es imposible establecer un diagnóstico de las reales condiciones de vida y de salud de la población LGBTQIA+ en Brasil. El Estado brasileño ha descuidado históricamente el levantamiento de los marcadores de género y de sexualidad en las investigaciones demográficas y epidemiológicas, invisibilizando las necesidades sociales y de salud de esta población (Calazans, Kalichman, Santos & Pinheiro, 2021). Si tenemos en cuenta el avance actual de políticas antigénero y antisexualidad a nivel global, las cuales ganaron notaria adhesión en Brasil desde el gobierno golpista de Temer (2016-2018) y por el gobierno fascista de Bolsonaro (2019-2022) (Bulgarelli, 2020), podemos entender que esta falta de datos es una estrategia necropolítica que precariza la vida de determinados grupos sociales en detrimento de mantener los privilegios sociales de otros (Bento, 2018).

Mbembe (2018) acuñó el término necropolítica, una versión de la biopolítica foucaultiana, para enfatizar la instrumentalización generalizada de la existencia humana y la destrucción material de cuerpos humanos y poblaciones. En este sentido, la condición de abyección social a la que se somete la población LGBTQIA+ (Butler, 2015b), desde su invisibilización social, se acerca a lo que Puar (2007) reconoce como una necropolítica *queer*, configuración mortífera de poder emergente desde la pandemia del HIV en el planeta. Según Oliveira (2014), el propio Estado crea las condiciones necesarias con connivencia de movimientos y segmentos sociales para que esta política de muerte opere sometiéndolo las vidas de personas LGBTQIA+.

Dada la escasez de datos institucionales, Calazans y colaboradores (2021) buscaron sistematizar los pocos datos disponibles a nivel internacional sobre las necesidades de salud de los grupos sociales en cuestión. Los autores encontraron una alta incidencia de depresión, ansiedad e ideación suicida entre disidentes de sexualidad y género; las mujeres lesbianas presentan mayor probabilidad de relatar sufrimiento psíquico desencadenado por la violencia física, sexual o psicológica en casa, en el trabajo y en lugares públicos; hombres gays y bisexuales suelen referir, frecuentemente, disturbios alimentarios y problemas relacionados a la autoimagen y las personas trans sufren con procesos de hormonización sin acompañamiento médico. Ya las personas Intersexuales sufren con las prácticas de mutilación y tortura incluso cuando son bebés o niños, cuando no pueden expresar su consentimiento (Calazans, Kalichman, Santos & Pinheiro, 2021). Como agravante de estas condiciones, hay notoria falta de competencia cultural por parte de los profesionales de salud para acoger las especificidades en salud mental de la población LGBTQIA+, quienes generalmente se resisten a considerar los desempeños de género de personas trans (Nogueira, Leitão & Silva, 2021).

Solamente en 2011, la población LGBTQIA+ conmemoró la institución de la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestís y Transexuales (PNSILGBT) en Brasil. Fue un acontecimiento importante para el reconocimiento de la ciudadanía de esta población, considerando que estos sujetos vivieron y aún viven en un cotidiano de violencias y que presentan condiciones singulares de salud relacionadas con sus modos de vida y sociabilidad. Tal política fue un paso más para que el SUS implemente sus principios de universalidad, equidad e integralidad. Sin embargo, al analizar más detenidamente a PNSILGBT, es posible observar la ausencia de directrices claras para orientar el trabajo en la RAPS, a pesar del intenso proceso de sufrimiento observado entre estas poblaciones, asociado, en parte, a situaciones de precariedad y vulnerabilidad psicosocial (Ministerio de la Salud, 2013). Del mismo modo, la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), instituida con la Ley nº 10.216 que trata de la Reforma Psiquiátrica brasileña y sancionada en 2001, desconoce la pluralidad de experiencias de sexualidades y de géneros, no alcanzando con sus directrices actuales, la equidad en salud y la justicia social.

Existe un amplio desconocimiento sobre la PNSILGBT por parte de los equipos, profesionales e incluso usuarios de los servicios de la RAPS, lo que

demuestra una baja iniciativa de control y participación social en el seguimiento y evaluación de esta política de salud (Nogueira, Leitão & Silva, 2021).

Ante este escenario, el presente trabajo tiene como objetivo contribuir a calificar las prácticas en salud mental con las disidencias sexuales y de género a partir de la agencia de un dispositivo grupal de investigación-intervención nominado Grupo de Apoyo Psicosocial a la Población LGBTQIA+, que buscó construir cuidado en salud con los sujetos participantes. Un dispositivo, como refiere Deleuze (1996), es un conjunto multilineal, en el que se tejen líneas de diferentes naturalezas –de visibilidad, de fuerza, de subjetivación, de brecha, de fisura– agenciando nuevas formas de percibir, sentir, mirar, escuchar y relacionarse. Según Barembliitt (2012), es un montaje de elementos heterogéneos a servicio de la producción, el deseo, la vida, lo nuevo, en repudio a los universales. Para Ramão, Meneghel & Oliveira (2005), el grupo como dispositivo está constituido por una red de afectos que tensionan las formar endurecidas de pensar, sentir y actuar, pudiendo provocar cambios en las vidas de los participantes, posibilitando reinversiones en lo cotidiano y provocando otras formas de subjetividad, de relaciones consigo mismo y con los demás.

Así, en este trabajo, partimos de la necesaria problematización del pensamiento moderno que naturalizó, normalizó y esencializó las subjetividades, perpetuando un modelo de pensamiento que no provee subsidios para la producción de conocimientos por y con vidas objetivadas como vulnerables o incluso no naturales, aberrantes e imposibles de ser vividas (Vidarte, 2019). y optamos por la investigación-intervención cartográfica, en su perspectiva teórico-metodológica de renunciar a la neutralidad de la posición del investigador, afirmando la implicación social y política de todo y cualquier proceso de investigación con la realidad que produce, y en su posición ético-política de “transformar para conocer” (Costa & Coimbra, 2008).

La investigación de intervención cartográfica implica el análisis de los recorridos del investigador en los territorios en movimiento de una experiencia, pues atiende a las relaciones de saber-poder, intensidades afectivas y lo que se produce en el proceso de la intervención, como Kastrup (2008, p. 469) “cartografiar es seguir un proceso, y no representar un objeto”. Siguiendo las pistas del método de la Cartografía, nos propusimos entonces monitorear los procesos de producción de subjetividades en los que el investigador o colectivo de investigadores se incluye, desestabilizando los límites entre investigador,

campo y objeto de estudio (Passos, Kastrup & Escóssia, 2020; Passos, Kastrup & Tedesco, 2014).

Así, en la experiencia bajo análisis, los principios de Autoanálisis y Auto-gestión de inspiración institucionalista (Baremlitt, 2012) aparecieron en el dispositivo grupal construido como una forma de transversalizar las posiciones de los interlocutores de la investigación-intervención, deshaciendo las tradicionales fronteras entre sujeto y objeto de investigación, pero también las que operan entre profesionales y usuarios de servicios de salud y despotencian las relaciones de cuidado (Tota, 2021). Así, el dispositivo propuesto pretendía trasladar a los interlocutores para territorios de producción de modos de cuidado en salud mental colectivos y horizontales, en los cuales participantes y mediadores-investigadores experimentan la coautoría de los procesos de cuidar experimentados y de los conocimientos que emergen de ellos.

## **Recorrido metodológico**

El Grupo de Apoyo Psicosocial a la Población LGBTQIA+ fue pensado como una de las estrategias metodológicas de la investigación de doctorado para ofrecerse como una alternativa de atención en salud mental para todas las personas que se reconocen como parte de la comunidad LGBTQIA+, mayores de 15 años. Fue recibido en el Servicio de Psicología Aplicada (SEPA) de la *Universidade Federal do Rio Grande do Norte* (UFRN), que, como servicio-escuela, espacio de enseñanza-aprendizaje, contó con la participación de una alumna extensionista y dos pasantes del curso de psicología como investigadores-mediadores-participantes. La divulgación de esta iniciativa involucró los servicios de la RAPS de la ciudad de Natal-RN, el Centro Municipal de Ciudadanía LGBTQ+ y el propio SEPA. Se utilizó como medio de difusión la dirección electrónica de las personas inscritas en el servicio-escuela, de los trabajadores de los servicios de la RAPS y del Centro Municipal de Ciudadanía LGBTQ+, además de las redes sociales como *Whatsapp* e *Instagram*. Debido a la pandemia del Covid-19 y por ello, el grupo funcionó en la modalidad en línea. Las reuniones empezaron el 19 de julio de 2021, y finalizaron el 06 de diciembre de 2021. En total se realizaron 18 encuentros con una duración promedio de dos horas.

## **Participantes**

Recibimos 16 solicitudes de personas interesadas que fueron invitadas a una reunión inicial con el objetivo de presentar la propuesta de un dispositivo grupal de investigación-intervención y atención a la salud mental. Este encuentro fue fundamental para aclarar dudas iniciales, intereses, motivaciones y presentar el Registro de Consentimiento Libre e Informado (RCLE), instrumento para que firmarían cuando se sintieran seguros con relación a su participación en el grupo. De los 16 inscritos, 13 estuvieron presentes en el encuentro inicial, 05 conocieron la iniciativa a través de compartir en las redes sociales, mientras que otros 04 se acercaron a la propuesta por indicación de profesionales de la psicología que actúan en la RAPS. De este total, 10 personas pudieron participar de las reuniones semanales propuestas y firmaron el RCLE.

## **Caminos recorridos con el dispositivo de investigación-intervención grupal**

En la búsqueda de experimentar la producción de prácticas horizontales de atención a la salud mental construidas en lo colectivo, esta experiencia de investigación-intervención implicó un posicionamiento y actitud, o sea, un *ethos* a ejercitarse en las múltiples relaciones con los interlocutores de la investigación. Tratamos de acompañar los procesos de investigación a partir de los caminos producidos en campo, incorporando una postura de acoger la vida en su multiplicidad de fuerzas, que nos afectan, aumentando o disminuyendo nuestra capacidad de actuar y pensar (Rocon, 2021).

Para eso, utilizamos diarios colectivos para registrar lo sucedido en las reuniones entre los investigadores-mediadores-participantes, proceso a través del cual pudimos ejercitar la escritura de lo que nos afectaba y nos hacía pensar diferente de lo que pensábamos. Los diarios hablan de la vivencia cotidiana de campo, funcionando como un dispositivo que produce desdoblamiento a lo largo de la experiencia y pone nuestra participación en el análisis durante el seguimiento de los procesos de investigación (Barros & Passos, 2020). Realizamos encuentros periódicos entre los investigadores-mediadores para analizar

tales implicaciones, o sea, problematizamos, desde el compartir de registros, nuestras pertenencias, adhesiones y rechazos, participaciones y no-participaciones, inversiones y desinversiones (Baremlitt, 2012) en el dispositivo grupal experimentado.

En esta perspectiva, el dispositivo grupal, como producción colectiva en construcción con la participación activa de los actores involucrados, generó mucha curiosidad en los participantes. Se cuestionó la lógica establecida en los modelos de atención a la salud –que delimita a priori los lugares de los profesionales y de los usuarios– cada uno subjetivado para asumir determinada función en esta relación de saber-poder. Esta apertura al proceso y a la apuesta en la coautoría de la producción del dispositivo grupal se materializó, por ejemplo, en el acuerdo de número de encuentros, así como los temas a abordar. Cuestiones que fueron negociadas a lo largo del proceso, involucrando factores como necesidades, deseos, disponibilidad y presencia de los participantes.

El tema desencadenante del primer encuentro abordó la producción de salud en la vida cotidiana, pero colectivamente se tomó otro camino. Esto mostró la importancia de estar atento a lo que nos pide el campo, lo que implica un gesto de soltar o de “dejar-fluir” (Rocon, 2021). O aún, que la producción de un cuidado competente implica la posibilidad de los propios destinatarios del cuidado a que interfieren en los procesos cuidadores en acto. De esta forma, a lo largo del proceso se negociaron los siguientes temas-encuentros y se definieron así: “las marcas que nos dejan las vivencias familiares”; “el momento en que nos reconocemos y nos identificamos como personas LGBTQIA+”; “las primeras experiencias afectivas y sexuales como LGTBQIA+”; “el prejuicio en en el interior de la propia comunidad LGBTQIA+”; “los impactos de la pandemia en las experiencias LGBTQIA+”; “las condiciones de salud mental de la población LGBTQIA+”; “nuestras relaciones con las redes sociales y las imágenes que ellas propagan y producen en nosotros como personas LGBTQIA+”; “coqueteo, relaciones amorosas y sexuales”; “pequeñas violencias/violencias sutiles que sufrimos o incluso reproducimos y algunas veces no percibimos como violencia”; “religiosidad y LGBTQIA+”; “los impactos de las redes sociales en tiempos de monopolio”, “derechos de la población LGBTQIA+”; “estrategias de autocuidado”; “el grupo como espacio de cuidado”; “los amores de nuestras vidas” y “cómo va nuestro cotidiano: vida en la universidad y la inserción en el mundo del trabajo”.

En el último encuentro nos centramos sobre el propio dispositivo grupal con los participantes, a través de la restitución de la investigación, entendida como un momento de análisis de la experiencia como un todo y las interpretaciones realizadas durante la investigación-intervención (Lourau, 1993), aunque se ha producido un movimiento constante de análisis del proceso a lo largo de las distintas reuniones. En este sentido, se destacaron tres líneas analíticas. La proposición de que la atención en la salud mental se gestione colectivamente con las personas y grupos y no apenas “para” ellos, fue considerada la primera directriz que hizo funcionar el dispositivo grupal (Batista & Zambenedetti, 2017). Un proceso grupal y participativo posibilita nuevas experiencias que pasan por la afectividad de los encuentros, contribuyendo para subvertir los códigos que forjan las subjetividades y las normas de sexualidad y de género que aprisionan la vida.

La segunda directriz operativa se relaciona con el hecho de que el grupo fue creado como dispositivo de intervención y como designación del plan colectivo. En este plan colectivo no hay sujetos y objetos preformados, naturales, ya dados de antemano, sino elementos en vías de transformación, potencial germen para otros modos de existencia. El individuo y la sociedad no fueron concebidos como dimensiones separadas o incluso interdependientes, sino como coexistentes. En otras palabras, la producción del dispositivo grupal se dio a través de la agencia o encuentro de diferentes elementos que se expresan por medio de las subjetividades en juego, elementos familiares, mediáticos, educacionales etc., ya que se hace evidente la inseparabilidad entre la dimensión colectiva e individual (Barros, 2013).

En nuestros encuentros fue posible analizar estos elementos que componen nuestra vida cotidiana. El acto de reconocerse en la comunidad LGBTQIA+ mostró cómo nos forjamos en medio a un *Cistema* heteronormativo racista y colonial que también se impone como una política de adolecimiento para todos los que nos atrevemos a subvertir las normas de género y de sexualidad (Oliveira, Carvalho & Jesus, 2020). El manejo del dispositivo grupal, en esta perspectiva, permitió cambiar el modo como se piensa e interviene sobre sufrimiento psíquico de los desidentes sexuales y de género, pues se niega una concepción de sufrimiento de registro individual e intrapsíquico, y al mismo tiempo se afirma un sufrimiento que se produce en el registro de lo colectivo y del lazo social, lo que muestra la LGBTQIAfobia como motor de sufrimiento a través de los efectos del prejuicio y la discriminación en el deterioro de los vínculos

sociales e institucionales (Bicalho, 2020). Así, el dispositivo grupal como espacio de experimentación de otros modos de existencia, de creación de uno mismo y del mundo, también puede ser considerado un espacio de acción política. Con ello, se pretendía romper con la lógica del investigador como poseedor del saber, incentivando la participación, aumentando los grados de autonomía y de capacidad de agencia de los interlocutores de la investigación-intervención.

Una tercera línea que compuso nuestro dispositivo grupal se inspiró en el Análisis Institucional cuando se propuso trabajar con su dimensión instituyente de producir nuevas formas de funcionamiento, explicando los procesos que la atraviesan. Para ello, utilizamos conceptos como Autoanálisis y Autogestión, que consisten en procesos en los que el propio colectivo percibe sus demandas, evalúa las condiciones en las que se encuentra y se convierte en protagonista en la toma de decisiones sobre las propias problemáticas (Baremlitt, 2012). Correspondía a los investigadores-mediadores auxiliar en este proceso grupal, aunque, sin asumir una posición de quien tendría las soluciones preestablecidas. Esto solo fue posible porque los cambios de posiciones que se produjeron entre investigadores y participantes a lo largo de los encuentros estuvieron siempre bajo análisis, pues se entendía que a nivel colectivo no hay lugares o posiciones estancadas, cristalizadas y cerradas, sino contingencias que posicionan a los sujetos de diferentes maneras.

En la última reunión, los participantes analizaron cómo era experimentar este papel de mediador del grupo, momento en el que se olvidaron de la presencia del psicólogo y estudiantes de psicología. También fue posible compartir el desafío de despojarse temporalmente del lugar de mediador, momentos en los que experimentamos el grupo de otras maneras, permitiendo el flujo de las intensidades que la posición rígida del mediador que no deja pasar.

## **Cartografiando los matices de las experiencias narradas**

Por tonalidades de experiencias nos referimos a los modos de existencia constituidos por fuerzas históricas, sociales, culturales y políticas, es decir, las diversas líneas que tiñen de determinado color la experiencia social, histórica y psicosocial de los sujetos. La bandera LGBTQIA+ reconocida por los colores del arcoíris hace explícita las multiplicidades de subjetividades, forjadas en medio al *Cistema* heteronormativo racista y colonial ya aludido. Los matices de

colores y de experiencias se multiplican infinitamente al producir conexiones inesperadas en las formas en que funciona un rizoma, según Deleuze y Guattari (1995). O sea, una multiplicidad de fuerzas constituye la subjetividad de los sujetos disidentes de sexualidad y de género. Ante ello, era necesario adoptar una visión crítica no solo en relación con las normas sexuales y de género, sino también con las normas raciales, a los imperativos del neoliberalismo, al racismo religioso como reproducción de un racismo estructural contra las religiones de matriz africana, a los proyectos neocoloniales y neoimperialistas en el Norte global, o sea, a una constelación de sistemas de opresión que precarizan la vida de unos en detrimento de otros (Rea, 2020).

Los matices de experiencias se leen a partir de aportes de autores como Michel Foucault (2017), Judith Butler (2015a) y Paul B. Preciado (2017) cuando analizan históricamente las formas en que se forjan modos de existencia en medio de normas de género y de sexualidad, inmersos en contextos geográficos y socioculturales específicos, bajo regímenes de verdad determinados y modulados por configuraciones de poder estratégicamente articuladas. Teniendo en cuenta la necropolítica (Mbembe, 2018) de poder en funcionamiento ante un sistema capitalista moderno y colonial, problematizamos el género como una organización colonial de poder por medio de teóricas feministas decoloniales y latino-americanas como María Lugones (2014) y Yuderkys Espinosa Miñoso (2020), apoyadas por el cuestionamiento a los fundamentos eurocéntricos de conceptos feministas elaborados por Oyèrónké Oyèwùmí (2021).

Las críticas decoloniales y poscoloniales se encuentran con la llamada teoría *queer of color* cuando esta cuestiona una particular teoría *queer* blanca euro-estadounidense que centra su análisis en la disidencia sexual y de género, sin poner atención para la amplia gama de opresiones multifacetadas y simultáneas (Caterina Rea, 2020). La teoría *queer of color*, una perspectiva interseccional y descolonizada, surgió fundamentalmente para explicar que es principalmente con la construcción del mundo moderno y colonial que se criminalizaron y se patologizaron las experiencias no eurocéntricas de género y de sexualidad (Muthien, 2020). Tal perspectiva se vuelve potente para dialogar con las problemáticas originadas en los contextos del Sur Global, evitando formas de dominación discursiva o colonialismo epistémico.

Comprender la complejidad y el proceso de subjetividades disidentes de sexualidades y de género y sus interseccionalidades envuelve la problematización

de la realidad en sus diversas capas e interrelaciones que pueden equiparse mediante un bricolaje teórico. Así, a pesar de partir de lugares epistemológicos distintos, Gilles Deleuze y Félix Guattari (1995) cuestionan la noción de subjetividad universal e incolora en favor de las diferentes tonalidades subjetivas que rizomáticamente se conectan y multiplican a través de las fuerzas de indeterminación de la vida. Como la subjetividad no es incolora, ni inodora o afónica, los estudios de la interseccionalidad permiten comprender las intersecciones de los ejes de diferencia y desigualdad que se entrecruzan y potencian entre sí (Brah, 2006). Al dialogar, por tanto, con feministas negras e interseccionales, como las estadounidenses Bell Hooks (2019) y Angela Davis (2016), así como la brasileña Carla Akotirene (2019), manejamos esta lente interseccional como modo de no operar las separaciones entre los marcadores sociales de género, sexualidad, raza, clase, entre otros, permitiendo visibilizar las consecuencias estructurales y dinámicas de los sistemas de opresión.

Jasbir Puar (2013) enfatiza la perspectiva interseccional al utilizar el concepto de agencia de Deleuze y Guattari para pensar las categorías como eventos, encuentros y acciones entre los cuerpos, y no meras variaciones de atributo y contenido de una misma forma o constante del sujeto, enfatizando la inventiva de identidades. Esta teórica rescata la imagen utilizada por Kimberlé Crenshaw (2020) –la del cruce en el tránsito– para reafirmar la identidad interseccional como un accidente, un encuentro o evento no siempre fácil de reconstruir, considerando su dinámica y movimiento o el “devenir de la interseccionalidad” (2013, p. 360). Romagnoli y Silva (2022) enfatizan que las ideas de Deleuze y Guattari nos ayudan a pensar no solo cómo se reproducen los sistemas de opresión, sino también cómo crear líneas de fuga, resistencias frente a la gestión de la subjetividad. Es por medio de esta perspectiva que el dispositivo grupal de investigación-intervención permitió acompañar, mapear los encuentros de las subjetividades que, a través de la experimentación de otras posibilidades de existencia lograron reinventar y teñir de otros colores su cotidiano.

Ante ello, a través de las vivencias en el dispositivo grupal, ejercitamos una mirada y una escucha vibrantes de lo que se expresaba como fuerza instituyente, como intensidad o cantidad de potencia, dejándonos afectar por los movimientos y ondulaciones de nuestro campo de investigación-intervención (Hur, 2021). Mapeamos los matices de experiencias que constituyen las subjetividades de personas disidentes de sexualidad y de género a partir de analizadores surgi-

dos a lo largo de los encuentros del Grupo de Apoyo Psicosocial a la población LGBTQIA+, frente a las especificidades de las condiciones y modos de vida de estos sujetos. Un analizador hace ver y decir el juego de fuerzas, explicita los conflictos y lleva en sí mismo las condiciones para el Autoanálisis, al ser asumido por sus protagonistas (Baremlitt, 2012). En este sentido, analizar no es interpretar lo que está oculto o elaborar una explicación genérica, sino poner en evidencia elementos que componen determinada modalidad de existencia que se presentifica singular y colectivamente. Es un análisis de qué y cómo se constituye la subjetividad, cuando miramos las manifestaciones del incumplimiento de lo instituido (Barros & Barros, 2014).

El surgimiento de analizadores en las experiencias del dispositivo grupal permitió la problematización de los procesos de producción de la subjetividad en la contemporaneidad, visibilizando las relaciones que constituyen una determinada formación subjetiva y destacando los procesos de producción de subjetividad en medio a los regímenes de saber-poder, desnaturalizándolos, una vez que para constituirse como sujeto en el mundo moderno experimentamos, performatizamos y materializamos determinado género y sexualidad en sus interseccionalidades con las demás diferencias que marcan nuestros cuerpos y subjetividades en contextos específicos (Butler, 2015a).

En consecuencia, discutiremos, a continuación, los analizadores que fueron los hilos a través de los cuales tejimos nuestro análisis cartográfico, a saber: familia, violencias, espiritualidad/religiosidad, fluidez identitaria. Sobre este análisis, es necesario anticipar dos puntos: el primero, por supuesto, es que estamos involucrados en el material analizado. El segundo, se refiere a lo que se generó en el camino y cómo el grupo funcionó como dispositivo para nuevos procesos de constitución de subjetividad.

## **Resultados: los analizadores y la textura del análisis cartográfico “No todos los ambiente familiares serán vivibles”**

Las experiencias en familia aparecían, no pocas veces, vinculadas a un problema que involucraba la vida de varios de los participantes del grupo: la situación de conversar sobre la orientación sexual y/o la identidad de género y todo el clima ansiogénico que ello conlleva. A partir de los relatos de los participantes,

se hicieron visibles las dificultades experimentadas por muchos cuando iban a tener un diálogo con los familiares, pues ya era común el miedo de ser rechazados, a no ser más amados, ser abandonados y humillados.

Una de las historias que más me llamó la atención fue la de Daniela, ella relata que incluso antes de salir del armario trato de irse de casa, lograr la independencia financiera, para poder contarle a su padre. Ella dice que ya le había contado a su madre, pero seguía convenciéndola de que no le dijera a su padre y a otras personas, dijo que su padre tenía una enfermedad en el corazón, que podría matarlo, que él no la apoyaría si supiera. Así, ella se fue de la casa, logró estudiar, consiguió un empleo, encontró independencia financiera, se preparó psicológicamente para el rechazo con el fin de suplir las exigencias que acababan apareciendo en el discurso de la madre. Luego dijo que después de todos esos años, consiguió contar a su padre y que en realidad reaccionó bien (Diario de campo colectivo, 19/07/2021).

Los relatos de los participantes hicieron circular varios afectos, produciendo modalidades de estados afectivos. Vibramos y nos alegramos cuando alguien hizo una declaración positiva con relación a la reacción de los padres al saber de sus experiencias de género y/o sexualidad, como lo fue con una participante, cuando se sintió sorprendida de que su padre hubiera reaccionado tan bien y haberla acogido en este momento de vulnerabilidad. Sin embargo, también fue posible sentir cierta tristeza colectiva instalándose cuando la experiencia de otro participante no tuvo un desenlace considerado positivo, lo que, lamentablemente, fue más frecuente.

En las conversaciones en el grupo fue perceptible que para algunos de allí era simplemente inviable tener este tipo de diálogo con los familiares, por no sentirse seguros y por la posibilidad de que las consecuencias de esto fueran graves. Todo este contexto nos hizo pensar en que muchas personas LGBTQIA+, acabamos conformándonos con mínimas conquistas y afectos (Diario de campo colectivo, 19/07/2021).

Además, observamos en los relatos de muchos participantes del grupo, la necesidad de compensar de alguna manera a la familia, debido al hecho de ser LGBTQIA+. Esto se expresó en los esfuerzos para alcanzar el éxito en otras dimensiones de la vida, como la escuela, la facultad, los deportes, el trabajo, como si atenuara el hecho de no encajarse en la cisheteronormatividad. También abordamos los sentimientos de culpa, rechazo y vergüenza que a menudo lleva-

mos en nuestra familia. Muchos de los miembros del grupo vivían en hogares que generan prejuicios y discriminación, lo que los hace absorber imágenes negativas y peyorativas sobre sí mismos, de haber algo equivocado, vergonzoso, incluso de estar escondido y propenso a sentir culpa. En este sentido, uno de los integrantes del grupo habló sobre mantener una vida doble: aparentar ser una persona frente a los familiares y volverse más auténtico, espontáneo y comfortable consigo mismo, lejos de ellos.

Este tema surgió con el relato de Pedro, que relató “vivir una vida Hannah Montana”, no asumirse ante los padres, dejándolos alejados de una parte de su vida. Dijo que ha tenido relaciones largas, pero nunca consiguió presentar los compañeros a sus padres. De esta manera, se siente mal al esconder su verdad. Inmediatamente después de su discurso, todos los participantes se dirigieron a él, para apoyarlo, aconsejarlo, aportar su propia experiencia, o reflexionar sobre lo que se decía. (Diario Colectivo, 19/07/2021).

Las configuraciones familiares pueden promover un espacio de amor, cuidado y apoyo mutuo, o reproducir múltiples formas de violencias e inducir modalidades de enfermedades, lo que incentiva a asumir determinadas posturas y omitir lo que supuestamente podría revelar una sexualidad o género disidente. Sin embargo, aún hablamos de familia más allá de los vínculos biológicos, de relaciones de consanguinidad, algo que compartimos como personas LGBTQIA+. “Familia elegida” viene de la frase en inglés “*chosen family*”, que caracteriza a las personas que están en nuestra vida y que están a nuestro lado por encima de todo y a pesar de todo, que nos aman y luchan por nosotros “con uñas y dientes”. Se destaca la fuerza que los grupos marginalizados pueden agenciar, creando lazos fuertes, articulando sus necesidades y demandas, intereses y deseos, encontrando en los otros apoyo, soporte, refugio y acogida.

Con la llegada de la pandemia del Covid-19 en 2020 y las medidas de aislamiento social, mantener los vínculos fuera del contexto familiar se ha vuelto cada vez más difícil. Las calles y otros lugares públicos son locales históricos de sociabilidades, prácticas culturales y de esparcimiento, y, también, de producción de salud a través de encuentros entre la comunidad LGBTQIA+. Lidar con la fragilidad de las redes de apoyo en este escenario apareció como cuestión para el grupo, dado que el contexto familiar puede reproducir formas de prejuicio y discriminación que generan enfermedades y “*no todo ambiente familiar será habitable*” (Diario de Campo Colectivo, 23/08/2021).

Así, la imposibilidad de frecuentar otros espacios de convivencia, esparcimiento y sociabilidad en medio a un contexto familiar enfermador es una condición que viene produciendo impactos negativos a la salud mental. Uno de los participantes comentó que cerraron los espacios a los que iba, donde solía tener reuniones con amigos y posibles parejas. Otro habla de cómo el contacto con la familia acabó trayendo asuntos no resueltos, provocando mucho malestar. Con ello, se hace evidente la vulnerabilidad de esta población en el contexto de aislamiento social. Los encuentros del grupo terminaron convirtiéndose en dispositivo de encuentro, de compartir, de red de apoyo, de espacio de convivencia en los escenarios de encierro, soledad y violencia que los tiempos de pandemia agudizaron en las vidas de las personas disidentes de género y sexualidad.

### **“Estamos naturalizando estas violencias que vivimos y solo nos damos cuenta cuando paramos para pensar sobre ellas”**

La violencia que sufrimos y reproducimos como personas de la comunidad LGBTQIA+ fue otro analizador que emergió en los encuentros. Surgieron varios relatos sobre las violencias de las que somos víctimas, atravesados por otras esferas como la familia, los servicios de salud y la religión.

João dijo que muchas veces estamos agradecidos por no sufrir ningún tipo de violencia física y naturalizamos la violencia psicológica, por ejemplo, de alguien que debería ofrecer atención médica. Comentó cuando un profesional negó el atendimento médico. Jean dijo que tiene mucho miedo de hablar sobre sexualidad con profesionales de la salud, que el Grupo de Apoyo Psicosocial es una oportunidad para que pueda abrirse y conversar sobre el asunto. João estuvo de acuerdo y dijo que para buscar ayuda psicológica este año casi se da por vencido por temor de encontrarse con un profesional prejuicioso que empeorara la situación. Jean dijo que buscó una psicóloga cuando se asumió gay para su familia y por ser una familia muy conservadora, de la Iglesia Evangélica, no lo aceptaron. Decidieron llevarlo a una psicóloga de la iglesia que afirmaba que no podía ser feliz siendo un hombre gay, incluso rezando al final de las sesiones (Diario de Campo Colectivo, 30/08/2021).

Algo que llamó la atención fue el entendimiento de que ciertas situaciones de violencia serían algo esperado, comprensible y, por lo tanto, supuestamente natural para personas disidentes de sexualidad y de género. Analizamos esta

naturalización de las violencias, cuando no ocupamos ciertos espacios o vamos a lugares donde no nos sentimos seguros, por ejemplo. También fueron frecuentes los relatos sobre cómo debemos sondear los espacios que no son abiertamente LGBT's para evaluar si podemos demostrar afecto con nuestras parejas, sin convertirnos en alba de prejuicios y discriminación. Son situaciones que nos privan y restringen nuestra autonomía, sea porque no podemos ir a los lugares que queremos, o porque sufrimos algún tipo de violencia si lo hacemos.

Silvério habló que los aplicativos de relación terminan satisfaciendo una necesidad de no poder demostrar afecto en público, y que el miedo de demostrar el afecto en lugares públicos, hablando de una situación en la que estaba con un coqueteo y tuvo miedo de demostrar cariño. Señalé que no necesariamente asumir una práctica sexual más activa, y casual es algo malo, pero tal vez sea importante pensar cómo nos lanzamos en estas relaciones. Paulo dijo que durante mucho tiempo utilizó aplicativos para la práctica sexual principalmente cuando no podía asumir su sexualidad, pero que hoy no le aconseja a nadie que los use, que tuvo algunas situaciones malas con los aplicativos (Diario de Campo Colectivo, 13/09/2021).

En el grupo se detectó una tendencia tolerante por parte de las personas, reconociendo incluso la situación como injusta. Tolerar no significaba no ser afectado por ella en absoluto. No por casualidad, fue posible escudriñar matices de tristes afectos permeando tales experiencias de naturalización del dolor, mientras se tejía en el colectivo un sentimiento de desnaturalización de la tolerancia.

Silvério dijo que tiene muchas dificultades en lugares públicos, pues cuando era más joven tenía más coraje, y que hoy tiene más miedo, pero reconoce que es importante que podamos expresar nuestros afectos, de no ceder al miedo. Compartí lo molesto que es tener que hacer un análisis, en los lugares, antes de decidirme a demostrar afecto, aunque no sea un problema para mí. Erika comentó lo insoportable que es, hacer cálculos, análisis, de lugares que puede o no puede, incluso teniendo experiencias más libres de expresión de afecto/cariño. Silvério dice que siempre piensa en el “lugar menos malo para salir” con el “date”. También compartió un marcador de clase social, que las personas que tienen dinero tienen más libertad, pues pueden salir en coche, algo diferente de los que necesitan usar el autobús, transporte público (Diario de campo Colectivo, 13/09/2021).

Otro tipo de violencia de la que hablamos se refiere a las que reproducimos en el interior de la propia comunidad LGBTQIA+. Indagamos sistemáticamente

sobre “¿cómo es reconocerse como alguien que carga prejuicios y puede oprimir a otros, aunque sea parte de una minoría social y política?”. Esto generó debates sobre la reproducción de las opresiones. Este momento fue propicio para resaltar los demás marcadores sociales de diferencia que dan forma a nuestras experiencias como la raza y la clase, y cómo las experiencias adquieren matices diferentes a través de los cruces de las diferencias. Los lugares de privilegio y opresión social no son excluyentes. Un ejemplo fue nuestro diálogo sobre la experiencia de hombres cis gay blancos, que, muchas veces, reproducen normatividades que violentan a los demás sujetos disidentes de sexualidad y de género, como los hombres cis o trans negros.

En esta discusión, la transfobia y la bifobia se destacaron como modos de opresión comunes en la propia comunidad LGBTQIA+. En cuanto a la transfobia, fue posible reflexionar sobre las creencias y las acciones transfóbicas, incluso, por parte de nosotros investigadores-mediadores, así como sobre la dirección de nuestros afectos, cuando las personas cisgénero solo producimos atracción por las personas cis. A partir de esto, nos enfocamos sobre un tópico muy relevante, de que ciertos cuerpos son más deseados que otros, que cuerpos blancos y cis son priorizados en términos de afecto, atracción y preferencias. Un ejemplo presentado fue la experiencia de un participante, como hombre gay negro, comúnmente deseado solo sexualmente, objetivado como gay activo, dominador, casi bestializado, una especie de fetiche. Esto termina excluyendo la posibilidad de afecto y amor por él, lo que resalta la necesidad de racializar el género y la sexualidad para analizar los efectos del racismo en la comunidad LGBTQIA+. Muchos miembros se dieron cuenta que nuestros deseos son producidos socialmente en determinada cultura, siendo modulados por el racismo, machismo, transfobia y gordofobia. Esto repercute en lo que percibimos como bello y atrayente, y que, al estar arraigados estos sistemas de opresión en nuestra subjetividad, interfieren con nuestros gustos, erróneamente interpretados como naturales. Otra modalidad de violencia común e invisible en la comunidad es la bifobia.

Indianarae comentó que entiende que un solo genital no es suficiente para definir una experiencia. Dijo que ya tuvo un momento en su vida en el que reconoció que era bifóbica, aunque es incomodo hablar de ello: perdía interés o sentía una cierta repulsión cuando estaba coqueteando con una mujer y descubría que era bisexual, “como si ser bisexual fuera un defecto” (Diario de campo Colectivo, 16/08/2021).

En relación a esto nos veíamos reproduciendo la bifobia al leer los relatos de una de las investigadoras-mediadoras del grupo, en las que compartía el malestar que sentía ante el discurso de gays y lesbianas sobre el momento en que se entendieron ellos mismos como tales. Muchos hablaron sobre bisexualidad como si fuera una etapa pasajera, ya que muchos se identificaron en un primer momento como bisexuales cuando se dieron cuenta que no eran heterosexuales y que, más tarde, podrían entenderse como monosexuales.

### **“Soy gay, gracias a Dios”**

El tema de la religiosidad y de la espiritualidad surgió en grupo en nuestro segundo encuentro, con la llegada de un nuevo participante. En su presentación, empezó su discurso diciendo que era “gay, gracias a Dios”. Al poco tiempo, al oír el relato de una otra persona, comentó sobre su conflictiva convivencia familiar por los cruces de la religión evangélica. Así, a pesar de denunciar casos de violencia con sus familiares –debido al fundamentalismo religioso– dio su testimonio en tono prédica, destacando el amor de Dios como una forma de amarse a sí mismo. Además, entendió que su experiencia en torno a su sexualidad era una probación divina y que aprender a sentir amor propio fue algo doloroso de conquistarse.

Ese primer contacto con su historia proporcionó diversas inquietudes entre los investigadores-mediadores-participantes, haciéndonos cuestionar como el participante mantiene su religiosidad de forma tan intensa, incluso, dándose cuenta del malestar que ya le ha causado. Este cuestionamiento proviene del hecho de que existe una tendencia de la población LGBTQIA+ a alejarse de religiones que cargan los valores morales cisheteronormativos que generan violencia e invisibilidad. Esta historia se cruza con las de los demás participantes que tienen experiencias parecidas, pero relatan perspectivas diferentes ante la religiosidad y la espiritualidad.

Renán pidió para empezar a hablar. Comentó que después de un tiempo comenzó a reconocerse como ateo, alrededor de los 13/14 años, y que sufrió con algunas situaciones de homofobia con personas de su familia que eran religiosas, comentó sobre una tía que se convirtió a la iglesia evangélica y empezó a reproducir la homofobia de

una forma muy intensa. Se pregunta: ¿ella se convirtió en una persona homofóbica por hacerse evangélica o ya era homofóbica antes? Indianarae comentó que también fue religiosa durante mucho tiempo, católica en el caso, pero que nunca le gustó asistir a la iglesia y no entendía por qué, alrededor de los 13/14 años paró de frecuentar la iglesia, ya que empezó a no reconocerse, allí, como un espacio que no aceptaba en su existencia (Diario de Campo Colectivo, 20/09/2021).

La mayoría de los relatos están vinculados a la religión dentro del contexto familiar. João narró que creció con la religión “metida en la garganta”, otro interlocutor dijo sufrir homofobia por parte de familiares evangélicos, proporcionando, así, experiencias de culpa a lo largo de su vida, siempre vinculada a la noción de pecado, fruto de las religiones cristianas. También está el caso de Indianarae que frecuentó una iglesia “inclusiva”, pero que en cierto momento acabó presenciando una oración destinada a pedirle a Dios que eliminara el deseo homosexual de las personas. Fue muy potente la discusión de cómo estas iglesias se muestran acogedoras, pero reproducen normatividades de género, sexualidad, entre otras, de forma velada y sutil. Pensando en estas narrativas, podemos volver al cuestionamiento inicial: ¿es posible vivir la religiosidad y la espiritualidad incluso como persona LGBTQIA+?

¿Estamos, como personas LGBTQs, obligados a vincular la religión al sufrimiento, desde una perspectiva de causa y efecto? Hablé de cómo perdimos la posibilidad de tener la religión como un factor de apoyo como las personas que están dentro de la cisheteronormatividad, justamente porque sentimos que no somos aceptados en los espacios de la religión. Renan se cuestiona: ¿las malas experiencias hacen que las personas se vuelvan ateas? Jean comparte que su experiencia traumática con la religión primero lo hizo retraerse y luego cuestionar. Habla de las ganas de participar de otras religiones y dijo que ya se entronizó en la ayahuasca. João comenta cómo las religiones de matriz africana e indígena no siguen el patrón heteronormativo y binario de las religiones que tiene una base eurocentrada (Diario de Campo Colectivo, 20/09/2021).

De las discusiones grupales, se advierte que es posible cultivar la espiritualidad no necesariamente vinculada a una religión, sino de forma singular a partir de los modos de verla o sentirla. En un cierto momento, una de las participantes dijo para el grupo que la espiritualidad es como tener a “alguien muy hermoso y elegante que está mirando”, mientras que otro habló del amor como una forma de espiritualidad. Así, la discusión empezó a ir más allá de las formas de

violencia que produce la religión, ¿de cómo se percibe la espiritualidad? ¿Cómo se hace presente en la vida de cada uno? ¿Y cómo termina siendo algo que puede proporcionar salud y bienestar, alejándose de ella? Por lo tanto, la idea de que sería necesario huir del tema por las experiencias negativas ya vividas. Finalmente, surgió la pregunta: ¿existen otras formas de ejercerla más allá de las religiones eurocéntricas y cisheteronormativa que predomina en nuestra cultura? Esto terminó convirtiéndose en una cuestión en el grupo, cuando algunos mostraron curiosidad e interés por conocer otras religiones, como las de origen africano, en que las expresiones de género y sexualidad pueden ser más fluidas, ya que opera a través de otras referencias y construye otras maneras de tratar y acoger a las personas LGBTQIA+.

### **“Veo la sexualidad como algo fluido y que se puede mover con el tiempo”**

La experiencia LGBTQIA+ está marcada por un extrañamiento con relación a aquello de lo que espera que seamos en términos de normas de género y sexualidad. En un determinado momento de la vida, es posible organizar una identidad que sea más coherente con las propias experiencias. Un participante, hombre cisgénero y gay, relata que ya sintió atracción por mujeres, incluso, después de identificarse como gay. Comentó que su atracción le causó una cierta confusión. Su discurso parece traer consigo la invitación a la fluidez que la sexualidad puede convocar. ¿Puedo identificarme como gay y sentirme atraído por mujeres?

Renán compartió su proceso de aceptación como gay y dijo que en ciertos momentos ya se ha preguntado si era una mujer trans. De vez en cuando también se cuestionaba si era exactamente gay, ya que a veces sentía que podía sentirse atraído por mujeres. Dijo que, si pudiera elegir, tendría una vagina, aunque no odie su pene. Tendría una vagina, pero no tendría senos. En ese instante, dijo que estaba con vergüenza de compartir aquello, pero tuvo la impresión que, incluso con vergüenza, aún así sintió que había un confort en el grupo para que pudiera hablar de eso. Me acordé de que cuerpos trans por sí solo cuestionan la norma de género, ya que es común que, por ejemplo, hombres trans a veces tengan vagina y no senos –lo que puede causar un extrañamiento estético inicial, por ser incoherente con la imagen construida de lo que es el cuerpo de un hombre, de una mujer (Diario de Campo Colectivo, 26/07/2021).

Otros participantes también compartieron lo que, a principio, sería inconsistente con la propia orientación sexual. Entonces, nos preguntamos: ¿qué es el sujeto gay, lesbiano, bisexual, etc.? ¿Qué estableció la modernidad como criterio de identificación sexual, la atracción por uno de los géneros, cómo funciona? ¿La atracción se resume a los genitales o incorpora otros elementos que la producen? Identidades que, por un lado, organizan la subjetividad, también colonizan la producción deseante, modelando y modulando modos de existencia, produciendo efectos de anestesiar, endurecer y cristalizar las experiencias de género y sexualidad en sus prácticas, placeres y modos de relación. Lanzar estas preguntas en el grupo confundió las identidades, desestabilizó su lógica de funcionamiento, deshizo el sentimiento de naturalidad impregnada en ellas, desdibujó sus fronteras y abrió otras posibilidades de experimentación con la sexualidad, el género y la vida, agenciando otras modalidades de existencia, transitorias, procesuales, en conexión con las afecciones de la vida.

Indianarae dice que aprendió en el grupo que las definiciones no hacen estáticas las relaciones, que en el grupo vio experiencias de personas de forma fluida. También dijo que en el grupo no se siente juzgada y se siente acogida. (...) Dice que se siente diferente, por sentirse más inmersa en la comunidad, de ser parte de ella (Diario de Campo Colectivo, 08/11/2021).

## **Experimentaciones del cuidado en salud mental: consideraciones finales sobre cartografías grupales**

La producción de atención a la salud mental en el dispositivo grupal, cuya experiencia aquí compartimos, se compone por el tejido de líneas de visibilidades y decibilidades acerca de las vivencias de personas disidentes de sexualidades y de género. Apostó por la centralidad del compartir lo vivido como operador ético-metodológico del cuidado, a través de historias y afecciones singulares que se entrecruzan, entretejen, creando territorios en los que se puede convivir. En este sentido, el compartir fue tomado como experimentación de un proyecto común que se forja por medio de diferentes formas de pertenencia y reconocimiento en el otro, pero también como afirmación de la singularización, de la diferencia.

Esta invitación a estar en colectivo y relatar vivencias en tiempos de pandemia y aislamiento social realizado por el equipo de investigadores-mediadores-participantes de la experiencia de Grupo de Apoyo Psicosocial, en la modalidad en-línea, a la población LGBTQIA+, expresa posiciones éticas y metodológicas específicas en el campo múltiple y agonístico de la salud mental en Brasil, reafirmando las ideas de la Reforma Psiquiátrica brasileña. Después de todo, sigue en disputa en el campo de la salud mental en Brasil la perspectiva de valorización de la participación, saber y ciudadanía de los usuarios, representada por el paradigma de la Atención Psicosocial, y una perspectiva tutelar y neoliberal de atención de salud, que objetiva, medicaliza y aprisiona vidas bajo el argumento de la normalidad-patología (Zaneratto Rosa, 2021).

En este escenario también se expresan diferentes modos de concebir la relación entre clínica y política. A este respecto, destacamos que durante la pandemia de Covid-19 se publicaron trabajos académicos y materiales técnicos con orientaciones a los profesionales de la salud mental, aunque muchos de ellos siguen una lógica despolitizada y psicologizante, universalizando las formas de presentación del sufrimiento e incurriendo en el riesgo de la uniformización cultural y de la patronización de procedimientos. Por otro lado, también se verifican iniciativas de producción de conocimiento acerca de la salud mental en el contexto pandémico en las que los marcadores sociales de la diferencia y los factores culturales aparecen como aspectos estructurantes de las lecturas y análisis realizadas (Dimenstein et al., 2020).

En esta dirección, consideramos imprescindible entender que, como dice Baremlitt (2012, p. 44-45), entre la vida económica, la vida política, el deseo inconsciente y la vida biológica y natural no existe separación, “lo que existe son *inmanencias*, coextensión, la condición intrínseca de cada uno de estos campos con relación a los otros”. Así, es crucial tomar en cuenta las particularidades de la actual situación brasileña y su histórico de desigualdades sociales y procesos de exclusión basados en raza/color, género y sexualidades, en el abordaje de los impactos subjetivos vividos por las personas disidentes de sexualidad y de género. Esto implica, por lo tanto, prestar atención para los efectos de producción de subjetividad operados por la pandemia y su forma desigual de incidencia sobre las poblaciones, pero también para los efectos del gobierno fascista electo en 2018 en Brasil y sus declaradas políticas y acciones LGBTQIAfóbicas.

Concordamos, por tanto, con Palombini (2006), cuando la autora afirma que la idea de neutralidad en el ejercicio de los saberes psi es fraudulenta y está al servicio de borrar los vestigios que los vinculan a un mandato político de control, bajo el argumento de la norma, o sea, de un cierto ejercicio de poder. Sería entonces necesario reconocer la relación indisoluble entre clínica y política, hasta el punto de escoger qué política, qué ejercicio de poder, queremos desplegar en nuestra clínica Y en nuestros modos de producir conocimiento. De eso se trata cuando afirmamos la promoción de la autonomía y ciudadanía como parte de los procesos de cuidado en la Reforma Psiquiátrica brasileña, así como cuando afirmamos que es necesario articular las políticas de promoción de la equidad con la política de salud mental en Brasil (Dimenstein et al, 2021), o incluso, cuando reconocemos la necesidad de interlocución entre el campo de la salud mental y las epistemologías feministas, interseccionales y *queer of color* para la construcción de modos de cuidar en sintonía con los matices de las experiencias de la población LGBTQIA+.

Así, en nuestras elecciones ético-metodológicas, elegimos una forma de ejercicio de poder a través del cual la centralidad de la palabra y del saber del “experto” se ve interrogada, desinflacionada, puesta en riesgo. Este es otro hilo a recoger a partir de los analizadores que emergen de la experiencia, a saber la relación entre técnica, saber y conocimiento. Definimos el Autoanálisis y la Autogestión como estructurantes del dispositivo de atención, apostando a que “las propias comunidades, como protagonistas de sus problemas, de sus necesidades, de sus demandas, puedan enunciar, comprender, adquirir o readquirir un vocabulario propio que les permita saber acerca de su vida y no que alguien venga de afuera o de arriba para decirles quiénes son, qué necesitan” (Baremlitt, 2012, p. 17). Es así que los investigadores-mediadores-participantes del grupo también hablaron del lugar de personas que se reconocen como LGBTQIA+, compartiendo sus vivencias y preguntas, no para ponerse como modelo, sino radicalizando la afirmación “nada sobre nosotros, sin nosotros” y experimentando también la posición de quien es escuchado, acogido y cuidado por el otro.

¿Qué método permite acoger y problematizar la violencia, por ejemplo, que atraviesa la vida de los participantes y la propia experiencia del Grupo de Apoyo Psicosocial LGBTQIA+? ¿Qué efectos del grupo se pudieron observar en nosotros, investigadores-mediadores-participantes? ¿Cuándo nos sentimos cuidados y cuidando a los otros? ¿Qué nos conmueve, asusta o calma en las

narrativas que escuchamos? Estas fueron algunas preguntas que permearon los encuentros del grupo y los momentos de análisis de los diarios colectivos, invitando a cada uno a pensar y a tejer el método. De este modo, el método iba construyéndose a partir de lo vivido y no al revés, de modo que los participantes y sus interrogantes, dolores, vivencias aparecieran en la construcción de los rumbos del dispositivo de cuidado.

Desde la perspectiva de la cartografía, tenemos una inversión en lo que se refiere al método en términos de un *hódos-meta*, por lo que es el encuentro con el campo que producirá las coordenadas metodológicas de la intervención (Passos y Barros, 2009). Tal proceso apunta para un horizonte largamente discutido en el campo de la Atención Psicosocial, a saber, que es necesario deconstruir la lógica tecnicista que refuerza la tutela en el campo de la salud mental y reproduce el *Cistema* para construir tecnologías de cuidado, siempre provisionales y contextualizadas, emergentes de procesos singulares y colectivos en que los saberes y experimentaciones de los usuarios, en sus múltiples matices de experiencias, aparecen en la composición del cuidado.

Así, el dispositivo grupal en análisis se constituyó como un espacio-tiempo en que los juzgamientos y saberes cristalizados eran problematizados, generando vivencias de acogimiento y reconocimiento de los saberes y prácticas de cada uno. Siempre se trató de pensar la existencia no de manera individualizada, sino colectiva, como persona LGBTQIA+, sin obturar las singularidades. Esta pulsación constante entre lo singular y lo colectivo es otro de los hilos que componen el dispositivo grupal experimentado, movilizado por las preguntas que se enunciaron a partir del surgimiento de los analizadores.

Al compartir vivencias con sus familias, religiosidades/espiritualidad, violencias, identidades de género y sexualidades, los participantes protagonizaban discusiones, narrativas, silencios, malestares, cambios de posición, sentimientos de pertenencia, lo que delineó relaciones de seguridad y confianza, incluso lo que cada uno expuso allí fue su vulnerabilidad y sus inquietudes sobre sí mismo y los demás. Así, fue posible experimentar otras formas de existencia singular y colectiva, mientras el dispositivo se construía y gestaba nuevas posibilidades ético-políticas de atención a la salud mental en las personas disidentes de género y de sexualidad, para/con ellas/nosotros. Finalmente, hizo posible la desnaturalización de modos de existencia por medio de la experimentación de nuevas formas de pensar, actuar, sentir, relacionarse.

Esto ocurrió una vez que pudimos constituir un proyecto común, en que no hay verdades, certezas o ideales, sino fuerzas, devenires, multiplicidades que conducen a la composición de nuevas modalidades –diríamos tonalidades– de existencia (Barros, 2013).

## **Referencias bibliográficas**

- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen.
- Baremblytt, G. F. (2012). *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática*. 6a edição. Belo Horizonte: Editora FGB/IFG.
- Barros, R. B. (2013). *Grupo: A afirmação de um simulacro*. 3a edição. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS.
- Barros, L. M. R. & Barros, M. E. B. (2014). Pista da Análise. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos, E., Kastrup, V. & Tedesco, S. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum – volume 2*. (pp. 175-202). Porto Alegre: Sulina.
- Barros, R. B. & Passos, E. (2020). Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia*. (pp. 172-200). Porto Alegre: Sulina.
- Batista, M. C. H., & Zambenedetti, G. (2017). Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 11(2).
- Beluche, R. (2008). *O corte da sexualidade: o ponto de viragem da psiquiatria brasileira no Século XX*. São Paulo: Annablume.
- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2655-2664. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>.
- Bento, B. (2018). Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?. *Cadernos Pagu [online]*, 53, e185305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201800530005>.

- Bicalho, P. P. G. (2020). A regulamentação da psicologia e as disputas em torno das resoluções CFP 01/1999 e CFP 01/2018. In: Facchini, R. & França, I. L. (Org.). *Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo*. (pp. 511-526). Campinas: Editora da Unicamp.
- Brah, A. (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, 329-376.
- Bugarelli, L. (2020). Das políticas de gênero e sexualidade às políticas antigênero e antissexualidade. In: Facchini, R. & França, I. L. (Org.). *Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo*. (pp. 393-410). Campinas: Editora da Unicamp.
- Butler, J. (2015a). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2019). *Corpos que importam*. São Paulo: n-1 edições.
- Butler, J. (2015b). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Calazans, G., Kalichman, A., Santos, M. R. & Pinheiro, T. F. (2021). Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. In: Ciasca, S. V., Hercowitz, A. & Lopes Junior, A. (Ed.). *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar*. (pp. 82-92). Santana de Parnaíba: Manole.
- Colling, L., Sousa, A. N. & Sena, F. S. (2020). Enviadescer para produzir interseccionalidades. In: Oliveira, J. M. & Amâncio, L. (Org.). *Gêneros e Sexualidades: Interseções e Tangentes*. (pp. 193-216). Lisboa: Gráfica Maiadouro.
- Costa, E. A. P.; Coimbra, C. M. B. (2008) Nem criadores, nem criaturas: éramos todos devires na produção de diferentes saberes. *Psicol. Soc., Porto Alegre*, v. 20, n. 1, 125-133. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100014>>
- Crenshaw, K. (2020). Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas identitárias e violência contra mulheres de cor. In: Ana Claudia A. Martins & Elias Ferreira Veras (Orgs.). *Corpos em aliança: diálogos interpretativos sobre gênero, raça e sexualidade*. (pp. 23-98). Curitiba: Appris.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia*: vol.1. Rio de Janeiro: 34.

- Dimenstein, M., Simoni, A. C. & Londero, F. (2020). Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, e242817, 1-16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>>.
- Dimenstein, M. et al. (2021) Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1727-1738. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>.
- Favero, S. (2020). *Crianças trans: infâncias possíveis*. Salvador: Editora Devires.
- Foucault, M. (2017). *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. São Paulo: Paz e Terra.
- Henning, C. E. (2015). Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. *Mediações*, 20(2), 97-128.
- Hooks, B. (2019). *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Hur, D. U. (2021). Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise. *Revista Práxis Educacional*, 17(46), 1-18.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, 22, 935-952.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. (3a. ed.). São Paulo: n-1 edições.
- Miñoso, Y. E. (2020). Fazendo uma genealogia da experiência: o método rumo a uma crítica da colonialidade da razão feminista a partir da experiência histórica na América Latina. In: Hollanda, H. B. (Org.) *Pensamento feminista hoje: sexualidades no sul global*. (pp. 97-118). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Miskolsci, R. (2012). *O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil do XIX*. São Paulo: Annablume.
- Muthien, B. (2020). Queerizando as fronteiras: uma perspectiva africana ativista. In: Hollanda, H. B. (Org.) *Pensamento feminista hoje: sexualidades no sul global*. (pp. 79-87). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Natal-Neto, F. de O., Macedo, G. da S., & Bicalho, P. P. G. (2016). A Criminalização das Identidades Trans na Escola: Efeitos e Resistências no Espaço Escolar. *Psicologia Ensino & Formação*, 7(1), p. 78-86. <https://dx.doi.org/10.21826/2179-58002016717886>.
- Nogueira, F. J. de S., Leitão, E. S. de F., & Silva, E. C. S. da. (2021). Interseccionalidades na experiência de pessoas trans nos serviços de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 35-50. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1243>
- Oliveira, J. M. D. (2014). A necropolítica e as sombras na teoria feminista. A necropolítica e as sombras na teoria feminista, (29), 69-82.
- Oliveira, F. A. G., Carvalho, H. R. & Jesus, J. G. (2020). LGBTI+ em tempos de pandemia de Covid-19. *Diversitates Int. J*, 12(1), 60-94.
- Oyěwùmí, O. (2021). *A invenção das mulheres*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Palombini, A. L. (2006) Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, 10(18), 115-127. Recuperado em 29 de março de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&tlng=pt).
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009). Pista 1: A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2020). *Pistas do método cartografia: Pesquisa-intervenção e produção da subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E. Kastrup, V. & Tedesco, S. (2014). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum*. Porto Alegre: Sulina.
- Preciado, P. B. (2017). *Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. São Paulo: n-1 edições.
- Preciado, P. B. (2020). *Um apartamento em Urano: crônicas da travessia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Puar, J. (2007). *Terrorist Assemblages: homonationalism in queer times*. Londres: Duke University Press.
- Puar, J. (2013). “Prefiro ser um ciborgue a ser uma deusa”: interseccionalidade, agenciamento e política afetiva. Meritum, *Revista de Direito da Universidade FUMEC*, 8(2), 343-370.

- Ramão, S. R., Meneghel, S. N. e Oliveira, C. (2005). Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. *Psicologia & Sociedade [online]*. 17(2), 79-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200011>.
- Rea, C. (2020). Crítica Queer Racializada e deslocamentos para o sul global. In: Hollanda, H. B. (Org.) *Pensamento feminista hoje: sexualidades no sul global*. (pp. 67-78). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Rocon, P. C. (2021). *Clínica (Trans)sexualiza(dor)a. Processo formativos de trabalhadores da saúde*. Salvador: Editora Devires.
- Romagnoli, R. C., & Silva, B. C. (2022). Interseccionalidade e a esquizoanálise: conquistas macropolíticas e retrocessos micropolíticos. *Psicologia & Sociedade*, 34, e249960. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34249960>.
- Tota, M. (2021). A via-crúcis de Jonas no Sertão da Paraíba: interseccionalidade, diferença e o Brasil atual. *Cadernos Pagu*, (62), e216209. <https://doi.org/10.1590/18094449202100620009>.
- Vidarte, P. (2019). *Ética bixa: proclamações libertárias para uma militância LGBTQ*. São Paulo: n-1 edições.
- Zaneratto Rosa, E. (2021) Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 1-22. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80855>.



**10**

# **Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico\***

---

**Martín Correa-Urquiza**

Universitat Rovira i Virgili

**Asun Pié Balaguer**

**Marta Coll-Florit**

**Eulàlia Hernández Encuentra**

**Salvador Climent**

Universitat Oberta de Catalunya

\* Una primera edición de este artículo fue publicada inicialmente en la revista *Salud Colectiva* | Universidad Nacional de Lanús | ISSN 1669-2381 y EISSN 1851-8265 | doi: 10.18294/sc.2020.2886

Históricamente el ámbito del sufrimiento psíquico y/o la salud mental ha sido un campo de análisis e intervención en manos de los saberes expertos que han ido operando sobre la experiencia de la aflicción, transformándola en una problemática objetivada, sujeta a la investigación y actuación de los profesionales del ámbito sanitario, psicológico y/o social. Intervenciones que se han ejercido habitualmente desde un marco de referencia unidimensional, sostenido en las lógicas hegemónicas del paradigma biomédico. Dicha situación no ha estado exenta de contradicciones y fue generando resistencias, disidencias y movimientos contra-hegemónicos de diversa naturaleza (Huertas, 2020; Castel, 1975; Foucault, 2005; Correa-Urquiza, 2018).

En este sentido, una de las corrientes con más resonancias en los últimos años es la que resulta del llamado *movimiento en primera persona*, cuyas articulaciones se fundamentan en la reivindicación de un lugar central para los sujetos de la aflicción en la elaboración de los discursos y prácticas que construyen, tanto los sentidos sociales y clínicos otorgados al sufrimiento psíquico como la terapéutica y los itinerarios de la recuperación.

Dicho movimiento no es uniforme sino diverso y se materializa a partir de entidades, asociaciones, colectivos,

en ocasiones con posicionamientos muy diferentes en lo que respecta a la negociación con los saberes y las lógicas hegemónicas del cuidado, pero unidos en la reivindicación de sus derechos ciudadanos como uno de los elementos que desnaturalizan y cuestionan las metodologías manicomiales persistentes en ciertos territorios y vínculos institucionales (Correa-Urquiza, 2018, pp. 568-569).

Es un conjunto heterogéneo, que si bien en ocasiones reproduce los desencuentros y conflictos internos de las instituciones y prácticas a las que interpela, ha encontrado en la celebración anual del Día del Orgullo Loco un espacio de unidad, enunciación y reivindicación nunca antes visto en el ámbito de la salud mental.

El Día del Orgullo Loco es un momento festivo, pero fundamentalmente un episodio de cuestionamiento a la preeminencia del relato biomédico y a sus impactos en la reproducción de las lógicas del estigma; un grito común a modo de cirugía epistemológica sobre lo dado. No se trata tanto de una negación del sufrimiento o de las complejas situaciones sintomatológicas, sino de un cuestionamiento a los contextos y a los marcos de referencia a través de los cuales son leídas, nombradas, tratadas las aflicciones y sus síntomas.

En el Día del Orgullo Loco se producen pancartas y carteles, se corean consignas desde megáfonos, pero sobre todo se utilizan los recursos de las redes sociales –Twitter fundamentalmente– como altavoces y multiplicadores de mensajes, como instrumentos desde donde anunciar y enunciar lo que se reivindica y cuestiona. Allí, ese día, lo que se coloca en disputa es el campo de significaciones a partir del cual se piensa el sufrimiento psíquico y, por lo tanto, la jurisdicción sobre los itinerarios posibles de los sujetos que se derivan a partir de ello.

El trabajo aquí presentado se enmarca en *MOMENT: Metáforas del trastorno mental grave* (Coll Florit et al, 2018), proyecto de investigación de carácter interdisciplinar, formado por lingüistas e investigadores en salud mental de diversos ámbitos (antropología médica, psicología y educación social), cuyo objetivo fundamental es analizar los discursos sobre salud mental generados en Internet por los dos grandes colectivos implicados, personas diagnosticadas de un trastorno mental grave y profesionales de la salud mental. En este marco, el presente artículo busca analizar y problematizar lo dicho, expresado y exclamado por el primero de estos colectivos, tomando como campo de observación el uso de Twitter durante la primera edición del Día del Orgullo Loco celebrado en el estado español, el día 20 de mayo de 2018.

A través del análisis lingüístico, busca observar las maneras a partir de las cuales las metáforas utilizadas durante el evento manifiestan un determinado posicionamiento, una necesidad expresada que interpela al modelo hegemónico, una denuncia a la opresión que implica el estigma, un cuestionamiento a las lógicas coercitivas que en ocasiones se reproducen en la atención psiquiátrica y una exigencia de participar en la construcción dialógica de los itinerarios y prácticas para la producción del mejor estar psíquico de las poblaciones.

## **La celebración**

En el estado español existe una ceremonia promovida desde las instituciones de la red de salud mental y las federaciones de familiares que tiene lugar cada 10 de octubre. Es un festejo enmarcado en el Día Mundial de la Salud Mental celebrado en más de 100 países y apoyado por la Federación Mundial de la Salud Mental. Por el contrario, la celebración del Día del Orgullo Loco es un

movimiento independiente que intenta dar un lugar central a las reivindicaciones y acciones de las mismas personas con sufrimiento psíquico diagnosticado, nucleando a gran parte del movimiento *en primera persona*. Dicha conmemoración que surge aquí en el año 2018, se suma y se inscribe a su vez en una lógica estatal y global, ligada a movimientos que desde la última década del siglo XX comenzaron a gestarse en países como Brasil, Canadá, Reino Unido, Francia y Chile entre otros.

El 20 de mayo de 2018 la celebración se realizó entre actividades, disertaciones desde tarimas, acciones reivindicativas y una serie de manifestaciones que recorrían espacios centrales de algunas de las principales ciudades del estado. El lema fue “El orgullo lo cura” y su objetivo, según reza en la misma página web de la jornada, se centró en visibilizar y romper prejuicios alrededor de la salud mental. El Día del Orgullo Loco no fue sino una gran plataforma de expresión colectiva, que planteaba la necesidad anunciada de dejar de ser objetos de la intervención clínica, para ser sujetos de acción y diálogo ante sus propios procesos de recuperación y empoderamiento, actores en sus itinerarios de diagnóstico, tratamiento, pronóstico y vida. Ante todo esto, Twitter fue altavoz y no sólo contribuyó a darle visibilidad al evento potenciando y ampliando el alcance de los mensajes, sino que operó como agente productor de encuentros, adhesiones y multiplicación.

## **Metodología y corpus de estudio**

En lingüística cognitiva se entiende por metáfora conceptual (Lakoff y Johnson, 1980) el mecanismo mental, con expresión lingüística, mediante el cual se comprenden y expresan conceptos abstractos en términos de otros más concretos y a menudo más cercanos a la experiencia. De esta manera, determinadas propiedades semánticas de estos últimos se transfieren a los primeros facilitando así su comprensión y la eficacia comunicativa. Este proceso suele ser inconsciente y a menudo pasa inadvertido para el hablante y para el oyente. Por ejemplo, en (1) se conceptualiza la vida con una enfermedad en términos de una guerra (Climent y Coll-Florit, 2017).

Técnicamente el mecanismo conceptual se suele anotar con fórmulas como LA VIDA ES UNA GUERRA, y se asume que está expresado lingüísticamente en la frase de ejemplo (y en otras muchas, ya que se trata de una metáfora muy productiva), tal como revela el uso de las *palabras usadas metafóricamente* “luchador”, “enfrentarse” y “arma” (en éste y sucesivos ejemplos, las palabras usadas metafóricamente se presentan subrayadas). El concepto explicado (en este caso, “LA VIDA”) se denomina *dominio destino* y el concepto con el que figuradamente se compara (“LA GUERRA”) se denomina *dominio de origen*.

(1)

Son grandes luchadores, se enfrentan con su enfermedad con las armas que la \_\_\_\_\_propia enfermedad les deja.

Para detectar en el corpus de estudio el lenguaje metafórico y formularlo para su análisis, se ha utilizado el método desarrollado por Coll-Florit y Climent (2019), el cual se basa en la identificación de palabras usadas metafóricamente y su extrapolación a metáforas conceptuales mediante el uso de diccionarios de referencia y repertorios de metáforas compilados a partir de estudios previos y bibliografía de referencia.

El corpus se constituyó alrededor del primer Día del Orgullo Loco celebrado en España el 20 de mayo de 2018. Para ello se recogieron todos los *tweets* escritos en español y en el año 2018 que incluyeran al menos una mención de los usuarios y hashtags del conjunto listado en (2), más los que fueran respuesta a uno de éstos. El conjunto (2) consiste en los nombres de usuario de los organizadores del evento, más los *hashtags* por ellos propuestos para caracterizar los *tweets* relativos al evento. El corpus resultante consta de 3174 *tweets* y 87.926 palabras.

(2)

@orgullo\_loco, @orgullboig, @OrgulloLocoMad, #orgulloloco, #ElOrgulloLoCura, \_\_\_\_\_#20MYoVo, #orgullboig, #orgullfoll, #20demaigboig, #critsilenciat

Algunos estudios previos han analizado la metáfora en el ámbito de la salud mental, centrándose en diferentes tipos de corpus como grabaciones de sesio-

nes de terapia (Mc Mullen y Conway, 2002) entrevistas a personas afectadas (Charteris-Black, 2012), programas de radio (Semino, 2008) o documentales sobre salud mental (Climent y Coll-Florit et al, 2019). Asimismo, si bien Twitter también ha sido usado para el análisis de discursos vinculados a la salud mental como espacio de empoderamiento a partir de la construcción conjunta de discursos para la sensibilización y lucha contra el estigma (Berry et al, 2017; Lachmar et al 2017), hasta el momento no se ha realizado ningún estudio de estas características centrado en el análisis de metáforas conceptuales. Esta es, pues, una de las principales innovaciones del presente estudio.

Investigación que, por otro lado, se enmarca en el proyecto MOMENT: Metáforas del trastorno mental grave. Análisis del discurso de personas afectadas y profesionales de la salud mental, que recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universitat Oberta de Catalunya el 14 de julio de 2018.

## **Análisis del corpus**

En este apartado se ofrecen los resultados del análisis lingüístico e interpretativo del corpus y se centra, de acuerdo con el objetivo del trabajo, en las metáforas conceptuales. El conjunto de *tweets* contiene muestras abundantes de otros fenómenos lingüísticos como neologismos formales (p.e. “farmafia”, “trastornariado”) y neologismos semánticos (Alacaraz y Martínez, 1997) (p.e. “loco”, donde el sentido peyorativo se desactiva y se activa un sentido reivindicativo) o metonimias (p.e. *voz* por derecho a opinar) (Littlemore & Tagg, 2018); sin embargo, estos fenómenos no se analizarán aquí, para centrarnos en el fenómeno discursivo de la metáfora conceptual.

Sobre un total de 3174 tweets (87.926 palabras) se han detectado 1455 metáforas del ámbito de la salud mental, lo que arroja una ratio de 0.45 metáforas por *tweet* (aproximadamente una metáfora cada dos *tweets*). Distinguiremos en primer lugar entre los antes mencionados *dominios de origen* (DO) y *dominios destino* (DD). El DD es indicativo de qué temas tratan las metáforas de los mensajes, es decir, aquellos aspectos de la problemática que resultan relevantes para el emisor; y el DO indica en qué términos se conceptualizan dichos temas.

Como puede verse en la Tabla 1, que recoge el número de expresiones metafóricas (EM) que incluyen un determinado DD con más de 50 ocurrencias en el corpus, los ámbitos más conceptualizados son, con diferencia, la vida de la persona diagnosticada y las profesiones relacionadas con la salud mental. A continuación se sitúan las conceptualizaciones relativas a aspectos comunicativos del afectado y al prejuicio social. Las metáforas sobre el trastorno, la persona diagnosticada como individuo y la superestructura social que los activistas denominan *sistema* tienen también una presencia importante.

### **Tabla 1**

Metáforas conceptuales: principales dominios de destino

Dominio destino	Expresiones metafóricas
Vida de la persona diagnosticada	323
Profesión	196
Comunicación	116
Prejuicio social	93
Sistema	59
Trastorno	58
Persona diagnosticada	56

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en el presente

Las metáforas de LA VIDA DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA conceptualizan el proceso de vivir con un diagnóstico de trastorno mental (como veremos más abajo: principalmente en términos de GUERRA o VIAJE); las metáforas de LA PERSONA DIAGNOSTICADA responden a conceptualizaciones de la misma en tanto que entidad; y las del TRASTORNO corresponden a reificaciones de la afectación mental. Respecto al DD PROFESIÓN, en la inmensa mayoría de casos (154) las expresiones se refieren explícitamente a la psiquiatría, y en otro importante volumen de casos (20) refieren a un profesional médico sin especificar, siendo presumible por el contexto que se trata de psiquiatras. Las referencias explícitas a otras profesiones (enfermeros, psicólogos, profesionales de la industria farmacéutica) son marginales.

Por lo que respecta a los DO, los presentaremos en relación al DD que conceptualizan, es decir, formulados ya como metáforas. La Tabla 2 muestra las metáforas predominantes en el corpus (más de 40 EM).

## **Tabla 2**

Metáforas conceptuales predominantes.

Metáfora	Número
La vida de la persona diagnosticada es una guerra	193
La profesión es poder*	121
La vida de la persona diagnosticada es un viaje	96
El prejuicio social es una marca	74
Comunicación/incomunicación es mostrarse/esconderse	72
Comunicación/incomunicación es proximidad/distancia	44

\* Del total de conceptualizaciones sobre las profesiones relacionadas con la salud mental, 110 corresponden a "la psiquiatría es un poder represor".

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en el presente estudio.

A continuación, se presentan los tipos mayoritarios de metáforas detectados en el corpus, seguidos de su interpretación.

### **(A) La vida de la persona diagnosticada es una guerra**

De manera abrumadoramente mayoritaria, la vida de la persona diagnosticada se conceptualiza en términos o bien de una guerra o conflicto (193 EM), o bien de un viaje (96 EM); el resto de DO de la vida del diagnosticado son residuales (menos de 10 EM). La metáfora de la vida de la persona con diagnóstico en tanto que guerra se realiza en muchas EM en que no se lexicaliza un enemigo especificado (3a), por lo que se puede interpretar como relativa al esfuerzo y el conflicto inherentes al activismo. Sin embargo, cuando el enemigo se especifica, éste suele ser el estigma (3b, 3c).

(3)

a. Luchando con #OrgulloLoco por la dignidad de TODAS. #1diciembreyovoy

b. Pero quedó en la trinchera gente validísima y hoy, gracias en parte a ellos, gracias a lo que él empezó, ahora tenemos a @FlipasGAM, al @OrgulloLocoMad, a @Gace-la1980... defendiendo unos derechos que se siguen negando y apedreando al estigma.

c. #orgulloloco #madpride La batalla contra un estigma que afecta al 20% de la población

Esta metáfora da cuenta de la tensión y a menudo colisión entre la realidad percibida por las personas diagnosticadas, el sentido común y las prácticas clínicas de la red de salud mental. Para la fenomenología lo real se crea en el consenso y el encuentro de subjetividades, en diálogo, creando una suerte de “sentido común” sobre lo real (Pié et al 2021). Este sentido común, que se adquiere a través de la educación, la religión y la cultura, está implicado en la construcción de la hegemonía de modo dialógico (Gramsci, 1996) y supone que los valores y la visión del mundo de las clases dominantes (hegemónicas) se conviertan en el sentido común compartido para el resto de grupos (subalternos). Para Martínez-Hernández (2012), la locura no se opone a la razón, sino al sentido común. Nos dice que la locura está relacionada con algo obscuro (fuera de escena) porque rompe con este sentido común, producto de las tensiones producidas por la hegemonía. Justamente lo que irrita y espanta de la locura es el colapso que produce en la convención social (Pié et al 2021). Pone en cuestión un arbitrio naturalizado que de otro modo difícilmente sería cuestionado.

En primer lugar, la colisión entre las experiencias en primera persona y este sentido común (convención social) señala la arbitrariedad de las normas sociales y la producción e impacto del estigma. El estigma es la consecuencia directa del imaginario social hegemónico actuando sobre la llamada enfermedad mental. Opera como una marca existencial en el conjunto de sus vidas: “Este estigma persigue al paciente prácticamente toda su vida, es difícil sacarse el mote de loca o de loco. Uno tiene miedo de contar que estuvo allí *dentro* (refiriéndose al psiquiátrico)” (Cano, 2018, p. 115). Refiere por lo tanto a la iatrogenia o efecto nocebo del campo social.

El campo de las prácticas biomédicas, por su lado, desactiva la desnormalización producida por la propia locura por la vía de la enfermedad o el organicismo extremo. El cuerpo emerge entonces como destino insoslayable siendo la propia existencia acto político. Existir es resistir. La especificidad de las etiquetas nosológicas en el campo de la salud mental está relacionada con el hecho de que no solo no conllevan un tratamiento curativo (se fundan en la cronicidad), sino que además imposibilitan inventar tránsitos saludables en el afuera de la red de salud mental. El sujeto queda colonizado, enteramente cuestionado. En este sentido, la apropiación del lenguaje impulsa la generación de otros espacios, liminares, fronterizos que resisten al monolítico dentro o fuera. Entre el binomio *enfermo mental* o *cuerdo* se habilita un tercer espacio (loco) donde es posible habitar la palabra y en consecuencia abrir otro sentido común (el de la locura). Este territorio de frontera es campo de enfrentamientos, resistencias y luchas.

La noción de locura es polisémica, se abre a otras posibilidades interpretativas; no queda ya clausurada en la lógica de lo patológico, sino que se expone a nuevas aperturas conceptuales que permiten otras libertades.

El tercer espacio es aquel en el que se vuelve posible un cierto margen de elección y emancipación de lo dado, en el que la locura se propone como idea que puede ser en tanto generadora de colectivo, identidades y resistencias. La metáfora de la guerra nos explica el sentir de las personas con diagnóstico, así como las luchas cotidianas a las que se ven obligadas a enfrentarse, pero particularmente nos indica el nivel de violencia simbólica y real que viven.

Esta es la segunda colisión y refiere a la gestión personal de la violencia sufrida por el sistema de salud mental. Numerosos trabajos en primera persona describen este nivel de violencia vinculado a las propias lógicas manicomiales, tanto es así que en muchos casos hablan de tortura y de poder sobrevivir a la psiquiatría.

Juan Carlos Cea (2018) habla de la cotideaneidad con la que se violan los derechos humanos y se producen prácticas tales como la sobremedicación, la internación involuntaria y el tratamiento psiquiátrico forzoso, la aplicación de electroshock, las medidas de contención física, el aislamiento social, el abandono, la sobreprotección, la tortura y los tratos abusivos.

Al mismo tiempo, puede deducirse de lo enunciado que para las personas diagnosticadas, la vida es una guerra pero no necesariamente en lo relativo a su realidad psíquica compleja o las circunstancias de sus aflicciones derivadas del trastorno, sino contra el despojo de derechos, contra la fosilización identitaria

dentro de las lógicas circulares de la enfermedad, contra la des-legitimación social para pensar y producir curas y cuidados. Es una guerra y al mismo tiempo un intento de emancipación de lo hegemónico, un grito para dejar de ser sólo objeto de intervenciones, sino sujeto de su propia experiencia y recuperación.

La metáfora de la guerra se asienta y es consecuencia de una realidad que ya sostenía Michel Foucault, entre otros, cuando afirmaba en “El poder psiquiátrico”:

De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante como para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello, nosotros, los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás por lo tanto un enfermo mental. (Foucault, 2005, p. 339).

## (B) La vida de la persona diagnosticada es un viaje

Por lo que respecta a la conceptualización de la vida de la persona diagnosticada como viaje, sus manifestaciones son muy diversas, con gran variedad de compañeros de viaje (4a) –como un profesional o la familia–, y obstáculos (4b,4c) –la estigmatización puede ser uno de ellos–. Pero en cualquier caso se conceptualiza mejorar como avanzar (4d) y el activismo como el camino a seguir (4e).

(4)

a. Sobre la medicación (o desmedicalización) nunca daría consejos, solo puedo hablar de mi experiencia, a mi me acompañó una psiquiatra en todo el proceso.

b. Cada cual tiene sus procesos, lo sé. Pero ojalá que mucha gente que hoy está en el #MeMad pueda tuitear pronto con #MadPride. El camino pasa por el #orgullo loco y la superación del autoestigma

c. ¿A quiénes le interesa que impere la normalidad? Es hora de cuestionarnos cómo nos oprime la normalidad y esta puede convertirse en un obstáculo para el desarrollo personal #ElOrgulloLoCura @orgullo\_loco, @orgull\_boig, @FlipasGAM, @FliparteGAM

d. Y dicho esto, me parece una pasada que haya gente que dé pasos, aunque sean pequeños, en hacer entender nuestro sufrimiento y educar a los sanitarios... Es un avance.

e. Trabajar en colectivo es jodido, pero es el camino que hemos elegido. Quienes no saben o no quieren currar en colectivo carecen de legitimidad para hablar de espacios comunes.

La vida del diagnosticado como viaje pone de manifiesto en muchos casos las alianzas activistas y sus estrategias en los procesos de recuperación. Estos procesos se conceptualizan en ocasiones como nuevas formas de subjetividad que requieren de determinadas condiciones sociales para su advenimiento. Estas condiciones se ubican en el afuera de la red hegemónica de salud mental pero también, en ocasiones, en el afuera de los proyectos antimanicomiales orquestados por profesionales.

Este viaje o tránsito se concibe dentro del activismo como un proceso de liberación. Las ideas de avanzar están relacionadas con la recuperación de la propia agencia y también con la transformación del sistema de salud mental:

El sistema por sí solo no va a generar algo distinto. Eso distinto hay que generarlo fuera del sistema. Afuera del sistema se puede liberar a las personas físicamente, moralmente, intelectualmente para que hagan con sus vidas lo que quieran, para que no estén secuestradas por miedos, por la ignorancia, por las farmacéuticas, por los intereses de los psiquiatras, de los psicólogos, y todas las capas medias de profesionales que administran a este sector. (Fredes, 2018, p. 102).

En la metáfora LA VIDA ES UN VIAJE se vislumbra también la idea de proceso, de vulnerabilidad y necesidad de atravesar instancias que requieren del cuidado mutuo, lo colectivo, el diálogo con los saberes expertos. Como nos diría Freire (1970; 1995), la liberación se produce en grupo o no se produce. Existe por tanto un trabajo colectivo que se inicia con el sujeto político de la locura y que conlleva necesariamente un componente dialógico y una trama de redes de sostén. El cuidado es dialéctico. Es una ida y vuelta entre las diferentes perspectivas posibles en torno a las circunstancias de la aflicción lo que contribuiría a la consecución de un bienestar.

### (C) La profesión es poder

La conceptualización de las profesiones relacionadas con la salud mental se concentra en presentarlas como un poder que se ejerce sobre la persona afectada (121 de las 196 EM relativas a profesionales de la salud mental), y muy especialmente conceptualizando la psiquiatría como un poder represor (110 de estas 121).

El análisis de las correspondencias ontológicas o implicaciones de la metáfora revelan que la concepción del sistema psiquiátrico como un poder represor tiene distintos aspectos derivados, principalmente: la persona diagnosticada es un ser subordinado (5a), distintas prácticas médico-hospitalarias se conciben como tortura (5b) y el propio ejercicio médico como violencia (5c).

(5)

a. Me colocaron en esa posición receptora, patologizada, sumisa/sometida. Ahora me nombro como loca, mujer psiquiatrizada, diagnosticada, con sufrimiento psíquico... No uso "enferma"

b. La primera vez casi no sobrevivo a la tortura psiquiátrica, pensé que lo que me ocurrió era una horrible excepción. Pero atar a las personas sin recibir la atención adecuada, sobremedicar y anularte como persona es lo que recibimos cuando pedimos ayuda. #70añosvulnerados

c. Por eso, que estar a la vez con agresores y agredidos se me hace extraño e incoherente, pero allá vosotros con vuestras decisiones, claro (y allá la gente que elija compartir con vosotros proyectos y mañana llaméis otra vez a otro que defienda atarnos por lo de dar voz a todos)"

De manera relacionada, la industria farmacéutica se conceptualiza también en diversos casos como un ente represor o directamente como una organización criminal (6).

(6)

Medicamentos que matan y crimen organizado y Psicofármacos que matan y denegación organizada.

Esta metáfora está relacionada con la anterior, LA VIDA DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA ES UNA GUERRA, y particularmente da cuenta del campo relacional en la red de salud mental. La imposición de los tratamientos no es algo excepcional, de modo que los mecanismos de persuasión, manipulación y coerción son múltiples y variados. El ejercicio de poder es vertical, centrado en el síntoma y el efecto del psicofármaco. No existe el diálogo, sino el monólogo de los saberes expertos, la circularidad interpretativa a partir de la

cual toda enunciación por parte de la persona con diagnóstico es interpretada en términos de sintomatología de la enfermedad (Martínez-Hernández, 1994). Las metáforas dominantes son la forma que toma la resistencia frente a la unidimensionalidad interpretativa de la fenomenología de la locura.

El poder no solo se da entre profesionales y usuarios sino también intradisciplinariamente. Ello está relacionado con la jerarquización de saberes. Saberes menos válidos que otros ocupan los escalafones inferiores y entre ellos el más denostado es el saber lego. Por ello la (re)apropiación del lenguaje resulta crucial para lograr una apertura semántica y con ella un lugar social para la diversidad. La estructura que sostiene y reproduce el ejercicio de poder vertical es el Modelo Biomédico Hegemónico (MBH).

Según Menéndez (1984), el MBH se define, entre otras características, a partir del hecho de estar centrado en una aproximación biologicista y a-historicista de los procesos de salud/enfermedad, y de articularse desde una jerarquización estructural entre saberes expertos y saberes legos. Por ello muchas voces insisten que la transformación del sistema no puede lograrse desde dentro, sino que es necesario construir un afuera formado de otros espacios, otras palabras y otros saberes. Un ejercicio del poder más horizontal va inextricablemente unido a una recomposición dialógica entre saberes. Pero además, el hecho de que exista una renuncia al poder o la generación de un espacio compartido de diálogo y toma de decisiones también va inevitablemente unido al cambio de la propia identidad profesional y en consecuencia a una renuncia. Para que los usuarios amplíen su campo de decisión, los profesionales deben renunciar a la unilateralidad. Ello significa que deben aceptar una mayor complejidad en la toma de decisiones, una descentralización del fármaco a favor de las narrativas subjetivas (otros modos de nombrar y contar) y en definitiva un cambio en la cultura asistencial. Es precisamente esto lo que se promueve el Día del Orgullo Loco.

#### (D) El prejuicio es una marca

En cuanto al prejuicio social, es muy notorio el uso reiterado del término “estigma” (y derivados morfológicos como “autoestigma”, “estigmatizar” o “desestigmatizar”) para referirse al mismo (7a). La creciente convencionalización de este término en el ámbito de la salud mental (y no sólo en éste) no debe

hacer olvidar su carácter metafórico, dado que su significado básico remite a una marca física indeleble, ignominiosa o infligida como signo de esclavitud. Otro conjunto más reducido de expresiones igualmente evocan, mediante el término “etiqueta” (7b), una marca que señala socialmente a la persona diagnosticada. En conjunto, estas EM conforman una metáfora productiva que podemos denominar EL PREJUICIO SOCIAL ES UNA MARCA.

(7)

a. Si lees el comunicado y a perfiles como @Lo\_co\_mun u @OrgulloLocoMad verás que la intención es de reivindicación, empoderamiento y desestigmatización.

b. Vamos a acabar con vuestras etiquetas, vamos a crear una nueva realidad social donde sentir y percibir diferente no sea motivo de tortura y exclusión porque el #OrgulloLoco ha nacido para hacer HISTORIA y de nuestra locura brotará una sociedad más justa #SaludMental #Psicosis360 pic.twitter.com/gREoWJGMYY

En relación con los términos “estigma” y “etiqueta”, debe hacerse notar que reaparecen en otras metáforas –lo que sin duda señala su relevancia para los activistas de Orgullo Loco–. En primer lugar, como hemos apuntado, el “estigma” aparece como enemigo en la metáfora de guerra (3) y como obstáculo en la metáfora de viaje (4), lo que remarca aún más el destacado carácter negativo de la estigmatización para los activistas. “Etiqueta”, por su parte, es un término que, aunque como acabamos de ver en algunos casos denota el prejuicio social, más habitualmente refiere al diagnóstico médico (8), lo que, juntamente con otras expresiones motiva la metáfora EL DIAGNÓSTICO ES UNA MARCA.

(8)

Las locas también saldremos el 20M a la calle a exigir que no vulneren nuestros derechos solo por decidir etiquetarnos con ¿1, 2, 3? diagnósticos. A gritar que cuando la locura nos duela, tenemos derecho a manifestarlo, no ver nuestra voz callada ni avergonzarnos: #OrgulloLoco

Así pues, los conceptos PREJUICIO SOCIAL y DIAGNÓSTICO como DD de metáforas están relacionados por el hecho de tener un DO común, MARCA, y puede inferirse que ambos tipos de señal ignominiosa están co-

nectados (para el activista) por una relación de causa a efecto: el *etiquetado* del diagnóstico causa la *estigmatización*, es decir, prejuicio social.

De esta manera, la metáfora EL PREJUICIO SOCIAL ES UNA MARCA refiere a la relación directa que existe entre diagnóstico y estigma. Al decir de Goffman, el estigma se convierte en un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1989) que totaliza al sujeto de modo negativo. El dolor social amplio que se genera en la locura tiene relación directa con dicho estigma. Este produce ocultación, rechazo y aislamiento, pero pocas veces se reconoce este sufrimiento social:

La noción de estigma es clave en este sentido, la estigmatización del afectado se materializa en un rechazo *a priori*, en una desautorización sistemática, en todos los aspectos, de su cotidiano, que se transforma en uno de los ejes productores de mayor sufrimiento. Y el estigma es un producto esencialmente social. Surge de esa dificultad comunal de lidiar con la diferencia, que en ocasiones actúa como agudizante y cronificador de la problemática. Por estas razones, toda aproximación al sufrimiento mental debería partir de la comprensión del fenómeno en sus dimensiones sociales, culturales, biológicas, psíquicas, subjetivas, etc. (Correa-Urquiza & Pié, 2017, p. 5).

Además, el primer ingreso y su consiguiente primer diagnóstico tiene para algunos autores (Scheff, 1996; Parsons, 1951; Goffman, 1961; Elizur & Minuchin, 2006) las características de un rito de paso: “Crea una discontinuidad con la vida anterior y por ese medio anuncia la presentación de una nueva etapa evolutiva” (Elizur & Minuchin, 2006, p. 23). En síntesis, hay un antes y un después del diagnóstico que produce una fractura biográfica. Una especie de escalada de consecuencias nefastas para los sujetos. Para Elizur y Minuchin, lo que llamamos enfermedad mental es un proceso complejo que se explica por la participación de individuos, familias y comunidades en una serie de intercambios destructivos. Por ello, el fenómeno de la psiquiatrización es incomprensible sin considerar estos factores sociales y culturales que explican el plus de sufrimiento asociado a la reacción comunitaria que conlleva la etiqueta diagnóstica.

Este impacto es global e ininterrumpido. Se trata de lo que Correa-Urquiza (et al. 2006) han denominado paciente total. Esto es, la reducción del sujeto diagnosticado a la noción de enfermo absoluto. La etiqueta captura la totalidad de la existencia hasta el punto que supone un punto de inflexión en sus biografías. Aquí, la categoría diagnóstica coloniza y asfixia la totalidad subjetiva de la persona, la

“marca” captura, clausura la complejidad identitaria. Y de lo que se trata, al decir de las metáforas utilizadas, es de des-amarrarse del estigma, interpelar el prejuicio. Y para ello, es necesario cuestionar el uso de las categorías biomédicas como entidades totalizantes que operan sobre las vidas y subjetividades de los individuos. Hoy el estigma está en el diagnóstico y en las capturas que éste produce sobre los sujetos. De ahí, la necesidad de recuperar la polisemia del concepto locura como manera y camino de instituir una cierta capacidad de agencia.

### (E) Metáforas de la comunicación

Como siguiente dominio de destino en volumen cuantitativo, los aspectos comunicativos se revelan también importantes para el activismo. La comunicación (o su reverso la incomunicación) con la sociedad se conceptualizan fundamentalmente en términos de visibilidad/ocultación (9a) o de proximidad/distancia (9b) –siendo los prejuicios una barrera que impide el acercamiento (9c)–.

(9)

a. Cada quién que viva y sienta como quiera, no era eso la diversidad, respetar la diferencia? Pues quien sienta orgullo genial. Es más constructivo que la vergüenza que hemos sentido, por haber sido invisibles. Gracias por luchar @tomcorom A todos fuerza para el #OrgulloLoco

b. El movimiento en la persona ha despertado, ¿os acercáis a nosotras?: @FlipasGAM, @Col\_InsPIRADAS, @orgullo\_loco, @OrgulloLocoMad Por favor, no más #DiaMundialDeLaSaludMental sin nosotras, #nadaparanosotrasinnosotras #MeMad #saludmentalpositiva #sinfiltros #notehagaselloco

c. Ven con nosotros a celebrar el día del Orgullo Loco. Aprendamos a romper barreras. #20MYoVoy

Otras conceptualizaciones habituales aunque no tan abundantes como las anteriores, pero que son interesantes para caracterizar el lenguaje metafórico del Orgullo Loco son la concepción como espacios cerrados tanto del trastorno (10a) como de la superestructura social denominada *sistema* (10b).

(10)

a. Si estás recién llegada a la locura y los psiquiatras te dicen q no hay otra salida, te agarras a un clavo ardiendo. Luego t quemas, claro q t quemas, pero ¿había otra opción?

b. Si no estás de acuerdo con el sistema lo mejor es salir y poner en marcha tu proyecto fuera.

Como hemos visto, a grandes rasgos destaca en este corpus la poca incidencia de metáforas del trastorno como entidad *per se*, frente a la gran abundancia de metáforas relativas a aspectos vitales, sociales y comunicativos.

En primer lugar, la metáfora dominante COMUNICAR/INCOMUNICAR ES MOSTRARSE/ESCONDERSE refiere al binomio movimiento/reclusión asociado históricamente a la locura. Según Martínez-Hernández,

en la historia de Europa la locura ha venido unida a dos condiciones o atributos: el tránsito y el confinamiento. El primero adquiere una de sus mejores representaciones en *El Quijote*, en donde el insensato se ve abocado a un error continuo (...). El segundo incluye entre otras fórmulas la imagen del manicomio como lugar de reclusión no se sabe a ciencia cierta de qué –¿la sinrazón?, la falta de sentido común, el caos, el desorden, el miedo, la disidencia, la diferencia?–, pero que persiste durante siglos como una forma de control social (1998, p. 56) .

El autor afirma que ambos atributos –movimiento y reclusión– se combinan de manera frecuente y persistente formando parte del imaginario social de la locura. El fenómeno conocido como “La nave de los locos” o *stultifera navis* da cuenta de ello.

El peso de este imaginario social alimenta la confusión entre los modos sociales de tratar la locura y la locura en sí misma. De este modo el gran período de encierro queda incrustado en la mirada social contemporánea. La ocultación de la locura forma parte de sus mismos orígenes (el loco es el que debe ser encerrado) y en consecuencia su desocultación se concibe como estrategia de resistencia. La exclusión y coto al tránsito primero y el encierro después formarán parte del palimpsesto de la locura.

Por ello para Martínez-Hernández la *stultifera navis* persiste más tarde en el asilo, del mismo modo que para Foucault (1964; 2006) la exclusión y el orden quedarán unidos al gran encierro: “El manicomio instaura un sistema de

reclusión sedentario, pero que al igual que los barcos de los locos supone la concentración de los insensatos en un espacio físico que es purificador y a la vez incierto” (Martínez-Hernández, 1998, p. 72). Léase por purificador también terapéutico. Esta es la razón que terminará produciendo una adhesión (confusión) entre el encierro y la locura. Esto es, el loco es el que no puede vagar libremente y debe ser encerrado. Los modos de gestión contemporánea de la locura no borran estas significaciones previas, sino que vienen a sumarse en configuraciones semánticas más amplias. Por lo tanto, comunicar no es solo nombrar sino sacar al exterior, visibilizar algo que estaba oculto.

El problema social no es tanto la locura en sí misma sino la errancia que entraña en sí misma. Contenerla e inmovilizarla formará parte de su propia historia. La locura es entonces desmesura e incontinencia, pero ¿desmesura de qué? La respuesta la encontramos en otro de los dominios de destino analizados. Esto es, la COMUNICACIÓN/INCOMUNICACIÓN del dolor y el sufrimiento. La desmesura, por tanto, refiere a este sufrimiento. Sabemos que en nuestras sociedades occidentales existen unos límites para la demostración del dolor (pié, 2019). ¿Hasta dónde está permitido sufrir? Estos límites son los que marcan lo que es nombrable y lo que no. Modificar o cuestionar estos límites y ampliar sus horizontes es otra de las batallas del activismo contemporáneo. Así, la dialéctica entre movimiento y contención condensa también la relación entre libertad y reclusión. Libertad de movimiento, pero también libertad de nombramiento. Transitar refiere entonces a deambular, experimentar y sentir. Ocultar lo sentido y experimentado es algo recurrente para las personas diagnosticadas al ser conocedoras de la capacidad coercitiva del sistema.

La imposibilidad de comunicar libremente las propias experiencias inusuales (alucinaciones, delirios...) revierte en un mayor sufrimiento y aislamiento social. Comunicar desde la locura refiere entonces a una imposibilidad asentada por la propia lógica manicomial hegemónica:

La presunción de que la locura ya viene unida de forma irresoluble a la confusión y al error genera una relación de poder en la que diga lo que diga o haga lo que haga el afectado su comportamiento siempre estará en contra suya. Tanto la afirmación como la negación de su locura siempre responderá a las expectativas del terapeuta. Y es que una vez incluido en el catálogo de los locos el círculo se ha cerrado ante todo tipo de argumentos. (Martínez\_Hernández, 1998, p. 114).

La locura interpela y deja en evidencia el constructo colectivo de normalidad que se instaura a modo de ley, pone en evidencia las arbitrariedades de lo dado, del sentido común. Y es por eso quizás, que se ha vuelto socialmente necesario encuadrarla, encerrarla para ajustarla a lo definido como “normal”. Silenciarla. La posibilidad de comunicar, de decir, es aquí y entonces una manera de producir resistencias, de oponerse al silencio y al encuadre unidireccional que asfixia vidas e itinerarios. La comunicación es libertad.

Al mismo tiempo, la idea de comunicación pone de manifiesto dos situaciones distintas pero que se complementan. Por un lado, la evidencia de la falta de comunicación real entre profesionales y pacientes; la percepción de que hay sólo un monólogo biomédico sobre el sufrimiento psíquico, decíamos. Y por otro, la necesidad de establecer nuevas condiciones para el diálogo, condiciones de respeto, escucha, legitimidad y acción conjunta. Lo cual significa a su vez habilitar otros contextos en los que se trabaje desde una des-fosilización/des-cosificación mutua por parte de los sujetos del diálogo.

## **Conclusiones**

A nuestro entender, el Día del Orgullo Loco puede leerse en términos de espacios e itinerarios para la re-semantización de lo dado, como territorio de resistencia, de conquista de derechos y producción de nuevas maneras de pensar y problematizar el sufrimiento psíquico. La celebración es también un campo de resonancias intersubjetivas, es un espacio de producción de lo transubjetivo, en términos de Alicia Stolkiner (1999). Se transforma en una plaza íntima en movimiento (Correa-Urquiza, 2015), un umbral, un tercer lugar (Bhabha, 1998), un territorio para la legitimación de lo colectivo que produce la posibilidad de dar lugar a nuevas significaciones ya desligadas del cuerpo de lo biomédico.

De la misma manera como el movimiento vinculado a la Diversidad Funcional ha abierto nuevos campos de resignificación con relación al concepto de “Discapacidad”. También el movimiento Queer en los 70 y el Crip en los 90 recuperaba y recolocaba aquello que inicialmente se planteaba como ofensivo; la idea de locura rescata aquí una apertura semántica que oxigena la clausura

que produce la noción de enfermedad mental. La idea de locura des-fosiliza lo que el concepto de enfermedad cierra y el Día del Orgullo Loco se evidencia como una oportunidad para la liberación de una cierta captura semántica de cuerpos y destinos vitales. No puede existir liberación semántica sin otro ordenamiento y otras producciones lingüísticas.

El campo del lenguaje es territorio de generación de sentidos y es por este motivo que en muchos activismos de la diferencia los nombramientos son un elemento clave para la recuperación de la agencia política.

Si partimos de la idea de que en el ámbito de la salud mental las categorías médicas reducen por un lado la totalidad compleja de la experiencia del sufrimiento a una descripción sintomatológica, y por otro colonizan la identidad y la subjetividad de las personas, el Día del Orgullo Loco se evidencia como una oportunidad para la generación de un corpus disidente, una *communitas* circunstancial, de performatividad momentánea que promueve el desacato y la recuperación de una cierta legitimidad para nombrarse, pensarse. Lo que está realmente en juego en dichos nombramientos es el sujeto de la enunciación, es decir la posibilidad de generar nuevas narrativas sobre lo vivido en primera persona.

Ello conlleva que las palabras dejen de recaer sobre cuerpos-depósito para pasar a ser cuerpos-texto que son reescritos. Las relaciones de poder entre nombradores y nombrados se mueven en el terreno lingüístico del “haber sido excesivamente hablados por otros”. Revertir esta situación es uno de los propósitos de la conquista del lenguaje y en ello resulta central la subversión de las palabras, la inversión de su sentido, la (re)apropiación del insulto o el desvelo del palimpsesto de la propia etimología.

Al mismo tiempo, es necesario pensar el Día del Orgullo Loco en tanto contexto/territorio que habilita y posibilita en su accionar múltiple y multitudinario, la emergencia de aquellos discursos otros que evidencian la disidencia. El Día del Orgullo Loco es a la vez una suerte de “límite habitable”, de Tercer Espacio en términos de Homi Bhabha (1998), de umbral; un momento/instancia/lugar liminar, flexible, abierto desde donde es posible el cuestionamiento y la recuperación de un lugar históricamente negado.

Si seguimos a Michel Agier (2012) podemos pensar que “el sujeto surge entonces en situación” y existe “al tomar distancia de su condición social, de la identidad que le es asignada (étnica, racial, humanitaria) y eventualmente

de un sí mismo que sufre” (p. 22). Para el autor “donde hay subjetivaciones otras, hay aparición de un sujeto otro”. El Día del Orgullo Loco es definitivamente un contexto para la re-subjetivación, es la posibilidad de ser un sujeto otro, que existe, que toma distancia de las lógicas biomédicas que lo nombran y se constituye desde nuevos lugares. Si seguimos a Delgado podemos decir que:

Es en los territorios sin amo, sin marcas, sin tierra, donde se da la mayor intensidad de informaciones, donde se interrumpen e incluso se llegan a invertir los procesos de igualación entrópica y donde se producen lo que Rubert de Ventós llamaba “curiosos fenómenos de frontera” en los que el contacto entre sistemas era capaz de suscitar la formación de verdaderos islotes de vida y de belleza”. Honoré de Balzac había dicho lo mismo de otro modo: “sólo hay vida en los márgenes”. Convicción última de que lo más intenso y más creativo de la vida social, de la vida afectiva y de la vida intelectual de los seres humanos se produce siempre en sus límites. (Delgado, 2007, p. 88).

Las metáforas analizadas funcionan en la traducción de un estado intransmisible, ayuda en este ámbito a recuperar las posibilidades de una subjetividad negada, abrirse a la enunciación del dolor. Las metáforas dan cuerpo a lo que, de otro modo no puede ser nombrado, es el lugar para la traducción de lo complejo de la experiencia de la aflicción y para el grito que disiente y busca alternativas. Las metáforas surgen aquí en forma de rugido, de búsqueda de la emancipación que no renuncia a la necesidad del cuidado. Las metáforas aquí no son nunca en tanto producto del trastorno mental, sino una manera de neutralizar colectiva e individualmente lo que la sociedad produce y ejecuta en términos de hegemonías sobre las llamadas enfermedades mentales. Es la materialización de una lucha por la hegemonía del relato.

A través de las metáforas se observa como la celebración del Día del Orgullo Loco es vivido como instancias para des-enfermar identidades, es vivido y expresado como una oportunidad para quebrar la captura de la vida por parte de las nosologías psiquiátricas, promover la des-medicalización de los procesos de la vida, oxigenar el mundo vital abriéndose a la pluralidad semántica de la locura y, sobre todo, abriendo los diques que contienen la experiencia de la aflicción entre los muros conceptuales de la enfermedad.

## **Prácticas emancipadoras para una subjetividad acorralada**

Como investigadores, cabe decir que el análisis de las metáforas dan cuerpo y contundencia a la reflexión posible sobre el momento que hoy atraviesa el movimiento en Primera Persona y la necesidad de generar nuevos contextos de diálogo y complicidad entre saberes expertos y saberes profanos. El Día del Orgullo Loco es un espacio transitorio en su andadura pero permanente en términos de que va soltando la simiente de las contestaciones posibles. Y es aquí y ahora que la idea de locura vuelve a surgir como un concepto que actúa y se articula como pivote, eje para la producción de esas nuevas significaciones quizás emancipadoras.

## **Agradecimientos**

Esta investigación se ha llevado a cabo en el marco del proyecto *MOMENT: Metáforas del trastorno mental grave. Análisis del discurso de personas afectadas y profesionales de la salud mental* (Referencia: FFI2017-86969-R), financiado por la Agencia Estatal de Investigación (AEI) de España y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), en la Convocatoria 2017 “Retos Investigación”, del Programa de I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad.

## **Referencias bibliográficas**

- Agier M. (2012). Pensar el sujeto, descentrar la antropología. *Cuadernos de Antropología Social*. ; 35:9-27.
- Alcaraz E & Martínez MA. (1997). *Diccionario de lingüística moderna*. Barcelona: Ariel.
- Bhabha H. (1998) *El Lugar de la Cultura*. Buenos Aires. Manantial.
- Berry N., Lobban F., Belousov M., Emsley R., Nenadic G., Bucci, S. (2017). #WhyWeTweetMH: Understanding Why People Use Twitter to Discuss Mental Health Problems. *J Med Internet Res*; 19(4):e107.

- Cano, O. (2018). Desde adentro: ensayo autoetnográfico de una paciente internada en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, Paraguay. En Cea JC, editor. *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago: Proyección; p. 115-126
- Castel R. (1975). El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX. En: García R, editor. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral. p. 84.
- Cea JC, (ed.) (2018). *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago: Proyección.
- Charteris-Black J. (2012). Shattering the Bell Jar: Metaphor, Gender, and Depression. *Metaphor and Symbol*; 27(3):199-216.
- Coll-Florit M & Climent S. (2019). A new methodology for conceptual metaphor detection and formulation in corpora: A case study on a mental health corpus. *SKY Journal of Linguistics*; 32:43-74.
- Coll-Florit M., Climent S, Correa-Urquiza M, Hernández E, Oliver A, Pié A. (2018). MOMENT: Metáforas del trastorno mental grave. Análisis del discurso de personas afectadas y profesionales de la salud mental. *Procesamiento del Lenguaje Natural*; 61: 139-142.
- Coll-Florit, M; Miranda, X & Climent, S. (2019). Metáforas de la esquizofrenia: Un estudio sobre el discurso de afectados y profesionales. *RESLA, Revista Española de Lingüística Aplicada*; 32(1):1-31.
- Climent, S & Coll-Florit, M. (2017). La metáfora conceptual en el discurso psiquiátrico sobre la esquizofrenia. *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*; 34:187-208.
- Correa-Urquiza M, Silva TJ, Belloc MM, Martínez-Hernández A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*; 22 (Número especial: Antropología Médica y Políticas Transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales), pps: 47-69
- Correa-Urquiza M. (2018). La condición del diálogo: Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 38(134): 567-585
- Correa-Urquiza M, Pié A. (2017). *Capturas e itinerarios de la locura*. Barcelona: UOC.
- Correa-Urquiza M. Radio Nikosia. (2015). *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros horizontes para la locura*. Madrid: Ed. Grupo 5.

- Delgado M. (2007) *Sociedades movedizas. Pasos hacia una antropología de las calles*. Barcelona: Anagrama.
- Elizur J, & Minuchin S. (2006) *La locura y las instituciones: familias, terapia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Fredes, R. (2018). El derecho a la locura en Chile. Construyendo desde los márgenes y en las grietas del sistema En Cea JC, editor. *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago: Proyección. p. 91-110.
- Freire P. *Pedagogía del oprimido*. (1970/1995). Montevideo: Siglo XXI.
- Foucault M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica, 1 y 2* (2002/1964). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman E. (1989). *El estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman E. (2001/1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gramsci A. (1996). *Lettere del carcere 1926-1937*. Palermo: Sellerio. Italiano.
- Huertas, Rafael (2020). *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Lachmar E, Wittenborn A, Bogen KW, McCauley HL. #MyDepressionLooksLike: Examining Public Discourse About Depression on Twitter. *JMIR Ment Health*, 2017; 4(4): e43.
- Lakoff G, & Johnson M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.
- Littlemore J, Tagg C. (2018). Metonymy and text messaging: A framework for understanding creative uses of metonymy. *Applied Linguistics*; 39(4):481-507.
- Martínez-Hernández A. (2012). Vidas apagadas: el sentido común de la locura y la locura del sentido común. Conferencia pronunciada en: *I Seminario Internacional sobre Salud Mental e Intervención Comunitaria: Revisando la idea de locura*; 15 de septiembre de 2012; Lanzarote (España).
- Martínez A. (1998) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Martínez-Hernández A. (1994). *El síntoma y sus interpretaciones: en los límites de la Psiquiatría y la Antropología de la medicina contemporáneas* [tesis doctoral]. [Barcelona] Universitat de Barcelona.
- McMullen LM & Conway JB. (2002). Conventional metaphors for depression. En Fussell SR, editor. *The verbal communication of emotions*. Mahwah, NJ: Erlbaum. p. 167-18.
- Menéndez EL. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*; 3:83-119.
- Parsons T. *The Social System*. (1951). Taylor and Francis e-Library: Londres.
- Pié, A; Correa-Urquiza, M & Martínez-Hernández A. (2021). *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona: UOC.
- Pié A. (2019). *La Insurrección de la Vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Scheff T. (1966). *El rol de enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Semino E. (2008). *Metaphor in discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stolkiner A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista El Campo Psi*, 3:10.

# **Sobre los autores**

## **Manuel Desviat Muñoz**

Psiquiatra. Fue director Médico del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés de Madrid (1985-1991), cerrado tras un proceso de desinstitucionalización y creación de una red de servicios comunitarios. Profesor maestría en Intervención psicosocial, Universidad Icesi.

## **Diana María Castrillón Libreros**

Psicóloga, Magister en Gerencia de Servicios de Salud, Profesora de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Coordinadora de área de la Comuna 20, Red de Salud de Ladera ESE.

## **María Adelaida Arboleda Trujillo**

Médica Psiquiatra, Doctora en Salud Mental Comunitaria, Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

## **Miguel Ángel Castejón Bellmunt**

Psicólogo clínico, especialista en salud mental colectiva. Director de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Alojamientos Comunitarios.

## **Roberto Beneduce**

Docente de Antropología del cuerpo y de la violencia, Università di Torino & Centro Frantz Fanon, Torino.

## **Simona Taliani**

Docente de Antropología de la infancia, Università di Torino & Centro Frantz Fanon, Torino.

## **Francisco González Aguado**

Psiquiatra. CSM distrito Salamanca. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

## **Luis Granell Ninot**

Psicólogo. CSM distrito Salamanca. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

## **Carmen Cañada Gallego**

Psiquiatra. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

## **Ana Moreno Pérez**

Psiquiatra. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

## **Omar Alejandro Bravo**

Psicólogo. Maestría y Doctorado por la Universidad de Brasilia, Brasil. Profesor Departamento estudios Psicológicos, Universidad Icesi.

## **Alejandra Ordóñez Rodríguez**

Psicóloga, Magíster en psicología. Docente del Departamento de Estudios Psicológicos y directora del Consultorio de Atención Psicosocial CAPSi de la Universidad Icesi.

## **Maurício Cirilo Neto**

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Brasil.

## **Ana Carolina Rios Simoni**

Profa. colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Brasil.

## **Magda Dimenstein**

Profa. Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Brasil.

## **Maria Cecília Pedrozo Nomizo**

Graduanda em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Brasil.

## **Isabela Pinto Lucena Bezerra**

Graduanda em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Brasil.

## **Larissa Alves do Rêgo**

Graduanda em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Brasil.

## **Martín Correa-Urquiza**

Doctor en Antropología Médica y Salud Internacional. Profesor Serra Hunter. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España.

## **Asun Pié Balaguer**

Doctora en Pedagogía. Profesora Agregada. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.

## **Marta Coll-Florit**

Doctora en Sociedad de la Información y el Conocimiento, especialidad en Lingüística Aplicada. Profesora Agregada. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.

## **Eulàlia Hernández Encuentra**

Doctora en Psicología. Profesora Agregada. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.

## **Salvador Climent Roca**

Doctor en Ciencia Cognitiva y Lenguaje. Profesor Agregado. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.

# Índice temático

## — A

### **Apoyo psicosocial**

11, 218, 222, 223, 230, 233, 240, 241.

## — B

### **Bienestar**

31, 45, 48, 56, 58, 60, 61, 72, 74, 77, 87, 238, 260.

## — C

### **Carácter**

12, 80, 174, 194.

### **Comunidad**

05, 10, 15, 16, 19, 20, 26, 30, 32, 33, 34, 36, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 57, 77, 95, 141, 143, 145, 153, 157, 159, 160, 161, 163, 167, 168, 178, 184, 219, 223, 226, 232, 233, 235, 239.

### **Covid-19**

61, 223, 232, 240, 246.

## — E

### **Enfermedad**

24, 33, 36, 62, 70, 83, 84, 91, 104, 124, 135, 192, 258, 259, 262, 270.

### **Estigma**

11, 33, 46, 48, 67, 195, 250, 251, 254, 256, 257, 262, 263, 264, 265, 273.

## — L

### **Lazos sociales**

08, 173.

## — M

### **Metáfora**

135, 136, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 266, 272.

## — N

### **Neoliberal**

09, 15, 23, 57, 58, 60, 61, 64, 190, 220, 240, 247.

## — P

### **Paciente**

17, 26, 48, 62, 63, 67, 70, 74, 81, 116, 118, 119, 120, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 133, 138, 145, 146, 153, 154, 155, 157, 158, 160, 161, 162, 204, 205, 257, 264, 272.

**Población LGBTQIA+**

11, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 242, 244.

**Prejuicios**

130, 191, 192, 193, 202, 209, 212, 232, 234, 235, 252, 265.

**Psicología**

14, 16, 22, 32, 42, 43, 44, 46, 52, 74, 92, 135, 187, 223, 224, 227, 251, 276.

**Psicoterapia**

17, 116, 119, 135, 137, 138, 139.

**Psiquiatría**

10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 30, 32, 41, 42, 43, 45, 46, 49, 52, 63, 66, 67, 68, 69, 71, 74, 85, 86, 89, 91, 92, 101, 108, 109, 143, 166, 173, 174, 178, 185, 187, 196, 197, 201, 202, 255, 256, 258, 260.

**Psiquiatría decolonial**

10, 89.

**— R**

**Rehabilitación**

19, 20, 21, 25, 30, 32, 36, 38, 41, 43, 45, 47, 52, 84, 143, 144, 145, 208.

**— S**

**Salud mental**

07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26,

27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 57, 61, 62, 64, 65, 67, 70, 73, 74, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 86, 91, 116, 130, 142, 143, 144, 149, 150, 151, 152, 156, 157, 158, 161, 162, 163, 164, 168, 169, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 192, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 233, 239, 240, 241, 242, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 261, 262, 269, 271, 272, 273, 274, 275.

**Salud pública**

08, 09, 11, 18, 19, 21, 23, 35, 36, 38, 50, 90, 143, 199.

**— T**

**Terapeuta**

116, 117, 118, 119, 125, 126, 127, 129, 130, 134, 135, 138, 267.

**Trastorno mental**

47, 67, 68, 73, 145, 146, 180, 188, 197, 198, 251, 254, 255, 270, 271, 272.

**— V**

**Violencia**

10, 11, 12, 50, 65, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 120, 124, 161, 162, 164,

176, 178, 179, 180, 183, 197, 200,  
204, 206, 208, 209, 213, 214, 221,  
225, 233, 234, 235, 236, 238, 241,  
258, 261, 275, 283.



# Otros títulos de la colección

## El Sur es Cielo Roto

- **Silencios que matan. Narrativas de la violencia sexual en cuerpos racializados.**

Nayibe Katherine Arboleda Hurtado (ed.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.24.2023>

- **Actores políticos, elecciones y sistemas de partidos. Una aproximación comparada desde la política subnacional en América Latina**

Carlos Varetto y Juan Pablo Milanese (eds.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.23.2022>

- **Hacer la ciudad moderna. Cali en la primera mitad del Siglo XX**

Jaime E. Londoño M., Hansel Mera y Enrique Rodríguez Caporali (eds.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.22.2022>

- **Ciudades, subregiones y redes en el suroccidente colombiano: infraestructura, migración, mercado y formas asociativas**

José Darío Sáenz, Enrique Rodríguez C. y Juan José Fernández D. (eds.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.21.2020>

- **Optimismo, tesón y labor. Jorge Garcés Borrero, 1899-1944**

Jaime E. Londoño M. (ed.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.20.2019>



Este libro se terminó de editar en noviembre de 2023. En su preparación, realizada desde la Editorial Universidad Icesi, se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro en 12/15 y 11/13,5.



El campo de la salud mental es un espacio que involucra diversas disciplinas, teorías e instituciones, que se disputan el patrimonio de ciertas prácticas y las teorías que las legitiman. Por esta razón, este libro abarca una serie de temas y enfoques teóricos producidos desde diversas disciplinas, países y espacios institucionales, convergentes en los principios políticos y éticos ya señalados. A partir de estas coordenadas generales se construye una expectativa en torno a su lectura: que la misma pueda contribuir a fortalecer modelos de atención en salud mental amplios e inclusivos, que reconozcan el carácter también político de los padecimientos psíquicos, lo que significa colocar en cuestión un modelo social basado en la explotación y la violencia. De esta manera se intenta ofrecer elementos de reflexión que, desde diversos puntos de vista y enfoques teóricos, siempre con la intención de contribuir a una construcción teórica, práctica y política necesariamente inacabada, converge en la necesidad de una humanización de la atención en salud mental.

Omar Alejandro Bravo  
Universidad Icesi



ISBN: 978-628-7630-67-3



9 786287 630673



Editorial  
Universidad  
Icesi

Colección **EL SUR  
RES  
CIELO  
ROTO**