

# 11

## Pensar la salud mental:

aspectos clínicos,  
epistemológicos, culturales  
y políticos

Editor

Omar Alejandro Bravo



10  
AÑOS

Psicología  
Sociología  
Antropología  
Ciencia Política

Colectación **EL SUR ES  
CIELO  
ROTO**





---

**Imagen de portada**

Vincent Van Gogh, *Ward in the Hospital in Arles*, 1889

(Tomada de: [http://www.vggallery.com/painting/by\\_period/arles.htm](http://www.vggallery.com/painting/by_period/arles.htm))



# **11**

## **Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos**

**Editor**

Omar Alejandro Bravo



Una publicación de la  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Nº 11 octubre, 2016

## **Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos**

Cali. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Icesi, 2016.  
228pp.; 17x23cm. ISBN: 978-958-8936-17-8

**Palabras Clave:** 1. Salud mental | 2. Atención (Psicología) | 3. Psiquiatría | 4. Psicoanálisis | 5. Psicología patológica y clínica  
Sistema de Clasificación Dewey 616.89-ddc 21

---

© Universidad Icesi  
Primera edición / Octubre de 2016  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Colección «*El sur es cielo roto*»

**Rector:** Francisco Piedrahita Plata

**Secretaria General:** María Cristina Navia Klemperer

**Director Académico:** José Hernando Bahamón Lozano

**Decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales:** Jerónimo Botero Marino

**Directora de la Oficina de Publicaciones:** Natalia Rodríguez Uribe

**Asistente Editorial:** Adolfo A. Abadía

### **Comité Editorial**

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

Víctor 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 y Diagramación**

Cactus Taller Gráfico | [www.cactus.com.co](http://www.cactus.com.co)  
Natalia Ayala Pacini

**Revisión de Estilo:** Sarah Ángela Nieto

**Foto de Portada:** Vincent Van Gogh, *Ward in the Hospital in Arles*, 1889.  
(Tomada de: [http://www.vggallery.com/painting/by\\_period/arles.htm](http://www.vggallery.com/painting/by_period/arles.htm))

---

Universidad Icesi | Calle 18 No. 122-135 (Pance), Cali – Colombia  
Teléfono: +57 (2) 555 2334 | E-mail: [editorialicesi@correo.icesi.edu.co](mailto:editorialicesi@correo.icesi.edu.co)  
[http://www.icesi.edu.co/publicaciones\\_derecho\\_ciencias\\_sociales](http://www.icesi.edu.co/publicaciones_derecho_ciencias_sociales)

Impreso en Colombia / *Printed in Colombia*

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



# Índice

- 05 — **Presentación**
- 09 — **Prólogo**
- 13 — **La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental)**  
Manuel Desviat
- 47 — **Contextos de vulnerabilidad y salud mental: una perspectiva de la determinación social, la salud y el cuidado territorializado**  
Magda Dimenstein, Jader Ferreiro Leite, Candida Bezerra Dantas, Kamila Almeida, João Paulo Sales Macedo
- 87 — **Violencia epistémica y categorías diagnósticas de la psiquiatría. Contribución a una etnopsiquiatría crítica**  
Roberto Beneduce
- 121 — **Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental**  
Ximena Castro Sardi

- 159 — **Psiquiatría en atención primaria. Experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle**  
María Adelaida Arboleda Trujillo
- 183 — **Salud Mental Comunitaria y Política Criminal. Aporte de la Psicología Jurídica a la construcción de un espacio común**  
Flavio Andrés D'Angelo
- 205 — **Representaciones sociales sobre usuarios de drogas entre trabajadores de salud de la Red de Salud de Ladera ESE de Cali**  
Omar Alejandro Bravo, María Adelaida Arboleda Trujillo, Diana María Castrillón Libreros, Eliana Morales
- 221 — **Sobre los autores**
- 225 — **Índice temático**



# Presentación

Este libro surge, principalmente, de las presentaciones, diálogos y debates sucedidos en el *II Foro Internacional en Salud Mental e Intervención Psicosocial*, realizado en la Universidad Icesi, de Cali, entre los días 30 y 31 de julio del año 2015 y organizado por la Maestría en Intervención Psicosocial y el Centro de Atención Psicosocial (CAPSI) de la misma universidad.

Dicho evento, en sus dos ediciones, tuvo como propósito general discutir las políticas en salud mental, en lo que hace a sus bases epistemológicas y teóricas y a sus efectos prácticos, considerando cómo las mismas se inscriben en determinados contextos institucionales que les otorgan grados diferentes de viabilidad y consenso.

Al mismo tiempo, en estos dos encuentros se expusieron experiencias locales e internacionales de intervención, que mostraron las tensiones, atravesamientos y particularidades presentes en estas políticas, en lo que concierne a sus aspectos políticos, culturales, institucionales y subjetivos.

De esta manera, la presente publicación apunta a rescatar los aspectos principales de estos debates, que muestran una pertinencia indiscutible, considerando las dificultades que enfrentan hoy las políticas de carácter progresista en el campo de la salud mental y la lucha antimanicomial, tanto en el ámbito local como internacional.

En el libro, el orden de los capítulos obedece a la intención de ofrecer, en primer lugar, algunas consideraciones generales en torno a los aspectos éticos, epistemológicos, teóricos y prácticos que las políticas en salud mental deben considerar.

En este sentido, el texto que abre la publicación, de autoría del psiquiatra español **Manuel Desviat**, hace una consideración apropiada y precisa sobre el sentido político de la acción terapéutica y sus efectos en los sujetos a los que se dirige. Al mismo tiempo, el autor propone, desde un enfoque general situado en la salud mental colectiva, la posibilidad de pensar otras formas de intervenir en este campo desde la perspectiva de una clínica del sujeto ampliada

que considere los deseos, derechos, particularidades territoriales y culturales de las personas o grupos.

Asimismo, **Magda Dimenstein, Kamila Almeida, João P. Macedo, Jader Leite y Candida Bezerra Dantas** analizan en el capítulo siguiente los contextos de vulnerabilidad en salud mental desde la perspectiva de la determinación social de la salud y el cuidado territorializado, tomando como referencia la realidad de ese país y, en particular, la del medio rural brasileño.

El capítulo de autoría del psiquiatra y antropólogo italiano **Roberto Beneduce**, titulado *Violencia epistémica y categorías diagnósticas en psiquiatría. Contribuciones a una etnopsiquiatría crítica*, muestra la incidencia de los discursos coloniales en el campo de la psiquiatría y el sentido y consecuencias prácticas de algunos diagnósticos, cuyo sentido político aparece con frecuencia disimulado por los modelos teóricos que intentan justificarlos.

En el capítulo siguiente, **Ximena Castro Sardi**, desde la experiencia concreta de atención en salud mental que ofrece el Centro de Atención Psicosocial de la Universidad Icesi, analiza la experiencia de este dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental, desde una perspectiva psicoanalítica, poniendo en un plano concreto los aspectos principales del debate planteado por los autores/as anteriores.

De un modo similar, la psiquiatra **María Adelaida Arboleda Trujillo** propone, a continuación, un análisis de la experiencia del programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle, desde una lectura crítica que permite entender las dificultades que encuentran las políticas de salud mental comunitaria para lograr su hegemonía y continuidad como referencia en atención en este campo.

Seguido a esto, el capítulo de autoría del psicólogo **Flavio Andrés D' Angelo** –titulado *Salud Mental Comunitaria y Política Criminal. Aporte de la Psicología Jurídica a la construcción de un espacio común*– sitúa este debate general anterior en una perspectiva original e interesante, al ofrecer una reflexión sobre la posible articulación entre el campo de la salud mental y el de la psicología jurídica, desde su experiencia concreta de trabajo en el ámbito judicial en la ciudad de Neuquén, Argentina.

Las tensiones entre la atención en salud mental y los dispositivos públicos de atención se expresan, en el capítulo final de autoría de **Omar Alejandro Bravo, María Adelaida Arboleda Trujillo, Diana María Castrillón Libreros y Eliana**

**Morales**, en el análisis particular de las representaciones sociales sobre usuarios de drogas realizado entre trabajadores de salud de la Red de Salud de Ladera ESE de Cali, en donde se muestran las dificultades de acceso a la atención en salud para esta población y desde la perspectiva analítica mencionada.

Esta publicación tiene entonces como propósito general ampliar los márgenes del debate en torno a las políticas de salud mental, sus características y efectos, así como permitir visualizar las múltiples perspectivas que a este respecto existen. Desde un enfoque ético-político común, se coincide en el propósito general de aportar a modelos de atención y prevención en salud mental basados en el cuidado y el respeto por los sujetos y comunidades a los que se dirigen.

---

**Omar Alejandro Bravo**  
Mayo, 2016



# Prólogo

Salud mental en la comunidad, acción con bases científicas e ideológicas. He aquí el desafío. Este libro lo asume.

La literatura sobre este tema peca de magra, por lo menos si se la compara con la biológica. Compárese, por ejemplo, el porcentaje de revistas profesionales con temas biológicos con las de orientación comunitaria. Esto es un déficit que es menester llenar de manera integral, de tal forma que los agentes de salud mental en la comunidad cuenten con herramientas de trabajo basadas tanto en la evidencia empírica como en un claro conocimiento de los determinantes sociales, económicos, históricos y culturales (en algunas regiones, también religiosos). En ausencia de una concepción integral, la acción es parcial y, como se conoce en algunos círculos, reduccionista, que en buen romance significa mirar al mundo desde la mirilla de una puerta sin posibilidad de transformarlo. Además, esto implica que las estrategias de intervención al servicio del agente de salud mental son solo un fragmento de las muchas posibles. Es decir, se empobrece la práctica. Este libro asume ese desafío.

En efecto, no obstante la existencia de valiosas contribuciones de autores de todos los continentes (ningún continente está ausente en la literatura), es frecuente que el abordaje sea exclusivamente teórico —donde la ideología predomina— o, limitado a la descripción de programas y servicios, pero con raquíticas piernas científicas. Se preguntará el lector, ¿cuál es la importancia de estas consideraciones? Simplemente que la acción por falta de fuentes que la alimentan se agota al tiempo de empezarse. El entusiasmo que habitualmente se nota en los agentes de salud mental en la comunidad decae con el tiempo, muchas veces cuando el líder carismático que iniciara la tarea se retira de la dirección del servicio o programa. El líder carismático es una coyuntura bienvenida, pero temporaria; la acción, para que sea sostenida, debe calar hondo. Este libro asume el desafío.

Por otra parte, las acciones de salud mental en la comunidad frecuentemente están limitadas al nivel curativo, raramente al nivel de la rehabilitación psicoso-

cial y, con algunas excepciones, casi ausentes en las de promoción y prevención primaria. La naturaleza misma de la acción en la comunidad demanda que los determinantes antes citados, con sus respectivos impactos, no sean soslayados sino que abordados dentro de los alcances de la acción de la salud mental y con las técnicas apropiadas, que raramente son adquiridas en los claustros de las universidades. Este libro asume el desafío.

Cabe resaltar que es en la comunidad donde el agente de salud mental encuentra otros actores relevantes. Los primeros con los cuales es esencial una alianza democrática y sin reservas son los usuarios de los servicios y familias, en particular en cuanto a los niveles secundario y terciario de la prevención; pero no son los dos citados exclusivamente. En la acción comunitaria hay otros aliados que requieren ser identificados y con los cuales es menester compartir autoridad, poder y responsabilidades. Este libro asume este desafío.

Por último, de una muestra de temas de un universo mayor, en la acción comunitaria la defensa de los derechos humanos cobra una dimensión no solo prioritaria sino múltiple ya que dicha defensa y el fomento de los mismos son de dominios diversos, tal como lo reflejan las variadas convenciones de las Naciones Unidas, frecuentemente vinculantes y que por tanto no permiten ser soslayadas. Este libro asume ese desafío.

En cuanto este libro asume un número de desafíos escasamente abordados conjuntamente, la lectura de sus capítulos, muy bien elegidos y articulados en una trama densa y con visión didáctica, enriquece los fundamentos de las acciones de salud mental en la comunidad así como su aplicación. Para América Latina, esta publicación es particularmente bienvenida. Desde que la región adoptara la Declaración de Caracas (1990) y seguidamente las convenciones mundiales y americanas, las necesidades de capacitación se han multiplicado. Los lectores quedamos endeudados con los autores.

---

**Itzhak Levav**







# **01**

## **La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental)**

---

**Manuel Desviat**

Universidad a Distancia de España | [desviatm@gmail.com](mailto:desviatm@gmail.com)

*Paradójicamente la ciencia psicológica, en su afán por devenir científica, paga el costo de la deshumanización de la mente (Bruner, 1990).*

*Yo digo: tiene una enfermedad, y usted dice: es un enfermo... Lo que puede parecer un simple juego de palabras, es en realidad el punto de partida de dos concepciones completamente diferentes de la psicopatología (Enry Ey H, s.f.).*

No hay una filosofía de la acción terapéutica en psiquiatría, en psicología o en salud mental, porque no hay una verdad tecno-científica, un paradigma que la respalde. No la hay si entendemos la filosofía como un conjunto sistemático de razonamientos que nos permiten pensar la acción terapéutica, sus principios e ideas como una actividad o ciencia determinada, por mucho que se empeñen los ideólogos de la psiquiatría biológica con sus DSM, guías y protocolos. Hay formas diversas de entender las herramientas y las causas, el porqué del sufrimiento psíquico, verdades parciales y contradictorias. Esto señala una debilidad, hace a la acción en salud mental frágil, muy vulnerable a las modas e intereses del poder financiero y político, y al tiempo, le permite una gran creatividad, una incesante necesidad de búsqueda. El conocimiento siempre ha crecido gracias a la duda, a la incertidumbre.

La verdad es que los tiempos predicen una filosofía del *prêt à porter*, de no saber del porqué de las cosas. Basta con poder manejarlas y cuantificarlas. El conocimiento se centra en el cómo funcionan. La ciencia en lo medible, en el dataísmo. Pero en los datos no hay una narración, no se encuentra el sentido; no hay filosofía alguna. Tampoco se la quiere. Los datos sustituyen a la teoría y a la historia. No es casual que el DSM se declare, a partir del DSM III (APA, 1990), ateorico e ahistórico en su intento de convertir al trastorno mental en mero hecho natural e universal. Aunque, como escribe el historiador Rafael Huertas (2005), es «casi obsceno que definan su clasificación como científica gracias a prescindir de la reflexión teórica y de la historia» (p. 14). Una filosofía que se pretende del sentido común, que en el fondo nos remite a la ideología de la época. Hay quien dice que la filosofía, en última instancia, sea filosofía de la ciencia, de la técnica o filosofía del acontecer, trata del deseo y del poder.

Si buscamos lo que sustenta las diferentes corrientes terapéuticas nos encontramos con un ancestral debate filosófico, lo que se ha dado en llamar «el error de Descartes»: la separación del cuerpo y el alma (Damasio, 2010). Lo que traducido a nuestro campo, viene a ser: cerebro y mente, subjetividad o

biología. Esta es la primera escisión que marca, con vaivenes, la historia del hacer terapéutico en el campo de la sanidad y, más particularmente, de la salud mental. Dependiendo de la opción que tomemos, la acción terapéutica será diferente. De un lado, tenemos una alteración del cerebro, de su función neuroquímica, que nos conduce a un tratamiento médico que no entiende del sentido del síntoma, que no se preocupa por la persona, que trata una abstracción del sufrimiento psíquico hecha por la misma medicina-psicología, que es la enfermedad, donde no cabe la subjetividad, donde no cabe la persona concreta. No hay escucha, y la acción terapéutica se suele centrar en la farmacología, en tranquilizantes más o menos potentes (antidepresivos, ansiolíticos), basada en la propia construcción de un cuerpo teórico con la mirada puesta en el cuerpo biológico, sus conexiones internas y fluidos, que considera enfermedades como hechos naturales y universales para no centrarse en el enfermo concreto. Es por ello que la acción terapéutica termina siendo contra la enfermedad, no hacia el enfermo.

Del otro lado, tenemos una persona con su biografía, sus emociones, sus fracturas, sus duelos y sus deseos. Asimismo, tenemos unos síntomas que cobran sentido en la vida de la persona que aqueja esas alteraciones. Donde impera la escucha, donde la acción terapéutica empieza por la escucha, la «enfermedad» se nos presenta en su correlato biopsicosocial como una entidad construida histórica y socialmente. Ahí está la fibromialgia o la misma esquizofrenia, como enfermedades de la modernidad, por no hablar de ese invento reciente de la empresa farmacéutica que es el TDH.

### **Pero ¿qué es la acción terapéutica?, ¿cuál es su función social?, ¿quiénes intervienen en ella?, ¿cuáles son sus límites?**

Supongo que todos estaremos de acuerdo en que la acción terapéutica es aquella que tiene por objeto producir salud. Esta es una actividad que posee, como otros bienes y servicios, un valor de uso en cuanto atiende necesidades sociales expresadas en demandas: sanar o mitigar, restablecerse, no sufrir o sufrir menos, rehabilitarse, no morir, morir dignamente. Se establece así una relación: la autoridad sanitaria y los profesionales tienen cosas que ofertar –el

trabajo en salud o el poder de la autoridad sanitaria— y la sociedad civil tiene malestar, sufrimiento y necesidades que piden ser atendidas. La cuestión es, por un lado, cómo se expresa esa necesidad, cómo se expresa hecha demanda; por otro, cómo se construye la respuesta. Demanda y respuesta van a estar condicionadas históricamente. Se enferma y se trata según te deja tu época, la historia de tu pueblo y aun de tu tribu. El individuo tiende a expresar las situaciones de malestar por medio de formas aceptables y significativas para su propia cultura. Cada momento histórico escenifica sus representaciones, sean las enfermedades mentales, la manera de entender la familia, la sexualidad o los credos religiosos. Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta de la enfermedad —el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de sistemas o la biología molecular— la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad construida significativamente (Desviat, 2010).

Más ¿qué espera la sociedad del profesional de la psiquiatría, de la psicología, de la salud mental? Nuestro mundo está dirigido cada vez más por supuestos especialistas y un conjunto de guías, protocolos y libros de autoayuda. Allí donde el individuo no reconoce nada por sí mismo será formalmente tranquilizado por el experto (Debord, 1990, p.23). En este primer mundo del *just it*, del hágalo ya, lleno de expectativas a satisfacer con recetas, pócimas y gimnasios, una ilusión puebla el imaginario colectivo: para todo puede haber un remedio. No perdamos el tiempo, no queramos saber: basta una receta, un medicamento y todo lo más unas prescripciones de psicología positiva. La felicidad está al alcance de la mano. Salud y placer sin introspección, sin compromiso, sin riesgo, en el marco de los atributos idealizados de la felicidad que la maquinaria comercial organiza como representación de la realidad.

Una ilusión que los profesionales de la salud hemos ayudado a forjar. La psiquiatría y la psicología se introducen por el resquicio de la frustración social, invadiendo poco a poco la escuela, la vida familiar, la cama, los sueños. La sociedad nos exige no solo controlar la locura, el acto psicótico imprevisible, sino remedios eficaces para el malestar cotidiano. Nos exige, una vez más, hacer frente a sus males: toxicomanía, delincuencia. Psiquiatrizar el mal: violadores, torturadores, psicópatas. «¿No es acaso tranquilizador para la humanidad», escribe Daumezón, «poder atribuir a una debilidad mental algunos de los crímenes que la deshonoran? [...] Admitir tan fácilmente la existencia de

monstruos razonables que cometen crímenes inauditos, sin interés y por la sola necesidad de bañarse en la sangre de sus semejantes ¿no es rebajar la dignidad del hombre?» (Daumezon, 2000, p. 20).

Nos encontramos, por tanto, en una encrucijada. Por un lado, la sociedad y el poder nos piden que atendamos ciertos malestares de la vida cotidiana, en buena parte provocados por las propias condiciones del sistema social, y cuya verdadera solución está fuera de nuestro alcance; por otro, nos tropezamos con unos determinantes en nuestra práctica que favorecen la cronificación de los trastornos: entre otros, el abuso y mal uso de la medicación psiquiátrica, o la propia estructura, por lo general, de los servicios de salud mental.

Pues al final, tanto por la presión social como por la insuficiencia de la estructura (escenario, técnicas) del encuentro en la clínica actual, se trabaja por lo general con la tríada médica diagnóstico, prescripción y consejo; rara vez, psicoterapia. Clínica precaria cuando no negada como predicen algunos programas de rehabilitación. La rehabilitación psicosocial es otra cosa, plantean, privilegiando unos protocolos estandarizados que pretenden la «normalización» de los pacientes. La supuesta eficacia técnica, instrumental, ha renunciado a la psicopatología; el apaciguamiento o supresión de los síntomas se ha logrado renunciando a la comprensión de los enfermos. Se ha hecho a expensas de la negación de la psicopatología y la clínica. En el mejor de los casos, la clínica ha pasado a un segundo plano, confundiénola con la psicofarmacología.

Sin lugar a dudas, hacen falta protocolos, guías que regulen la actividad; procedimientos que protocolicen su seguimiento y evaluación; en suma, que informen y reglamenten el tratamiento de los pacientes. El problema no está en los protocolos ni en las guías, está cuando estos se constituyen en la única atención al paciente, cuando sustituyen el entendimiento de sus síntomas como parte de su biografía, cuando la inevitable transferencia se desplaza a un cuestionario a rellenar puntualmente, cuando no en normas disciplinarias que fuerzan al paciente a esconder su sintomatología. No hay negociación, el contrato terapéutico se reduce a un cumplimiento de tareas y normas de convivencia. Está el riesgo de convertir los programas en escuelas, donde el paciente termina aceptando pautas que le infantilizan, como sucede en etapas que describe Goffman en la instituciones totales (Goffman, 1970). Foucault habla de «poder pastoral», una atribución de origen religioso, que pretende «conducir y dirigir a los hombres a lo largo de la vida y en cada una de las circunstancias

de esa vida y todo ello para obligarlos, en cierta manera, a comportarse de determinada forma, a conseguir su salvación» (Foucault, 1999, p.124). Aquí el rebaño serían los pacientes y los que tienen el derecho de ejercer la tutoría los profesionales de la salud mental, con el objetivo de la recuperación-salvación de la enfermedad.

Pero la «recuperación» debe ser otra cosa. Debe asumir los riesgos que la propia vida tiene, riesgos para el paciente y riesgos para el terapeuta –si este considera como un fracaso a su hoja de servicios una nueva crisis de «su» enfermo, un nuevo brote, o como nos gusta decir, una descompensación–. El tratamiento es la reversión de los síntomas que hacen sentirse mal al paciente, o la devolución o adquisición de habilidades y competencias, pero siempre que sirva para atribuirle sentido a lo que le sucede, dentro del respeto a la dignidad y a los derechos de la persona, sin convertir la curación-salvación en una tutela de por vida que controla toda la existencia de la persona, para evitar los riesgos. Estar «sano» no debe ser –o es– hacerse el muerto en vida. Una perniciosa idea terapéutica de lo que es la normalidad psicótica o de cualquier trastorno grave, que niega la diversidad. ¿Pero, además, qué entendemos por normalidad? Freud afirma en *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1937) que es una «ficción ideal». Un delirio, afirma Ximena Castro, por la imposibilidad de alcanzar normas comunes (Castro, 2013).

El caso es que, a pesar del largo camino recorrido desde instancias reformadoras respecto a la atención al trastorno mental, la consideración del paciente como ciudadano es tan proclamada como escasamente considerada. Con la reforma psiquiátrica, la desinstitucionalización y la salud mental comunitaria se han creado herramientas eficaces para enfrentar las crisis y la cronicidad psiquiátrica, pero en repetidas ocasiones su aplicación ha terminado por ser poco respetuosa con la autonomía del paciente y sus derechos esenciales. La eficiencia, en muchos programas, ha relegado a la clínica, y de forma mucho más habitual, a la subjetividad, no solo desde focos de ceguera por exacerbación de lo social, como escribe Rosana Onocko (Onocko Campos, 2013), sino por la insuficiencia del modelo biopsicosocial. La urgencia técnica y ética de cerrar los hospitales psiquiátricos, la exigencia de una rápida construcción de utillajes útiles para atender a los nuevos perfiles, a los viejos y nuevos crónicos de la desinstitucionalización, hizo que las experiencias de la Reforma descuidaran, cuando no simplemente omitieran, la subjetividad con su correlato en la dis-



tintas modalidades de asistencia. No es algo que concierna solo a la psiquiatría centrada en el cuerpo o al cognitivismo más duro, es una ausencia que se da en buena parte de las prácticas que se definen como biopsicosociales. El sujeto queda fuera como, por lo general, queda fuera la voz de los pacientes y de la comunidad de las prácticas de la salud mental comunitarias.

## **De la desinstitucionalización a la salud mental colectiva**

---

La desinstitucionalización convierte el hacer comunitario en el modelo asistencial de las reformas psiquiátricas, forjando, en la diversidad de las experiencias, una cultura teórico-técnica para los procesos de transformación. La salud pública –con sus niveles de actuación, grupos de riesgos, diagnóstico poblacional...–; el psicoanálisis –psicoterapia institucional, psicología del yo, crisis...–; la psiquiatría social; la rehabilitación psicosocial (por un lado y por otro), la creación de sistemas de salud nacionales (universales, públicos, descentralizados) y el desarrollo de la Atención Primaria y de la Nueva Promoción de la Salud van a constituir el marco donde se fraguan las bases del modelo comunitario. La locura salta los muros de los psiquiátricos y se hace visible socialmente. Es difícil que hoy alguien niegue las mejoras asistenciales y en derechos humanos y ciudadanos que ha aportado la Reforma a las personas con sufrimiento psíquico, las ventajas de la desinstitucionalización y creación de recursos en la comunidad. Por mucho que aún persistan enormes carencias en todos los países y una brecha inmensa en el desarrollo de los servicios de salud mental. Aunque persistan, más o menos disfrazados en muchos lugares, los hospitales psiquiátricos o manicomios, la reforma psiquiátrica rompió su hegemonía y obligó a crear una red de recursos y prestaciones en el territorio, en la comunidad. Esta obligó a ampliar el eje clínico a un eje social, al tiempo que forzaba el cambio del jerárquico servicio de psiquiatría al más plural equipo de salud mental. Lo anterior significó mucho más que un cambio de nombre. La reforma cambió el imaginario social en torno a la enfermedad mental, y se promovieron políticas de defensa de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Surgieron poderosos movimientos de familiares y usuarios, exigiendo su espacio, su lugar, su reconocimiento.

La reforma psiquiátrica rompió la hegemonía de los manicomios y de un modelo ineficiente y poco ético en la asistencia. Para algunos, quizás sin duda para el sistema político económico que predomina hoy en el mundo, la reforma ha finalizado aquí sus objetivos. Sin embargo, había más ambición en sus orígenes. El propio proceso desinstitucionalizador abrió nuevas expectativas. Se convirtió desde el inicio en un proceso social complejo, que exige recomponer saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos, como señala Paulo Amarante (2003). Un proceso que, dejado a su propio discurrir, va a dinamitar las bases conceptuales de la psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios, de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. Dejado su propio desarrollo, el modelo comunitario de la Reforma, crea la necesidad de transformar, de subvertir la psiquiatría-psicología biocibernética, de amplificar la mirada incluyendo un eje subjetivo, un eje social y un eje político. Una nueva manera de afrontar la salud mental que tiene que encontrar su desarrollo en dos pilares: por una parte en el avance de la psicopatología, desde esta nueva perspectiva, que incluye una elaboración desde una dialéctica que una a la teoría con la práctica, que rompa la brecha entre quienes investigan y quienes ven pacientes, y, por otra parte, en el desarrollo de unos servicios públicos eficientes y empoderados por la ciudadanía, donde se respeten la autonomía, la voz y los derechos de los pacientes.

Es claro que así la reforma no es una mera reordenación y optimización de los servicios de atención, como también que hay que ir más allá de la desinstitucionalización, lo que significa un cambio de marco socio-político que haga posible una nueva práctica. La reforma ha encontrado los límites que establece el sistema vigente, aun forzando a contracorriente muchas de sus líneas rojas. El trabajo social, comunitario, ha sido una conquista, espacios de contrapoder arrebatados al poder del capital, de ahí la continua presión para minimizarlo por parte de las autoridades sanitarias y sociales. Su progreso será siempre una lucha dentro de un frente social por hacer más equitativa y solidaria la sociedad.

## Otra clínica. Una clínica del sujeto, ampliada

*[...] mi educación médica me había enseñado un montón de datos, pero poco acerca de los espacios que existen entre esos datos. Aprendí que ante una enfermedad pulmonar severa, deberíamos prescribir oxigenoterapia domiciliaria, pero no qué hacer ante un paciente que, avergonzado por no tener hogar, me da una dirección equivocada (Mukherjee, 2011).*

Entre las directrices principales que se aprueban en la III Conferencia Nacional de Salud Mental (Brasil, 2002), –organismo participativo que establece las líneas de actuación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña– está la red de servicios territoriales que substituyen al hospital psiquiátrico, integrados en la red de salud general, la consideración del usuario como ciudadano en todos los espacios, sea cual sea su diagnóstico y estado, la priorización de la ética en todo momento, y la participación del paciente en su plan terapéutico. Al tiempo, reafirma a los Centro de Atención Psicosocial (CAPS) como el eje del trabajo en el territorio, articulando la atención de los distintos dispositivos de la red sanitaria y social. En cuanto a la asistencia:

Es fundamental, también, que las nuevas modalidades asistenciales substitutivas [al hospital psiquiátrico] desarrollen prácticas reglamentadas en relaciones que potencien la subjetividad, la autoestima y la ciudadanía y busquen superar la relación de tutela y las posibilidades de reproducción de la institucionalización o cronificación (Brasil, 2002, p.24).

Según Taís Bleicher, son características principales de la actividad del CAPS: la integración con las políticas sociales; la reflexión crítica de los trabajadores sobre sus teorías y prácticas; el intercambio práctica/investigación científica; la actuación política en la comunidad, y la disminución de las jerarquías dentro del equipo de salud, y entre este y el paciente con consecuencias sobre la calificación de la ciudadanía y la autonomía de los pacientes (Bleicher, 2015, p. 138).

Tenemos con esto bases para el proyecto de una nueva clínica, para otra asistencia en salud mental que incorpora la subjetividad y supone la devolución de la plena ciudadanía al enfermo psiquiátrico, pero una ciudadanía que no es la simple restitución de sus derechos formales, sino, como reclama Benedetto Saraceno, la construcción de sus derechos sustanciales (Saraceno, 1999), y es

dentro de esta construcción donde se encuentra la única resolución de la crisis o recuperación posible, desde otra práctica clínica, que ya no sea patrimonio de psiquiatras y psicólogos, sino de todos aquellos que participen en la atención al sujeto de la demanda, y el sujeto mismo. Una clínica del sujeto en su contexto, una clínica de la dignidad.

No obstante, construir una nueva clínica exige romper la cerca en la que el pensamiento de la época, pragmático, mercantilista, insolidario, nos encierra. Exige volver a relacionarnos con los saberes que constituyen nuestra realidad la filosofía, la antropología, la literatura, con el arte; con aquello que estuvo en el origen de la psiquiatría y que hoy se ha perdido enfangado en un utilitarismo inculto, pero no inocente, pues intenta dominar el pensamiento del mundo para procurar ganancias a unos pocos. Es por lo que, una nueva clínica, exige una praxis que se interrogue sobre la producción de la salud y, por tanto, sobre la producción del saber. En suma, sobre el poder.

La globalización financiera pretende una realidad única: pretende que no haya un afuera ni científico, ni cultural, ni social, del ideario neocapitalista. En psiquiatría y en psicología tenemos el DSM, ahora en su V versión (APA, 2014), breviario propedéutico que impone una universalización para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de medicación. Con estos diagnósticos nos estamos acercando a un antiguo deseo de los fabricantes de elixires y fórmulas médicas: hacer fármacos para gente sana (El «síndrome del riesgo de psicosis», el «trastorno mixto de ansiedad depresiva», «el trastorno cognitivo menor», «trastorno disfuncional del carácter con disforia», «trastorno de hipersexualidad»)

Una globalización que fragmenta los problemas mentales hasta un sinfín de trastornos. Todos enfermos, todos trastornados, cualquier manifestación de malestar será medicalizada de por vida. Se da el salto de la prevención a la predicción. Umbrales diagnósticos más bajos para desordenes existentes y nuevos diagnósticos. La hegemonía del modelo llamado biológico sobrepasa los límites de la medicina y coloniza el sufrimiento y la falla social, lo define, lo clasifica en categorías diagnósticas y suministra respuestas. La empresa farmacéutica se encarga de ello, fidelizando asociaciones de usuarios y familiares, como viene haciendo con psiquiatras y revistas científicas (Vasconcelos, 2012).

En el DSM V las categorías se desdibujan en espectros y dimensiones. Sin embargo, no nos engañemos, detrás de la difusión de límites ya iniciada

con la construcción del trastorno bipolar, en el que desaparece la melancolía y se psiquiatriza la tristeza, no hay un intento epistemológico de búsqueda, no se persigue la continuidad entre los distintos trastornos, comunicando lo patológico con lo normal, la intención es abrir el mercado a lo todavía no diagnosticable como enfermo, a supuestos signos precoces de enfermedad, a medicalizar la presunción de un trastorno futuro. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es buena prueba.<sup>1</sup> La medicina se ha convertido en una gran productora de riqueza, en cuanto la salud, la mente y el cuerpo se vuelven objetos de consumo. En manos de los mercados esta es una herramienta de normalización. Entendiendo por normal lo que dictan los intereses del Capital. Qué comer, qué vestir, qué tomar, cómo juntarnos, cómo amar. El cuerpo, en esa medicalización indefinida de la que habla Foucault, se convierte en espacio de intervención política.

La sociedad de consumo crea un conformismo generalizado y pegadizo: todos iguales. Individualidades frágiles, serializadas, carentes de verdadera diferencia u originalidad. El minusválido como modelo de una ciudadanía que viene, en una sociedad donde todo parece adquirir un aspecto terapéutico y en el que la enfermedad es de nuevo una contingencia individual, un castigo de los dioses. Es lo que ha venido denunciando *Stop DSM*, la campaña contra el DSM-V como criterio único en el diagnóstico de las sintomatologías psíquicas, avisando que nadie quedará a salvo de poder ser diagnosticado, sobre todo porque los nuevos clínicos estarán formateados deliberadamente en la ignorancia psicopatológica.

## **El territorio. La cuestión de la comunidad**

*La sociedad lo es en sentido estricto solo donde el individuo actúa y tiene vigencia. Siempre que el individuo sea aplastado o malogrado se recaerá en un tipo de comunidad inferior; ya superada entre nosotros; será un verdadero regreso histórico (Zambrano, 1996, p. 135)*

---

1. La producción de metilfenidato en EE.UU pasó de 1,8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002 (INCB, 2005). Las prescripciones de estimulantes en Reino Unido aumentaron de 6.000 al año en 1994 a 450.000 en 2004 (NHSE, 2005, ver en <http://www.england.nhs.uk/ourwork/gov/epr/>) (INCB, 2005, ver en [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2005/AR\\_05\\_English.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2005/AR_05_English.pdf))

*Una comunidad empoderada para la salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas (Organização Mundial de Saúde, 1986)*

Si hablamos de atención comunitaria, la primera condición, como en cualquier otra actividad que se quiera comunitaria, está en la presencia de la comunidad, el protagonismo de la ciudadanía, de la población organizada, sobre su salud, sobre las políticas que afectan a la vida de las personas que la constituyen. Parece obvio, pero con frecuencia hay ausencia de la comunidad en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista «comunidad» se precisa que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. La salud comunitaria requiere que la comunidad se convierta en sujeto sociológico; un sujeto social que pueda gestionar o participar activamente en la administración de aspectos fundamentales de las necesidades colectivas, atento a la potenciación de su capacidad, de su *empowerment*, término malamente traducido al castellano por empoderamiento, y que viene a significar el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan sus vidas.

La Carta de Ottawa, redactada por la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en 1986 y dirigida a la consecución del objetivo «Salud para Todos en el año 2.000», pone de relieve que:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986).<sup>2</sup>

---

2. Consultar <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

¿Pero de qué hablamos cuando hablamos de comunidad? Ferdinand Tönnies diferenció las relaciones sociales de las colectividades humanas en comunitarias y societarias. Siendo estas últimas agregaciones de individuos que promueven un contrato social, que organizan el orden y la seguridad en sus relaciones sociales y económicas, y comunidad, cuando entre las personas hay valores, lazos de sangre, vecindario, esperanzas y necesidades comunes, donde hay una identidad común (Tönnies, 1988). Podríamos decir, siguiendo a Tönnies, que hablamos de comunidad cuando hay un destino común, cuando un grupo de personas participa en un bien o en una necesidad. Ya sea esta la comunidad de los amantes, una comunidad científica o un asentamiento humano. Hay una división clásica de las comunidades: comunidades de sangre (la más natural y primitiva, de origen biológico, como la tribu, la familia o el clan), comunidades de lugar (cuyo origen es la vecindad, como las aldeas y asentamientos rurales) y comunidades de espíritu (su origen es la amistad, la tradición y la cohesión de espíritu o ideología). Hoy podríamos añadir un nuevo tipo de comunidad, o comunidades, que surge con la globalización y con la red informática, donde se desdibujan las fronteras. La identidad de cada comunidad, de cada grupo humano se constituye ante la necesidad de reconocimiento, de defensa de unos derechos, de unos principios, de una diferencia. La sociedad es un conjunto de grupos humanos, de comunidades diversas, a veces artificialmente separadas. Existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Una identidad que se repliega, se enroca en su idiosincrasia, institucionaliza su diferencia tornándose sectaria, fundamentalista; no tolera la diferencia, teme la mezcolanza, al extranjero. Esta se aparta de la ciudadanía como derecho colectivo, donde es posible lo singular. La comunidad basada en la ciudadanía es el respeto a la diversidad de identidades, de subjetividades, de comunidades separadas.

Pero la irrupción de estos valores ciudadanos nos lleva a re-pensar el «ser-en-común», lo que entendemos hoy por comunidad. En la obra de Tönnies, en la necesidad de comunidad que plantea hay, como dice Daniel Álvaro, unas veces deseo romántico por una supuesta comunidad perdida, y otras veces, deseo por una comunidad futura (Álvaro, 2010), por otra sociedad más social e igualitaria. No olvidemos que Álvaro es un crítico de la sociedad capitalista, cercano a los postulados de Marx. Hoy los cambios en las grandes ciudades,



la omnipresencia de las redes sociales, la gran movilidad en el trabajo, exigen redefinir qué representa hoy la comunidad y lo comunitario. Se debe empezar a trabajar con conceptos que sean capaces de contener a la multiplicidad social y de lugares que se están formando, que permitan actuar en común conservando las diferencias, en un mundo, donde, como escribe Marc Augé en *La communauté illusoire* (Auge, 2010), todas las fronteras sean reconocidas, respetadas y franqueables, sin falsas identidades societarias. Lo que nos acerca al término multitud, que definen Hardt y Negri en su libro *Multitud: Guerra y Democracia en la era del imperio*, multiplicidad de diferencias singulares que se agrupan respetando sus diferencias para trabajar en común (Hardt y Negri, 2004).

Quizás sea el concepto de ciudadanía, junto con el de territorio, los que recojan mejor la multiplicidad con la que nos encontramos en la comunidad, pues de lo que se trata es de favorecer la apropiación por el ciudadano y de los colectivos de un determinado lugar, de la gestión de sus vidas y, por tanto, de su salud. Es el ciudadano el principal actor en las políticas sociales si hablamos de las sociedades democráticas, aunque solo sea porque vota cada cuatro años. De hecho, por esa presión del voto, la ciudadanía empieza a tener un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales. Esta presión ciudadana va a condicionar la expresión de la necesidad, la demanda. El hecho es que nos encontramos con una disyuntiva cuando hablamos de la demanda y los movimientos ciudadanos. Por una parte, tenemos la medicalización de la sociedad en el mundo desarrollado y un imaginario social llenos de prejuicios, en una ciudadanía cada vez más fragmentada, que confunde identidad con grupo separado por color, raza, credo, género, edad, nacionalidad, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Una identidad que institucionaliza su diferencia tornándose sectaria: no tolera la diferencia, teme la mezcolanza, al extranjero. Esta se aparta de la ciudadanía como derecho colectivo donde es posible lo singular. Tenemos demasiados ejemplos en la historia pasada y reciente de fundamentalismos donde el sujeto desaparece en una identidad que le cerca y le define. Pues aunque la identidad común es una exigencia para que exista comunidad, también de una sola identidad se muere o se mata (Saraceno, 2004).

En salud mental se muestra la progresiva fragmentación de las asociaciones de familiares y usuarios de la salud mental frente a la unidad inicial al principio de la reforma psiquiátrica, ahora tenemos bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria, identidades artificiales creadas por la lógica del sistema, que compiten en sus demandas, dejándolas a merced de aquellos *lobbies* societarios que tengan mayor capacidad de influencia en el poder político. Algo que puede pervertir la asignación de recursos (véanse la proliferación de unidades de fibromialgia o trastornos de la conducta alimentaria en los países centrales, fagocitando recursos de la atención a la psicosis o las neurosis graves), y que sitúa a las personas con problemas de salud mental en territorios definidos por fronteras infranqueables, diagnósticos, asociaciones e instituciones.

A lo que debemos añadir como amenaza, si hablamos de las asociaciones de familiares y usuarios, la política progresiva de las multinacionales farmacéuticas, financiando asociaciones de familiares e intentando comprar a sus líderes al igual que lo vienen haciendo con los psiquiatras. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es, como ya se ha planteado, buena prueba de esta alianza de la industria farmacéutica con las asociaciones de familiares y de su capacidad de presión sobre instancias gubernamentales. En Brasil, Eduardo Vasconcelos (Vasconcelos, 2010a) refiere en un estudio de la ONG norteamericana Essential Action, dedicada a la salud pública, que por lo menos nueve entidades brasileñas de defensa de los derechos de los usuarios de salud son financiadas por fabricantes de fármacos (Vasconcelos, 2010). También tenemos el informe de Andrew Herxheimer (de la UK Cochrane) sobre la *Children and Adults with Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder* (CHADD), una de las asociaciones más reconocidas, que solo en 2002 recibió medio millón de dólares de las compañías farmacéuticas (Herxheimer, 2003).<sup>3</sup>

El otro lado lo representan los movimientos ciudadanos y de enfermos que exigen el empoderamiento, su total involucración en la gestión de la salud mental o de su enfermedad en el marco de una salud pública y una salud mental colectiva. Conceptos como *recovery*, *abogacy*, buscan hacer protagonista de su recuperación al propio paciente y partícipe al ciudadano de la gestión de su sa-

---

3. La producción de metilfenidato en EE.UU. pasó de 1,8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002 (INCB, 2005). Las prescripciones de estimulantes en Reino Unido aumentaron de 6000 al año en 1994 a 450.000 en 2004 (NHSE, 2005).

lud. Poder ciudadano, necesario, sean cuales sean sus contradicciones, pues sin cuya participación activa no podemos hablar en verdad de comunitario ni de una evaluación adecuada de las necesidades. Compromiso ciudadano que tiene que ir más allá de las asociaciones militantes, más allá de la vanguardia necesaria, envolviendo a la mayoría social. El modelo tiene que ser de esa mayoría, tiene que «hacerse suyo», si queremos que sea sostenible. La salud es su salud, la salud de la comunidad, y nosotros somos expertos a su servicio. Buena parte de las regresiones, de los retrocesos y debilidades de los procesos de reforma se deben a no haber sido capaces de llegar a la población, incorporándola.

En esa labor de empoderamiento, han sido y son fundamentales los movimientos de usuarios y familiares en todo el mundo. Organizaciones que reclaman, desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas (los llamados «supervivientes», o los «ex psiquiatrizados»), su «empoderamiento» de la salud o lo que es lo mismo: el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas. Movimientos de auto ayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos, los cuales de forma individual y colectiva, informal, legal y profesional exigen la participación de los usuarios en las Políticas de Salud Mental, tanto en su elaboración como en la toma de decisiones en la ejecución, evaluación y formación de recursos; organizaciones que luchan por la conquista de los derechos civiles para los enfermos mentales y la ciudadanía plena y alternativas de autoayuda y servicios –de las que es buena muestra, como hemos señalado en anteriores capítulos, el amplio movimiento brasileño, que está forjando nuevas y creativas formas de actuación comunitaria (incardinado en la sociedad civil, en los poderes legislativos y en la evaluación y acreditación de los servicios asistenciales)–.<sup>4</sup>

Judo Chamberlin, miembro de Centro Nacional de Empoderamiento, en EE.UU., definía la historia y los objetivos en el Informe Sobre la Salud Mental en el Mundo de 2001 publicado por la OMS:

---

4. El número 8 (jan./jun. 2012) de la revista *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, analiza la historia y el presente de los movimientos sociales en salud mental, destacando su importancia en la construcción de las nuevas políticas de salud mental. En español se puede encontrar en Internet un artículo de Eduardo Vasconcelos sobre el movimiento de usuarios en Brasil, «Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental», *Atopos*, 2010, jun. 2011, pp. 24-44. Ver en <http://www.atopos.es>

Tradicionalmente, las personas que recurren a los servicios de salud mental han sido consideradas dentro del sistema como receptores pasivos e incapaces de articular sus necesidades y deseos particulares, y han sido sometidas a formas de atención o tratamiento decididas y concebidas por otros. En los últimos 30 años, sin embargo, han comenzado a articular como consumidores su propia visión de los servicios que necesitan y quieren. Entre los temas que con mayor fuerza se han planteado están: el derecho a la autodeterminación; la necesidad de información sobre la medicación y otros tratamientos; la necesidad de servicios que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y de la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar obstáculos a la integración en la comunidad; la necesidad de servicios alternativos gestionados por los consumidores; la extensión de los derechos legales y la protección jurídica de los derechos existentes, y la supresión del internamiento, a menudo vitalicio, en grandes instituciones [...] Detrás de las etiquetas y los diagnósticos hay personas de carne y hueso que, independientemente de lo que piensen otros, tienen ideas, criterios, opiniones y ambiciones. Las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad mental no son distintas de las demás, y quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados; una vivienda decente; oportunidades educativas; una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso; participación en la vida de la comunidad; amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto (OPAS/OMS, 2001).<sup>5</sup>

## Políticas de salud. Los Estados

La cuestión primordial hoy para la salud mental comunitaria en América Latina, y en buena parte del mundo, es ¿cómo se puede revertir el proceso de privatización de la sanidad y las prestaciones sociales que expolió el sistema público en los años 90 del pasado siglo?, esa «taza envenenada», en palabras de Gastão W de Sousa Campos, que ahora suministra la Troika a los países del sur de Europa con el pretexto de la crisis financiera por ellos mismos provocada (Campos, 2013).<sup>6</sup> El modelo de atención comunitario se constituyó en el horizonte del Estado del bienestar, en torno a las reformas

5. Ver en [http://www.proyectoChamberlin.org/documentos\\_web/intervencion\\_jose\\_colis.pdf](http://www.proyectoChamberlin.org/documentos_web/intervencion_jose_colis.pdf)

6. La tría financiera está formada por la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional. En el contexto de los rescates financieros de algunos países de la Unión Europea, impone la política económica de dichos países.

psiquiátricas, sanitarias y sociales iniciadas tras la II Guerra Mundial, en un momento de fortalecimiento del lazo social, de defensa de prestaciones públicas universales. El equilibrio conquistado entonces entre democracia y capital a través de la distribución fiscal de la renta y el fortalecimiento de la gestión democrática de los gobiernos se ha roto. El capital ha perdido el miedo, fracasada la experiencia soviética y muy debilitada la respuesta social. Las instituciones financieras y políticas que gobiernan el mundo se aplican para conseguir la sustitución del Estado de Bienestar por un *Estado social inversor*, que responsabilice al individuo de su destino: de su prosperidad o su miseria, de su salud o enfermedad. Desde los años ochenta del pasado siglo el FMI y el BM impulsan políticas privatizadoras en la sanidad, en los servicios sociales y en las pensiones. En realidad, aun en los años de mayor protección social, la sanidad pública estuvo siempre condicionada a una financiación que privilegiaba a las grandes empresas farmacéuticas, tecnológicas y constructoras. El gran hospital nunca perdió su hegemonía. Los gobiernos mantuvieron la medicina social en sus programas, que además les permitía disminuir costes y acercar los recursos a la población atendida con un claro beneficio político electoral, pero, al tiempo (también los de izquierda), protegieron las infraestructuras de poder de la medicina conservadora y empresarial.

La reforma sanitaria, y por tanto la salud mental comunitaria, cuando fue más allá del cerco de los mercados por la fuerza de la presión social (final de las dictaduras en España y en Sudamérica) se desarrolló a contracorriente del poder de los mercados, pero respondiendo siempre a las necesidades de reproducción del Capital. De ahí las ambigüedades y contradicciones entre los derechos constitucionales, leyes sanitarias garantistas y las insuficiencias de su aplicación. Frizón Risoto en su libro sobre el Banco Mundial y el sistema de salud en Brasil durante los años 90 del pasado siglo devela el chantaje financiero del Banco Mundial, su plan para deshacer un modelo de atención basado en el derecho a la salud, acceso universal, equitativo, liberando al Estado de servicios complejos y de la contratación de empleados públicos (el BM y el FMI exigieron a los países la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales, convirtiendo en objetivo prioritario la privatización de la sanidad y las pensiones, al estilo de EE.UU.) (Frizon Rizzoto, 2013). Chile es el ejemplo que el BM y el FMI vienen poniendo para

demostrar la mayor eficiencia de los seguros privados para atender la salud de los ciudadanos. El ejemplo se basa en que es uno de los países periféricos de mayor crecimiento en las últimas décadas, pero lo que no dicen es que ese crecimiento se hace a costa de una de las mayores desigualdades del mundo, con una población que vive atrapada en todo tipo de aseguramientos privados de por vida, y cuya excelencia, aun como modelo privatizador, ha sido muy cuestionada (Parada, Reyes, Cuevas, y Ávila, 2014).<sup>7</sup>

El predominio neoliberal mundial subvierte las posibilidades de una acción comunitaria amparada en la acción de los gobiernos y de los organismos internacionales. La sostenibilidad de lo que se mantiene todavía allí donde se desarrollaron programas comunitarios, y las actuaciones para la implantación de nuevos desarrollos colectivos de salud mental, pasa por una revisión de las estrategias profesionales y por una acción ciudadana que asuma la responsabilidad de la salud y las prestaciones sociales como un derecho inalienable, una reivindicación no negociable que se blinde en las constituciones de los países. El Estado de Bienestar fue una conquista, no una cesión del Capital por razones sociales. El mantenimiento y desarrollo de una salud comunitaria precisa de una acción ciudadana y de una reelaboración teórica y técnica de los presupuestos asistenciales por parte de los profesionales. El peso de la industria ha debilitado toda investigación y toda clínica que no sea «biológica», entendiendo por biológica una reducción que aloja la biología en los intereses de las empresas farmacológicas y de la tecnología sanitaria. Las grandes conquistas de la acción comunitaria, herederas de la salud pública y de una visión psicopatológica plural son residuos aislados que sobreviven con gran esfuerzo. La reforma psiquiátrica consiguió hacer perder su hegemonía a los hospitales psiquiátricos, pero la psiquiatría y la psicología «positivistas» centradas en la enfermedad, en la atención individualizada y en los grandes centros hospitalarios, mantiene su supremacía, afianzándose cada vez en todos los ámbitos: en la docencia, en la investigación, en la asistencia.

---

7. En Chile, durante la dictadura militar (1973-1990) se produjo un cambio radical en el sistema de salud que supuso la implementación de un sistema neoliberal que privatizó la administración del seguro público obligatorio en salud, así como la expansión de la prestación de servicios de salud privados (Parada, Reyes, Cuevas, y Ávila, 2014)

## La ética de la dignidad

*La ética que nuestros días necesita no es una ética de héroes dispuestos a sacrificar sus deseos, porque la buena voluntad individual es impotente, e incluso en ocasiones peligrosa, para proteger los derechos de todos los hombres frente a las diarias violaciones (Cortina, 1995, p. 50).*

*Los derechos humanos son, fundamentalmente, un conflicto de adquisición y pérdida de poder (Galende y Kraut, 2006, p. 117).*

Vengo diciendo que la reforma psiquiátrica parte de dos principios muy simples que a su vez conllevan dos grandes y complejos objetivos: una cuestión ética –acabar con el maltrato de los pacientes mentales en los hospitales psiquiátricos–, y una cuestión técnica –la ineficacia de la psiquiatría manicomial y conservadora–. No obstante, ambas cuestiones no se agotan con el cierre de los manicomios y la creación de recursos en la comunidad. Hoy los muros del manicomio están en la cabeza de muchos profesionales y en el imaginario social. La necesidad del cuidado ético, de una ética de la dignidad nos remite no solo al estigma que conlleva la enfermedad mental; su descuido, entre un paternalismo proverbial y propensión pastoral, está incrustado en el sistema sanitario de antiguo. Todavía hoy amplios sectores médicos tradicionales defienden el mito de la medicina como una profesión excepcional, ética en sí misma. No deja de ser una paradoja, en tiempos en los que la corrupción, en pequeña o gran escala, aumenta cada día en el sector sanitario y particularmente entre los médicos gracias a las prebendas de la industria, o por el simple hecho, tan frecuente, de la convivencia entre la práctica privada y la pública, cuando la primera parasita la segunda. Valores éticos de los profesionales donde no solo interviene la competencia del médico, su talante y prejuicios, sino, y cada vez más, el modelo sanitario en el que este ejerce. Tomando una idea de Thomas Szasz, pienso que la principal decisión ética para el médico y para todos los profesionales de la salud es elegir el tipo de sanidad en que prefiere trabajar (Szasz, 1981). La opción pública o privada –en cuanto horizonte personal, otra cosa son las posibilidades reales, cada vez más limitadas de elegir– y la defensa de un modelo (más conservador) u otro (más plural y comunitario), condiciona la ética del oficiante sanitario más que ninguna otra cosa. «Dime

ahora –dice Sócrates a Trasímaco en la *República*–: ¿el médico, en el sentido estricto del término, es un mercader o el que cura a los enfermos?» (Platón, 1998, p.81). Pues sabemos que en sus orígenes hipocráticos el médico tenía una doble moral, según se tratara a señores o esclavos; o escatimara su esfuerzo a los socialmente inútiles, como plantea Platón en la *República*:

Y pensaban [los médicos] que la vida de alguien enfermizo e intemperante por naturaleza no sería de provecho ni para sí mismo ni para los demás, por lo cual no se le debía aplicar el arte de la medicina ni llevar a cabo tratamiento alguno, ni aunque fuese alguien más rico que Midas (p.186).

La medicina –como la ciencia, y la técnica en general– no se halla más allá del bien y del mal, porque, como señala Diego Gracia, no hay en la vida humana actividades libres de valores (Gracia, 1995, pp.33-63). Los principios éticos no pueden basarse en una declaración de intenciones. La cuestión es identificar en la práctica cotidiana los problemas que puedan suponer un problema ético y garantizar el respeto a los derechos fundamentales de los pacientes. Una regulación que ha sido tardía: fue necesaria la participación médica en el genocidio nazi, la brutalidad de las investigaciones médicas practicadas con judíos, gitanos, comunistas y todo tipo de disidentes al régimen hitleriano (en Núremberg se juzgaron a 20 médicos y 3 administradores sanitarios) (Bloch, y Chodoff, 1991)<sup>8</sup> para que la sociedad internacional estableciera los primeros códigos éticos que regularan la experimentación con seres humanos y se tomara conciencia de la necesidad de garantizar la buena práctica de la actuación médica en general. Fue tardía y, aun en las sociedades más avanzadas, tarda en ser asumida por los colectivos profesionales, sanitarios y sociales, en especial, si nos referimos a la salud mental. Basta un recorrido por los informes de agencias internacionales, defensorías nacionales, foros en defensa de los derechos humanos, para saber

---

8. De 1934 a 1939, 350.000 enfermos mentales reales o potenciales son esterilizados en Alemania sin consentimiento informado. Entre 1940 y 1941, más de 70.000 enfermos mentales mueren «gaseados» por equipos de exterminio. Desde la profesión psiquiátrica se intenta dar forma a una ley que legalice estos asesinatos. Entre 1941 y 1945, en torno al 80% de los enfermos mentales supervivientes mueren en las instituciones psiquiátricas a causa de hambre, infecciones o tratamientos inadecuados (Bloch y Chodoff, 1991). Traducción española (Bloch y Chodoff (editores), 2001).



que algunas de las peores violaciones de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental se producen en el medio sanitario y no exclusivamente en los hospitales psiquiátricos sino también en las instituciones alternativas, unidades del hospital general o centros comunitarios. Según la OMS, en un 50% de los países las leyes relativas a la salud mental fueron aprobadas después de 1990, mientras que en el 15% la legislación sobre salud mental se remonta a antes de 1960; y el 25% de los países, que aglutinan casi el 31% de la población mundial, no tienen legislación alguna a este respecto (OMS, 2003).

La necesidad de legislar para garantizar los derechos de los enfermos, y especialmente de los enfermos mentales, se convirtió, desde los inicios, en un imperativo de cualquier reforma psiquiátrica. Pero no basta con la promulgación legal, está el cumplimiento, las formas de tergiversar su cumplimiento, y más aún, el mismo texto de la ley, pues como advierte el informe de la OMS citado, en algunos de los países que tienen legislación sobre la salud mental existen normas en la misma que violan los derechos humanos de los afectados. En muchas ocasiones, la forma de garantizar los derechos de los pacientes parece más una manera de defenderse el sistema sanitario de posibles reclamaciones, como lo es el caso del consentimiento informado, donde el paciente acepta todo tipo de posibles adversidades en cualquier trámite hospitalario.

En salud mental el tema se complica: la práctica de la psiquiatría enfrenta a diario a los profesionales y las instituciones con situaciones como el internamiento contra la voluntad –forzoso– que, junto a la imputabilidad y la supuesta peligrosidad, han sido, desde los orígenes de la psiquiatría el nudo gordiano de las relaciones entre psiquiatría y justicia. Alianza y controversia entre dos poderes complementarios y con frecuencia absolutos. La presunción de peligrosidad –algo que nos retrotrae a leyes y etapas antidemocráticas– perdura en el imaginario colectivo y en la mentalidad de jueces y sanitarios con demasiada frecuencia, y conlleva la tentación de medidas predilectuales de seguridad que limitan tanto los derechos de los enfermos mentales como las posibilidades terapéuticas, al establecer medidas de seguridad coercitivas. La peligrosidad, un concepto social, se sabe no es más frecuente en los diagnosticados de enfermos mentales que en el resto de la población. La cuestión aquí, como en el resto de las personas con trastornos mentales, es que se juzga el diagnóstico, no la enfermedad. No obstante, una persona no es su enfermedad ni esta está presente

en todos sus actos. La consideración de la responsabilidad no se debe hacer sobre un estatuto de enfermo, sino sobre una situación acotada en el tiempo. No se es imputable o inimputable por «ser un loco», sino por estar o no estar en el momento de los hechos delictivos enajenado. Todo acto de una persona diagnosticada de psicosis no es necesariamente un acto enajenado, psicótico, ni todo acto enajenado es hecho por un psicótico.

Son muchas las declaraciones y normas que se han proclamado desde organismos internacionales sobre salud mental, algunas de carácter obligatorio, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), pero la mayoría de derecho blando no vinculantes: las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Principios de Salud Mental (UN, 1991),<sup>9</sup> la Declaración de Caracas (1990)<sup>10</sup> y las Normas Uniformes (UN, 1993)<sup>11</sup> que pueden servir de modelo o guía a gobiernos, colectivos sanitarios y judiciales. Los Principios de Salud Mental, son la codificación más completa que se haya propuesto hasta la fecha sobre los derechos de las personas con discapacidad mental, según Kraut, pues poseen también validez como normas deontológicas o principios reguladores aplicables en jurisprudencia (Kraut, 2010, p.173).

El conocimiento de estas normas internacionales y de la legalidad vigente en cada país es habitual en los profesionales de la salud mental, a pesar de la exposición continua de la práctica psiquiátrica y psicológica a problemas legales y de responsabilidad profesional. Los imperativos éticos que acechan nuestra práctica en las unidades de hospitalización, en los hospitales de día, en las consultas ambulatorias o en los dispositivos de rehabilitación, en nuestras decisiones clínico-administrativas y, también, en el uso de la psicofarmacología o la privacidad de una psicoterapia o una sesión de grupo hacen imprescindible el buen conocimiento legal y deontológico para todos los profesionales de la salud mental. En primer lugar, por el respeto que debemos a una personas más vulnerables, nuestros pacientes; en segundo lugar, por una mayor seguridad en unos tiempos judicializados; por último, para favorecer nuestra profesionalidad.

---

9. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/73/IMG/NR058873.pdf?OpenElement>

10. [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)

11. [http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs\\_subj\\_sp.asp?subj=16](http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16)

La institucionalización facilitó una cultura paternalista. La reforma psiquiátrica, al integrar la psiquiatría en la sanidad general y establecer dispositivos asistenciales comunitarios, ha creado un nuevo tipo de relaciones entre usuarios y técnicos. Tecnologías más eficaces, pero no exentas de antiguos y nuevos riesgos legales y éticos. Hay cuestiones que nos interrogan, aun donde está regulado el internamiento y el control judicial de los ingresos forzosos, que permanecen, por ejemplo, el uso de contención mecánica como medida terapéutica. ¿Nos deja tranquilos gracias al uso de protocolos? ¿O deberíamos seguir pensando la contención como el fracaso de nuestro oficio, una medida a eliminar porque vulnera los derechos más elementales? Se preguntaba Ana Moreno, en un Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Blanco Prieto, 2015).

En un estudio, auspiciado por la OPS/OMS y la Brown University (Provindece, EE.UU.), sobre las actitudes éticas de los psiquiatras en España (la muestra fue la totalidad de los psiquiatras de la Asociación Española de Neuropsiquiatría), se reflejó que:

- El 18% de los psiquiatras consideran que en España no se respetan los derechos de los pacientes.
- Entre el 13% y el 16% conocen casos de abusos por motivos ideológicos o raciales (por causas políticas en tiempos de Franco, colaboradores de ETA en la actualidad; gitanos, magrebíes, portugueses).
- El porcentaje de los psiquiatras que conocen la existencia de abusos sexuales a pacientes es del 58%.
- Los abusos económicos son informados por el 63%, aunque no queda claro a qué se refieren.
- Los psiquiatras tienden a adoptar una ética paternalista en la que prima la supuesta protección del paciente visto como un incapaz sobre el respeto a sus derechos como persona (Desviat, González, Levav, y Khon, 1999).

Las características del enfermo mental y de las instituciones de atención asistencial, así como la pérdida o depreciación de su ciudadanía por estereotipos sociales y profesionales pone al trabajador de la salud mental en encrucijadas éticas desde el momento del diagnóstico al de los procedimientos terapéuticos: ante la tutela, los peritajes, la protección de unos o de otros, el supuesto riesgo

social, la voluntariedad. Todo ello ocurre en condiciones que, en definitiva, los ubica en situación de poder ser perpetradores de violencia.

Ante esto, no cabe sino insistir en que la curación, o el tratamiento, no puede ser a cualquier precio. El acto médico no se agota en la técnica terapéutica: es necesario respetar la dignidad del paciente. Toda persona tiene derecho a decidir qué debe hacerse con su cuerpo y con su vida. Y no siempre lo que piensa el profesional es considerado lo mejor por el paciente. A veces, la «pedagogía» terapéutica y rehabilitadora vulnera la dignidad y la autonomía del paciente, en pro de conseguir resultados o a mecanismos defensivos del profesional o de la institución. Lo que nos remite a la cita de Adela Cortina con la que he abierto la cuestión de la ética y la ley. La ética no es una cuestión de buenos y malos). Es responsabilidad de profesionales de la salud el cuidado ético en su práctica, pero, sobre todo, lo es de la sociedad toda y de sus gobiernos el que sus leyes garanticen el derecho a la personalidad civil y a la capacidad jurídica, el derecho a recibir la mejor atención disponible y el tratamiento apropiado y menos restrictivo y, principalmente, el derecho a vivir, trabajar y recibir asistencia en la comunidad, en el lugar de todos.

El cuidado, la defensa de los derechos humanos, la protección de los sujetos más frágiles, el respeto a las diferencias, a los excluidos, al otro, al extranjero no es un acto benéfico, no es un privilegio del poder del dinero o de la política. Nadie tiene el poder ni el privilegio de dar nada a nadie, todo el mundo tiene todos los derechos, dijo hace tiempo Jean Paul Sartre en el prólogo a un libro en otro tiempo famoso, *Los condenados de la tierra*, de Franz Fanon (Fanon, 1963). Sin dignidad la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad. La dignidad y el coraje de una sociedad, señala Paco Pereña, se verifica por el modo como acoge la marginación y la locura (Pereña, 1998).

## ¿No hay un afuera? ¿Es el fin de la historia y de las civilizaciones que predicaban Francis Fukuyama<sup>12</sup> y Samuel P. Huntington?

---

*Hay una lucha de clases, por supuesto, pero es mi clase, la clase de los ricos, la que dirige la lucha. Y nosotros la estamos ganando (Warren Buffet).*

El hecho es que nos encontramos, tras décadas de reforma sanitarias, en un momento de involución social, en un escenario mundial donde unos pocos que controlan el capital financiero y las instituciones internacionales del dinero están imponiendo un pensamiento acrítico, pragmático y consumista, al tiempo que fuerzan a los gobiernos a desmontar las prestaciones universales sanitarias y sociales, la educación, las pensiones y a reformar el mercado de trabajo, precarizando los empleos. En 1999, en el epílogo a la edición brasileña de *La Reforma Psiquiátrica*, Desviat (1999) señalaba que el riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública alternativa –así como para la salud pública en general– provenía, por un lado, de la crisis de su soporte principal –los servicios sanitarios, sociales y comunitarios del llamado Estado de Bienestar– y, por otro, de la evolución fármaco-dependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría. Dieciséis años después, lo que era un riesgo se ha convertido en realidad en buena parte del mundo y, en especial, en los países de la UE, cuyas señas de defensa de los derechos democráticos y el Estado de Bienestar; así como una relativa independencia del conocimiento, en la enseñanza universitaria y en la investigación.

---

12. ¿El final de la historia? *The National Interest*, 1989. Una traducción castellana del ensayo de Francis Fukuyama ¿El fin de la historia?, puede encontrarse en *Claves de Razón Práctica*, nº 1, abril, 1990. En 1992 se publica en forma de libro bajo el título, *The End of History and the Last Man*. Fukuyama, politólogo neoliberal a sueldo del Departamento de Estado y de las más potentes Empresas Transnacionales de EE.UU. (La Rand Corporation), considera que el derrumbe de la Unión Soviética y el consiguiente triunfo del liberalismo a escala mundial lleva necesariamente al fin de la Historia, y por tanto, al fin de las ideologías, pues la única ideología posible, viene a decir, es la que dictan los mercados. Una ideología que se complementa, por aquellos días, con el fin de las civilizaciones, tesis de otro propagandista neoliberal, Samuel P. Huntington, que plantea erradicar la diversidad cultural a nivel planetario, un etnocidio que nos lleve a una sola cultura, la norteamericana, en un mundo globalizado.

Una realidad que nos obliga, tanto en el plano político como en el técnico, a replantearnos las líneas de acción y a diseñar una nueva estrategia si queremos hacer sostenible un modelo de salud mental universal, comunitario, varado en una clínica que tenga en cuenta al sujeto y a la colectividad. Lo que nos lleva, en primer lugar, a revisar qué quedó en el camino de la reforma psiquiátrica, qué no se ha desarrollado suficientemente y en qué fracasamos. En este punto surgen varios aspectos a tener muy en cuenta, en particular sobre la participación de los usuarios y de la comunidad en el proceso de reforma, en la planificación, en la gestión, en la asistencia; algo considerado condición de posibilidad del modelo comunitario. Y, sin embargo, sabemos que, en la mayoría de los casos, la participación ha sido escasa y poco representativa, que la involucración en la planificación, en la gestión, en los procesos asistenciales de los usuarios y de la población en general ha sido poca o inexistente. Son pocas las poblaciones que se han empoderado de la salud mental, y a nivel nacional tan solo conozco Brasil, con todas sus desigualdades en la implantación. Esto nos ha hecho tremendamente vulnerables, facilitando la destrucción de la sanidad pública y de los sistemas nacionales de salud, empezando por el National Health Service (NHS) del Reino Unido, país que fue pionero en la socialización de los servicios sanitarios y sociales, y pionero en su derribo.

Las preguntas del por qué están, sin duda, en el paternalismo profesional y político, pero también, en la propia comunidad, en la pérdida progresiva del lazo social de las poblaciones, que hace que el destino personal no se vincule de ninguna manera con el destino colectivo, fragmentando la sociedad y privatizando la demanda en provecho de la globalización económica. Esto último sin olvidar, la responsabilidad de la propia «salud mental comunitaria», que a veces se ha limitado a una simple reordenación del territorio. Decíamos antes que lo biopsicosocial por sí solo no basta, menos aún la rehabilitación basada en la «normalización» (pero ¿qué es normal cuando lo normal es la diversidad?). Ambos pueden llegar a ser un obstáculo en cuanto dan una supuesta certeza «teórica» a la acción comunitaria y, en el caso de la rehabilitación, un criterio de recuperación ilusorio, de mera ficción. [U1] La urgencia desinstitucionalizadora impuso unas prioridades, pero ahora las prioridades son otras. La asistencia no puede basarse en rígidos protocolos psicoeducacionales [YC2], miedosos de la libertad del enfermo, en muchas ocasiones custodiales, ni la clínica gravitar entre la farmacología y el consejo.

Es precisa una clínica de la escucha, asentada en técnicas demostradas y una formación de los profesionales que la haga posible; una terapia, siempre negociada, contractual con el paciente, en donde el diagnóstico sea una orientación y una pieza administrativa que no cierre nada; una clínica que rompa con una práctica trabada en la normalización y la disciplina. Lo que no supone una descalificación del conocimiento biomédico, sino una re-significación que vaya más allá de la hegemonía hospitalcentrista y organicista e incorpore no solo una visión plural del conocimiento psiquiátrico psicológico, sino también los saberes del propio sujeto enfermo. Sin embargo, una nueva clínica tiene que recuperar elementos que fueron en el origen primordiales: la salud pública y el equipo. Todas las reformas primigenias iniciaron sus programas con herramientas propias de la salud pública, desde la política de sector francesa a la psiquiatría comunitaria de EE.UU. El trabajo en los distintos niveles de atención –la promoción y la prevención, el diagnóstico comunitario, el riesgo y los factores de riesgo– han sido abandonados o tan solo considerados en investigaciones, sobre todo epidemiológicas, como ha sido abandonado el trabajo en equipo, aquel pilar sobre el que se armaba toda la actividad comunitaria. En mi opinión, es a partir de una organización de los servicios de salud constituida por equipos –que sean sujetos de una praxis, unión de teoría y práctica que rompa la brecha entre quienes teorizan y entre quienes trabajan con los pacientes y su entorno–, desde donde será posible elaborar una nueva teoría que sirva a una nueva práctica.

El trabajo en equipo, desde una dimensión autogestionaria, y una clínica más plural, *una clínica ampliada*, se viene realizando por equipos de atención primaria en Brasil, dado que es uno de los objetivos marcados por el Ministerio de Salud. Este constituye uno de los elementos del Método Paideia que, junto con La Política Nacional de Humanización, fue adoptado por el Sistema Único de Salud (SUS) como instrumento para una mejora técnica y ética de los servicios públicos de salud.<sup>13</sup> Paideia parte de un concepto antiguo, oriundo

---

13. El tema de la humanización en el campo de la salud, fue impulsada en Brasil por la Política de Humanización de la atención en la gestión de la salud, conocida como HumanizaSUS, con el objetivo de provocar innovaciones en las prácticas gerenciales y de producción de salud en los diferentes equipos/colectivos implicados en la producción de salud, para «superar límites y experimentar nuevas formas de producción y circulación del poder» (Brasil, Ministerio da Saude, 2009). Ver: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

de la Grecia clásica, que significa desarrollo integral de las personas. El objetivo de este es asegurar la capacidad de decisión de los sectores involucrados en un proyecto –equipo técnico, grupos vulnerables, comunidad, movimientos organizativos, instituciones...–, procurando nuevos patrones de relación sociales entre las personas –de poder–. La Acción Paideia basa su metodología en la construcción de vínculos formalizados mediante contratos de trabajo entre el equipo técnico, los grupos de usuarios y las organizaciones donde se establezcan las responsabilidades respectivas y los temas prioritarios que van a constituir los proyectos de intervención conjunta. La clínica ampliada que se propugna desde Saúde Coletiva se centra en el paciente y no en la enfermedad, teniendo presente el medio social y político, considerando la subjetividad en la práctica sanitaria general. Esta es una subjetividad negada en la psiquiatría biológica, pero también por el cognitivismo más duro, anclado en la metáfora cibernética y en el reduccionismo sociologizante de muchos programas comunitarios (Campos, 2013). La Acción Paideia y la clínica inauguran una nueva forma de entender la organización y la clínica, estableciendo una gestión colegiada en los equipos de salud, con una relación horizontal y participativa con la población a la que atienden. Puede posibilitar a los diferentes colectivos y equipos implicados en la salud mental innovaciones en las prácticas gerenciales y en las prácticas de producción de la salud y experimentar nuevas formas de organización de los servicios y nuevos modos de producción y circulación del poder.

## **Hay que cambiar las reglas de juego**

*Cuando algo es necesario e imposible (con las actuales reglas de juego), hay que cambiar las reglas de juego. Así, lo imposible puede llegar a ser posible (Ibáñez, 1997, p. 395).*

La psiquiatría y la psicología clínica se encuentran en un momento de crisis, de incertidumbre, con respecto tanto al conocimiento como en relación con el objeto de su actividad y sus límites; una crisis a la que nos ha llevado la ausencia, cada vez mayor, de una teoría sobre la enfermedad y su tratamiento. Hay que recuperar la psico(pato)logía, como le gustaba decir a Castilla del Pino, desde nuevos fundamentos y marcos conceptuales y construir una clínica del sujeto en



su contexto social, una clínica de lo subjetivo, lo social y lo político, para poder responsabilizarse del malestar del sujeto con un paradigma técnico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica y una asistencia que hay que inscribir en la salud pública, tan presente en nuestros primeros andares en lo comunitario. En el pensar en salud y no la salud como bien dice Mario Testa (1989).

Las políticas de salud son en la actualidad uno de los grandes debates técnicos y político-económicos, debate a nivel internacional y nacional que enfrenta dos formas de entender la sociedad y de pensar la salud. Hay dos formas de entender la salud y sus modelos de atención, dos formas de pensarla como sanitarios y como ciudadanos: como una responsabilidad individual o como un asunto social, colectivo. Estas dos formas corresponden a dos modelos asistenciales y a dos modelos de Estado; atraviesan toda la historia de la sanidad y la salud pública y que en salud mental se complementan con otra confrontación: ¿Qué enferma el cerebro o el alma? ¿Mente sin cerebro o cerebro sin mente? Controversia que, en este último caso, refleja la tensión de la cohabitación forzosa entre las llamadas ciencias puras y las ciencias humanas, y en los modelos asistenciales, la manera de entender la estructura política, económica y social de la que dependen las ideologías sanitarias en cada país y en cada época.

Tenemos, pues, para pensar la salud, un eje político: la organización sanitaria, y un eje clínico-psicopatológico; dos ejes que han sido determinantes del modelo asistencial, del modelo de la atención a la salud mental, a los que se añade, cada vez con más presencia, un nuevo eje: el empoderamiento ciudadano, la implicación de la población en las formas de gestionar la salud y la enfermedad. Tres ejes y una consideración moral: una sociedad define su talante moral por la forma en la que cuida a sus sujetos más frágiles. De este modo, lo que ha puesto de manifiesto la crisis financiera actual es el modelo de sociedad. Lo que está en juego es el tipo de sociedad en la que queremos vivir. Los publicistas de los que gobiernan el mundo plantean que no hay un afuera del sistema actual, pero como decía el sociólogo Jesús Ibáñez, «cuando algo es necesario e imposible (con las actuales reglas de juego), hay que cambiar las reglas de juego. Así, lo imposible puede llegar a ser posible» (1997, p. 395). La reforma sanitaria y psiquiátrica, a contracorriente de la política neoliberal, no pudo cambiar las reglas del juego. El futuro de una sanidad y una salud mental comunitaria está en la reforma de la reforma, está en construir una clínica nueva, que dé paso a una salud mental colectiva, donde se recuperen principios primigenios de

la Reforma Psiquiátrica y se desarrollen nuevas alternativas acordes con una sociedad más igualitaria y justa: una clínica que una subjetividad y colectividad, y donde la «curación» no lo sea a cualquier precio.

## **Referencias**

- Álvaro, D. (2010). Los conceptos de «comunidad» y «sociedad» de Ferdinand Tönnies. *Papeles del CEIC*, 52, pp. 1-23.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *Archivos de Saúde Mental E Atenção Psicosocial*. Rio de Janeiro: NAU, pp 45-66.
- APA. (1990). *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- APA (2014). *DSM V*. Madrid: Panamericana.
- Auge, M. (2010). *La Communauté illusoire*. Paris: Payot & Rivages.
- Blanco Prieto, M., Dieguez Porres, M., Fernandez Liria, A., Mirapeix Bedia, I., Moreno Pérez, A., Ortiz Sánchez, D., Ruiz Murugarren, S., Sanchez Pascua, M. (2015). El enfoque de derechos humanos y éticos en el hospital general. En T. Angosto, & V. Aparicio, (Eds.), *El componente de salud mental en el hospital general*, pp. 351-390. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bleicher, T. (2015). *A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de Sistema Local de Saúde*. Universidad Federal y Estadual de Ceará.
- Bloch, S. & Chodoff, P. (eds.) (2001). *La ética en psiquiatría*. Madrid: Editorial.
- Brasil, Ministerio da Saude (2002). *Relatório final III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministerio da Saude (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministerio da Saúde.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Campos, G. W. (2013). Prefacio. En L. Frizon Rizzoto (ed.), *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90*, pp. 9-11). Sao Paulo: Hucitec.

- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, 11, pp. 73-114.
- Cortina, A. (1995). Ética empresarial y opinión pública. *Claves de Razón Práctica*, (56), pp. 48-55.
- Damasio, A. (2010). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Daumezon, G. (2000). El encuentro de la perversión por el psiquiatra. En: P. Aulangier *La perversión*, pp. 7-18. Barcelona: Azul.
- Debord, G. (1990). *Comentario sobre la sociedad del espectáculo*. Barcelona: Anagrama.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol. XXX, núm. 105, pp.125-133
- Desviat, M., González, C., Levav, I, Khon, R., Moreno, P. (1999). Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública*, 11, 5-6. pp. 147-156.
- Fanon, F. (1963). *Los condenados de La Tierra*. México D.F.: FCE.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Frizon Rizzoto, L. (2013). *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90*. Sao Paulo: Hucitec.
- Galende, E. & Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: El lugar Editorial.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gracia, D. (1995). *Tiempos difíciles, decisiones difíciles*. Bilbao: Asociación para la Defensa de la Salud Pública.
- Enry Ey H. (s.f.). *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Hardt, M. & Negri, A. (2004). *Multitud*. Barcelona: Mondadori.
- Ibáñez, J. (1997). *A contracorriente*. Madrid: Fundamentos.
- Kraut, A. J. (2010). Derechos específicos de las personas con trastornos mentales. *Revista de Derecho Privado Y Comunitario*, núm. 1, pp. 119-124.
- Mukherjee, S. (2011). *El Emperador de todos los Males. Una biografía del Cáncer*. Madrid: Taurus.

- OMS (2003). *Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)*. Ginebra: OMS.
- Onocko Campos, R. (2013). *Psicoanálise & saúde coletiva*. Sao Paulo: Hucitec.
- OPAS/OMS (2001). *Rélatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepção; Nova Esperanza*. Brasília: OPAS/OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. 1a Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde (Vol. 1).
- Parada, M., Reyes, C., Cuevas, K. & Ávila, A. (2014). Transformaciones del sistema de salud público post reforma AUGE-GES en Valparaiso. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18(2), pp. 127-139.
- Pereña, F. (1998). Valor del acto en la discapacidad. *Psiquiatría Pública*, 10(5), pp. 275-279.
- Platón (1998). *Diálogos IV República*. Leganés: Gredos.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades*. Río de Janeiro: TeCorá.
- Szasz, T. (1981). *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets.
- Testa, M. (1989). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Delegación OPS en Argentina.
- Tönnies, F. (1988). *Community & Society*. New Brunswick: Transaction Books.
- Vasconcelos, E. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. Sao Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. (2012). Crisis mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica. *Cad.Bras.Saúde Mental*, 4(8), pp. 8-21.
- Zambrano, M. (1996). *Persona y democracia*. Madrid: Siruela.



# **02**

## **Contextos de vulnerabilidade y salud mental: una perspectiva de la determinación social, la salud y el cuidado territorializado**

---

**Magda Dimenstein**  
**Jader Ferreira Leite**  
**Candida Bezerra Dantas**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte |  
mgdimenstein@gmail.com | jaderfleite@gmail.com |  
candida.dantas@gmail.com

**Kamila Almeida**  
Universidade Potiguar | kamilisqueira@gmail.com

**João Paulo Sales Macedo**  
Universidade Federal do Piauí | jpmacedo@ufpi.edu.br

Las condiciones de pobreza, desigualdad y vulnerabilidad de las poblaciones marcan históricamente a América Latina y Brasil. El desempleo, el trabajo precario, el hambre, la falta de vivienda, la salud debilitada, la invisibilidad social, la falta de acceso a los derechos sociales básicos y la violencia son condiciones a las cuales son sometidos cotidianamente los niños, los adolescentes, los jóvenes, las mujeres, los hombres y las personas mayores que viven en la periferia urbana, las zonas rurales, las viviendas informales, los campamentos del Movimiento Sin Tierra (MST) y las calles de las grandes metrópolis.

Un estudio reciente del Banco Mundial sobre la pobreza crónica en América Latina reveló que uno de cada cuatro latinoamericanos son pobres crónicos, lo que significa que nunca lograron salir de esa condición de pobreza. Son los olvidados aquellos que no fueron y que probablemente nunca serán beneficiados por las tasas de crecimiento económico de la región (Vakis, Rigolini y Lucchetti, 2015). Por otro lado, la región figura como la más desigual del mundo, con 10 de los 15 países con los peores índices de desigualdad.

En el caso particular de Brasil, los anuncios gubernamentales y los institutos oficiales de investigación indican una mejora significativa en los indicadores sociales en las últimas décadas. Comparando los indicadores utilizados por el «Programa Bolsa Família» (PBF) y el Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010), ambos indicaron una disminución del 55% en la tasa de pobreza entre el 2001 y el 2011. Sin embargo, aunque los avances en el campo social son indiscutibles, el país aún se mantiene entre los 15 países más desiguales del mundo y, según proyecciones, tomaría por lo menos más de 20 años de crecimiento elevado para alcanzar niveles más igualitarios. Además, es importante considerar que el incremento en la renta de los más pobres tiene como base valores mucho más bajos que los definidos por las organizaciones económicas como cantidad necesaria mínima para el acceso a una condición de existencia digna. Las líneas de pobreza se basan también en indicadores extremadamente bajos y son utilizadas como criterio para la inclusión de segmentos poblacionales en las acciones para el combate contra la pobreza en los que se seleccionan a los más pobres entre los pobres.

La pobreza en el país también cuenta con importantes matices geográficos. Brasil posee una tasa de pobreza crónica del 20%. Sin embargo, si tomamos algunas diferencias geográficas, obtendremos que el estado de Santa Catarina

tiene una tasa de pobreza crónica de aproximadamente 5% y Ceará tiene un índice alarmante del 40% de sus habitantes. Sobre el tema de la pobreza rural y urbana, un dato importante es que en Brasil, por cada pobre crónico, dos viven en la zona urbana. No obstante, las condiciones de vida del pobre rural son las peores, debido a la dificultad de acceso a las políticas y a los servicios (Vakis *et al*, 2015).

La pobreza, en este trabajo, se comprende desde una perspectiva multidimensional, que no se restringe a la insuficiencia de ingresos. Esta se refiere a la falta de acceso a los bienes, productos y políticas, siendo un fenómeno complejo relacionado a la exclusión social, la indigencia, la separación, el debilitamiento de los lazos sociales y de pertenencia, la violencia, la destrucción ambiental, el aislamiento y la injusticia, aspectos que afectan en las formas de subjetivación, en la reproducción intergeneracional de las condiciones de vida y movilidad social.

En esta perspectiva es evidente que los contextos de pobreza afectan negativamente la salud, y las políticas, los programas y las acciones no pueden estar desligados de los aspectos socioeconómicos de la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la injusticia social como una de las grandes causas de la desigualdad que interfiere directa e indirectamente en las condiciones de la salud y enfermedad de las poblaciones alrededor del mundo. Por lo tanto, abarcar las determinaciones sociales de la salud se muestra como un desafío importante en la formulación de políticas sociales para enfrentar las desigualdades, con repercusiones importantes en términos de territorialización y la integración de la atención en salud mental.

Sin embargo, cabe resaltar que las determinaciones no ocurren necesariamente en una serie continua de pobreza y malas condiciones de salud; es decir, no existe una correlación directa entre los indicadores de riqueza de una sociedad y los indicadores de salud, debido a que poseer un PIB (Producto Interno Bruto) elevado, por ejemplo, no necesariamente garantiza indicadores de salud satisfactorios (Buss y Filho, 2007). Brasil, por ejemplo, está compuesto por áreas que presentan condiciones extremas de desarrollo humano, cuyo Índice de Desarrollo Humano (IDH) se aproxima al mejor y al peor índice a nivel mundial. No obstante, Barcellos (2009), resalta que la asociación entre el IDH y los datos estadísticos sobre la calidad de vida con la prevalencia y persistencia



de los problemas de salud no se dan de forma lineal, error cometido por los estudios que enfatizan la relación directa entre los indicadores sociales y los indicadores epidemiológicos.

En el intento por escapar esta visión lineal y reduccionista, entidades como el Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) proponen sustituir el término «determinantes sociales» por la expresión «determinación social», esta última entendida como forma de asimilar las múltiples determinaciones que inciden sobre una realidad concreta y, consecuentemente, sobre las condiciones de salud de una determinada colectividad. El concepto de «determinación» trae como supuesto fundamental que la comprensión de la salud humana debe pasar por el análisis interdisciplinario de las formas de organización de una sociedad, su estructura social y económica, entendiendo que esta subordina la dimensión natural de la producción de la salud, la enfermedad y el cuidado. Según Barcellos (2009), la determinación social y económica de la salud involucra no solo indicadores de desigualdad social y pobreza, sino que también contempla cuestiones como la presencia, la calidad y accesibilidad de y a los servicios y acciones de salud pública y a los recursos comunitarios, y además, se comprende la configuración de los barrios o el grado de integración y el soporte social presente en una comunidad.

De esta forma, Almeida-Filho (2009) estipula que las desigualdades de la salud se sitúan en el centro de la relación entre las condiciones de vida, los recursos sociales, el cuidado de la salud y el estado de salud, lo cual nos direcciona hacia tres grandes dimensiones. La primera dimensión sería la esfera poblacional asociada a una amplitud territorial, en la que se incluyen datos individuales y colectivos; la segunda dimensión referente al micro ámbito social (familia, barrio, relaciones sociales, etc.) y al macro (clase social, estrato), y una tercera dimensión simbólico-cultural relacionada a las subculturas, los valores, los modos de vida y a los grupos étnicos. A partir de estos tres planos de la realidad es posible identificar la determinación de las situaciones y condiciones, las prácticas de producción social y la construcción social de los significados que giran en torno de la salud y conforman las causas y los efectos de la injusticia e inequidad.

De acuerdo con lo anterior, es necesario profundizar en un *modus* territorial de comprender los procesos salud-enfermedad-cuidado, a partir de sus determinaciones, incluso considerando aspectos relacionales y de la vida cotidiana en las comunidades. Lo anterior requiere la elaboración de diversos niveles de intervención que van desde políticas más amplias que apunten a la disminución de la estratificación social, pasando por políticas de salud fundamentadas en la garantía de la equidad, universalidad e integridad, hasta programas transversales de fortalecimiento comunitario y aumento del capital social que valoricen los vínculos sociales y la participación popular en la toma de decisiones de la planificación urbana y el control social de las políticas públicas. Para esto, es importante reconocer los límites de una perspectiva que se fundamenta simplemente en la correlación de factores macrosociales fragmentados (enfoque utilitario de la problemática) y abrirse a la comprensión de la amplia determinación de los procesos cotidianos de las enfermedades y el sufrimiento.

Es así que, en este capítulo, se busca discutir algunos elementos que pueden contribuir para un abordaje territorial en el cuidado de la salud mental que favorezca la producción de salud, autonomía y el ejercicio de la ciudadanía. Por lo tanto, partimos de la perspectiva de la Determinación Social de la Salud que considera imprescindible la identificación de la historia, los ritmos y particularidades de los territorios, la realización de análisis situacionales de las necesidades sociales y de la salud de una población articulada a las condiciones de vida; sea en el escenario de los grandes centros urbanos, sea en las zonas rurales. De esta manera, compartimos los resultados de investigaciones realizadas en estos territorios: una comunidad urbana de una ciudad de gran porte y asentamientos de la reforma agraria en dos estados del nordeste de Brasil. Al final, señalamos la necesidad de una mayor inversión en la producción de trabajo integral y formulado localmente por las Redes de Atención a la Salud (RAS), a partir de estrategias que amplíen y profundicen las relaciones entre la atención psicológica y salud primaria, con el suficiente impacto para romper con el racionamiento hegemónico universal en el que determinadas formas de conocimiento del mundo, prácticas sociales y modos de vida son naturalizados.

## **Territorialización del cuidado en salud**

La contextualización del proceso salud-enfermedad-cuidado está íntimamente relacionada con la territorialización. A partir de Santos y Rigotto (2010), podemos decir que:

[...] la tarea que adquiere la territorialización, por lo menos, tiene tres sentidos diferentes y adicionales: demarcación de los límites de las áreas de actuación de los servicios, reconocimiento del «ambiente» de la población y de la dinámica social existente en esas áreas y el establecimiento de relaciones horizontales con otros servicios adyacentes y verticales (p. 392).

Por lo tanto, se toma el territorio como campo de fuerzas heterogéneas, delimitación espacial de las relaciones de poder y de las desigualdades, en el que el sustrato físico se convierte en un elemento mediador o condicionante. Este se configura entonces como una trama compleja entre procesos sociales y espacio material, escapando a la superación de la dicotomía socio-espacial, una vez que el territorio es un componente inseparable de los procesos sociales y no solamente un lugar en donde estos se desarrollan.

Este carácter intrínsecamente relacional del territorio le confiere una característica dinámica que no se fundamenta en la estabilidad o en el arraigo, pero contempla el flujo, los movimientos, los arreglos, las conexiones y, por lo tanto, es caracterizado por la heterogeneidad que varía por el crecimiento demográfico, ya sea por la migraciones cada vez más frecuentes o por el cambio en las formas de ocupación. Solo donde las relaciones sociales se llevan a cabo incesantemente y de forma particular, por más elementales o parciales que sean, llevan consigo elementos de las relaciones globales y trascienden de sus límites geográficos. En otras palabras, cada lugar es único porque combina diversos factores comunes de forma particular, configurando así relaciones que no pueden ser equivalentes a las de otros lugares.

De esta manera las condiciones de vida y, en consecuencia, de la salud, están fuertemente relacionadas con los espacios utilizados cotidianamente por las personas, donde circulan, viven y desarrollan sus actividades diarias. Un análisis de tales condiciones implica un diagnóstico del contexto en el que están configurados los problemas, las necesidades de salud y proyectos a futuro. Lo

anterior es un análisis de las «condiciones objetivas y subjetivas de la vida en un lugar, que pueden tener influencia o condicionar de forma directa o indirecta a las personas y objetos, dependiendo de cómo ellas están localizadas en el territorio» (Monken y Barcellos, 2007, p.181).

Por consiguiente, un *modus* territorial de comprender los procesos salud-enfermedad-cuidado a partir de sus determinaciones se aproxima a aquello que viene siendo denominado como «cuidados culturales», esto es, un cuidado sensible, congruente y competente. Como lo indica Spector (1999).

«Culturalmente sensible» implica que se poseen unos conocimientos básicos y unas actitudes constructivas hacia las tradiciones de la salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en que se está trabajando. «Culturalmente congruente» implica que se aplican los conocimientos anteriores subyacentes que se deben poseer para proporcionar a un paciente dado los mejores cuidados de salud posibles. «Culturalmente competentes» implica que dentro de los cuidados prestados se comprende y se presta atención a la totalidad del contexto de la situación del paciente. Es una compleja combinación de conocimientos, actitudes y habilidades (p.67).

Considerar tales elementos abre diversas posibilidades de ampliar las formas de comprensión sobre los procesos salud-enfermedad, incluso aspectos de aprendizaje que pueden configurarse como protectores y potencializadores del cuidado en el campo de la salud mental.

## **Condiciones de vida y salud mental en las ciudades**

La producción de un cuidado culturalmente sensible se vuelve aún más desafiante cuando consideramos la dinámica y características del contexto urbano. Con el acelerado crecimiento poblacional en zonas urbanas, se vuelve obligatorio investigar y buscar comprender cómo las desigualdades sociales y las condiciones de vida en las ciudades están entrelazadas en esta cuestión compleja de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Hoy en día, con gran parte de la población mundial residiendo en las ciudades, la relación entre contextos urbanos y de salud, bienestar y calidad de vida se hace cada vez más compleja.

Galea y Vlahov (2005) argumentan que el análisis de cómo la vida en la ciudad impacta la salud de sus habitantes puede partir de tres grandes categorías

entrelazadas entre sí: el ámbito físico: diseño urbano, infraestructura, ambiente construido, morada, condiciones atmosféricas y climáticas, calidad del agua, parques, etc.; el ambiente social: tensión y cohesión social, grado de servicios sociales, segregación espacial, desigualdades sociales; y el acceso y disponibilidad a servicios sociales y de salud; inequidad en la distribución de los recursos y servicios, dimensión de las redes asistenciales, accesibilidad. La conexión entre estos elementos es compleja y contextual, lo cual dificulta generalizaciones. Así, el modo como grupos y personas encaran los factores de estrés urbanos, por ejemplo, dependerá de la asociación entre diferentes aspectos como contextos sociales, condiciones económicas, presencia de la red de servicios y recursos y de las oportunidades de tener acceso y ser beneficiario de los recursos disponibles.

Estudios realizados en Brasil destacan algunas problemáticas en este campo: la disposición y acceso a los servicios de la salud en el territorio urbano y metropolitano, asociaciones entre la disponibilidad de áreas verdes (espacios públicos arborizados utilizados para actividades físicas y recreativas) y la aparición de enfermedades cardiovasculares, síntomas de depresión, índices de criminalidad y vulnerabilidad social, la relación entre el envejecimiento de la población y las condiciones urbanas adaptadas a este grupo generacional, estudios sobre movilidad y accesibilidad, gestión urbana, gobernabilidad y planeamiento urbano de ciudades saludables y análisis espaciales de vectores de enfermedades infectocontagiosas y de áreas en riesgo del dengue, entre otras (Baeninger, 2010; Furtado, Krause y França, 2013).

En el último censo del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), realizado en 2010 –de los casi 191 de millones de habitantes– cerca de 170 millones residen en áreas urbanas, lo cual significa que el 85% de la población está ubicada en la urbe. En 1960, este porcentaje era apenas del 45%, lo que nos da una dimensión de la velocidad del proceso de urbanización de Brasil. Entretanto, el aumento de la población urbana no fue acompañado por una oferta adecuada de infraestructura y servicios, ocasionando también la elevación en la cantidad de viviendas inadecuadas, polución atmosférica y de los cuerpos hídricos, desgaste del capital social, impacto en la estratificación social, condiciones de trabajo, etc. (CNDSS, 2008).

Además de lo anterior, se ha observado que el aumento en el proceso de periferización y una desconcentración espacial de la población en el que el

crecimiento de las áreas del entorno de las sedes metropolitanas y regionales se intensificó en los últimos años (Batistella, 2007). Se observa también un incremento en la tendencia de la llamada «dualización social»: disminución del grado de mezcla social ocasionada, por un lado, por la auto segregación de los estratos altos a través de la construcción de condominios y barrios cerrados; por otro lado, por el desplazamiento de los estratos medios e inferiores hacia otras localidades (Ribeiro, Rodrigues y Corrêa, 2009). En este escenario además se percibe el deterioro de las redes comunitarias de participación social y de los lazos de confianza, un factor que incide sobre las inequidades de la salud. De esta manera, observamos la configuración de ciudades extremadamente desiguales e injustas, demarcadas por los fuertes intereses del capital inmobiliario y una débil capacidad del estado para regular y distribuir. Esto quiere decir que, a pesar de que el crecimiento urbano posibilite el desarrollo de servicios y espacios, la urbanización brasileña carga una fuerte marca de la desigualdad social, del despojo y la pobreza, la exclusión social y el desorden territorial, lo que ocasiona una restricción del acceso a la infraestructura urbana, la precarización de las instalaciones sanitarias y de las condiciones de habitabilidad (Franco-Netto y Alonzo, 2009) las cuales van a repercutir en el proceso salud-enfermedad-cuidado.

En tiempos de transición epidemiológica, la importancia de la salud mental no se puede obviar del debate acerca de las desigualdades e inequidades en salud: primero, porque las enfermedades mentales actualmente son una de las mayores causas de morbilidad –se prevé que la depresión será la mayor causa de discapacidad en el 2020 y del aumento en las tasas de mortalidad–; segundo, porque la salud mental sufre los efectos del lugar (Santana, 2014). De acuerdo con el *Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020*, publicado por la Organización Mundial de la Salud en el 2013 (OMS, 2013), los determinantes de la salud mental no son solamente aquellos componentes de carácter individual, como el grado de habilidad personal para controlar las emociones –los sentimientos, las actitudes y las relaciones sociales–, sino que también abarcan elementos de carácter cultural, social, económico, político y ambiental. La calidad de las condiciones de vida con relación a los ingresos y al empleo, vivienda, transporte, educación, asistencia social, servicios de salud y el nivel de cohesión social impactan el bienestar y la salud mental de

las personas. En escenarios de desigualdades sociales hay, consecuentemente, grupos de la población más o menos expuestos a riesgos para el desarrollo o incremento de trastornos mentales.

Gomes (2012) hace referencia a los determinantes de la salud mental como componentes que, además de ocasionar problemas de salud mental también son consecuencias de esos problemas –factores tales que el autor categoriza en cuatro campos: los factores y experiencias individuales, la esfera de las estructuras y de los recursos sociales, los valores culturales y el nivel de las interacciones sociales—. Por lo tanto, es en las ciudades donde encontramos los determinantes más relevantes de la salud de las poblaciones, ya que dependiendo del grado de intensidad y de la organización de la urbanización, de la cohesión y del capital social, de la estructuración de los sistemas de salud, de la dirección de la planeación urbana, de las variaciones en la forma de gobierno y de la distribución de los recursos, los habitantes de las ciudades pueden vivenciar una situación de mayor o menor vulnerabilidad en los problemas de carácter emocional. Según Santana (2014):

[...] existen fenómenos o factores que aumentan la vulnerabilidad de los problemas psicológicos; algunos ejemplos de esto son el aumento de la esperanza de vida, el creciente aislamiento de los ancianos, la desintegración social, el aislamiento geográfico y social (contexto), las alteraciones en las estructuras familiares, los obstáculos de vecindad asociados a los espacios urbanos desorganizados (contexto), el clima, las crisis económicas financieras relacionadas con los fenómenos de pobreza caracterizados por el desempleo, las condiciones precarias de vivienda, la limitación de la movilidad, oportunidades de vida reducidas [...], el aumento del estrés y de la presión social, todos susceptibles de impactar la salud o el bien estar (p. 61).

Por este motivo, existen innumerables estudios orientados a rastrear los trastornos mentales comunes (TMC), terminología utilizada con bastante frecuencia en la literatura de la epidemiología psiquiátrica para la caracterización de los cuadros sintomáticos que no tienen una patología orgánica asociada, cuyos síntomas principales son: insomnio, fatiga, quejas somáticas, dificultad para concentrarse «[...] que, además de causar un sufrimiento psíquico intenso, generan incapacidad funcional comparable, o hasta peor, a los cuadros crónicos ya establecidos» (Costa, Dimenstein y Keite, 2014, p. 146). Los llamados TMC corresponden a la mayor parte de la demanda de salud mental que llega a la

red de atención primaria, principalmente asociados a la ansiedad y depresión, demostrados, por ejemplo, a través de la utilización más frecuente del servicio.

La reciente investigación realizada por Gonçalves, Mari, Bower, Gask, Dowrick, Tófoli, Campos, Portugal, Ballester y Fortes (2014) consiste en el primer estudio multicéntrico en Brasil –São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre y Fortaleza– que analiza la proporción de prevalencia de TMC en usuarios de atención primaria y su asociación con factores socio demográficos. Las cuatro ciudades presentaron índices elevados de TMC, ansiedad y depresión, problemas ampliamente detectados en mujeres, desempleados y entre personas con poca escolaridad o salarios bajos, los cuales presentan mayor morbilidad psiquiátrica. Para los autores, las altas tasas de TMC se asocian con la violencia urbana generalizada y las condiciones socioeconómicas adversas, así como a la contaminación, los niveles elevados de ruido y la falta de áreas de ocio en las ciudades brasileñas. La contribución de este estudio es demostrar en comparación con otros países que cada región posee sus idiosincrasias con relación a los factores asociados al sufrimiento psíquico.

En este orden de ideas, Alves y Rodrigues (2010) destacan algunas esferas importantes en la definición de los determinantes sociales de la salud mental, a saber: empleo, educación, pobreza, vivienda, urbanización, discriminación sexual y violencia de género, exclusión social y estigma, cultura y acontecimientos estresantes en la vida. Teniendo en cuenta esas interferencias, los autores defienden la necesidad de las evaluaciones en salud mental que contemplen la comunidad, las familias, las franjas generacionales y los grupos de mayor vulnerabilidad a través del trabajo intersectorial. La prevalencia del TMC también fue asociada a la sobrecarga de trabajo doméstico de las mujeres y a las peores condiciones de vivienda, bajos ingresos y pocas actividades físicas y de ocio (Pinho y Araújo, 2012; Rocha, Araújo y Almeida, 2012). En otras palabras, la literatura ha mostrado que existe una fuerte correlación entre TMC y género y, en ese aspecto, las mujeres son más vulnerables que los hombres, especialmente las trabajadoras informales que llegan a representar un porcentaje mayor al 2,5% si se les compara con los trabajadores que poseen una vinculación formal, debido a que la informalidad está normalmente relacionada a peores sueldos, bajas calificaciones, incertidumbre acerca del mercado de trabajo y al sustento de la familia, entre otros, así como con la disolución de lazos familiares y comunitarios, ocasionando un desmoronamiento del apoyo social y del capital



social (Andrade, Wang, Andreoni, Silveira, Alexandrino-Silva, Siu, Nishimura, Anthony, Gattaz, Kessler y Viana, 2012). Esos ámbitos «representan un alto costo social y económico, ya que las incapacidades constituyen una causa importante de los días de trabajo perdidos, además de elevar la demanda en los servicios de salud» (Ludermir, 2005, p. 199).

El problema del impacto de las disparidades sociales y de la exclusión social sobre la salud mental es resaltado en gran medida cuando llevamos a discusión la problemática de los portadores de trastornos mentales crónicos y con un expediente largo de institucionalización, que componen una parte representativa de la clientela atendida por los servicios públicos especializados, tales como los Centros de Atención Psicosocial. Esas personas, que por lo general ya sufren de mucha discriminación, todavía tienen que lidiar con la pobreza, educación incipiente y la falta de protección social. De esta forma, evidenciamos que los usuarios de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) son afectados por varios factores que dan cuenta de las desigualdades socio espaciales y económicas, de los problemas de vivienda, de la exclusión, de las dificultades de acceso, etc., que solamente pueden ser consideradas como una perspectiva más amplia sobre la realidad en la que viven. El no considerar esos aspectos redundaría en la restricción del sufrimiento a los signos de enfermedades mentales, reforzando las discrepancias entre diagnóstico, planeación y acompañamiento de las acciones y las necesidades de la población, como también en la reproducción de la lógica estigmatizadora que produce aislamiento y acentúa la precariedad de las relaciones sociales y la violación de derechos.

Una investigación de carácter cualitativo y etnográfico realizada recientemente en el área urbana de una ciudad ubicada en el nordeste de Brasil, con el objetivo de investigar los impactos de la urbanización sobre la salud mental y el bienestar de la población bajo la perspectiva de la determinación social de la salud, detectó una serie de problemas en el territorio a partir del punto de vista de los habitantes y de los equipos de atención primaria del barrio. En la figura 1 es posible observar tales problemas en diferentes niveles de determinación (Almeida, 2015)

## Figura 01

### Determinantes sociales de la Salud y las Condiciones de Vida

#### Urbanización Brasileña

Planificación urbana y desigualdades sócioespaciales  
Apropiación privada de tierras públicas  
Periferización de la pobreza  
Autosegregación de los sectores superiores

#### Urbanización Natalense

Estado oligárquico  
Turismo internacional  
Mercado inmobiliario



#### Contexto del barrio y la comunidad

Expropiación de tierras y expulsión de habitantes  
Encarecimiento de las tierras  
Inversiones para turismo en masa  
Privatización de los espacios públicos  
Infraestructura urbana precaria  
Degradación ambiental  
Prostitución y explotación sexual  
Violencia y tráfico de drogas  
Trabajo informal  
Debilitamiento de la cultura popular  
Estigmatización territorial

#### Familia

Violencia de género  
Enfermedades infectoparasitarias  
DST's y SIDA  
Embarazo precoz  
Sufrimiento psíquico  
Uso abusivo de alcohol y drogas

Fuente: Elaboración propia

En la figura 1 se puede ver que la forma en la que el territorio está configurado –a partir de la historia de la producción del espacio urbano–, repercute en la conformación de las desigualdades sociales, que, a su vez, derivan en inequidades en la salud. Se entiende que la urbanización destinada a los intereses privados del mercado inmobiliario y turístico, en disminución de las inversiones de la función social de la ciudad es capaz de producir y empeorar las injusticias sociales. Ese escenario hizo evidente la asociación entre características sociales, económicas, territoriales y sufrimiento psíquico, asimismo la intersección entre salud, derecho a la ciudad y justicia social. De este modo, se configura un cuadro de sufrimiento urbano, tal como el que Saraceno (2010) valoró y que designa la relación dinámica entre el sufrimiento psíquico y la posición social de los sujetos –sobre todo en las grandes ciudades–. Por lo tanto, se trata de una categoría interpretativa que busca expandir la comprensión de la salud mental y superar el modelo linear biomédico que reduce su complejidad a una mera relación de causa y efecto, individualizante y a-histórica. Dicho modelo negligencia las diversas maneras de sufrimiento psíquico y social consecuentes de la exclusión social, la marginación, el estigma, la pobreza, el desempleo, las condiciones de vivienda, la falta de acceso a la protección social. Según Nossa (2008) los trastornos mentales son ejemplos paradigmáticos de medicalización de esos determinantes sociales.

No pretendemos reforzar una noción fatalista de que el ambiente urbano es esencialmente productor del sufrimiento, sino que buscamos formas de aprehenderlo como un campo potencial y como una herramienta para hacer frente a la enfermedad. Se trata de entender la ciudad como un espacio para la afirmación de los derechos –entendiéndolos como una *condición sine qua non* para la producción de la salud y el bienestar– y no solamente como un componente que los expropia. En esa dirección hallamos en esa investigación –tal como se había indicado anteriormente por otros investigadores–, aspectos elementales de la vida en la comunidad, tales como las relaciones cotidianas de vecindad, la apropiación del espacio público, las manifestaciones culturales y los espacios de encuentro como factores protectores para la salud mental que constituyen movimientos de resistencia y las potencialidades del lugar que permiten modos de vida contra hegemónicos en la ciudad y que además causan de forma directa un impacto en la salud. A continuación, discutiremos

algunas particularidades de las condiciones de vida y salud mental en el medio rural, específicamente en lo referente al consumo de alcohol y a los trastornos mentales comunes.

## **Salud mental en el medio rural brasileño**

En el ámbito académico existe una carencia de investigaciones dirigidas al estudio de las condiciones de vida y salud mental de las poblaciones rurales, específicamente en aquello que da cuenta de la incidencia de trastornos mentales comunes y el consumo de alcohol. Cuando se trata de habitantes de asentamientos de reforma agraria, la desinformación es incluso más evidente. Entretanto, ese grupo de la población presenta una considerable vulnerabilidad en la medida en que tiene una trayectoria de vida marcada por la ausente o precaria condición de reproducción social y una gran dificultad de acceso a las políticas y programas de salud, educación, seguridad, transporte, vivienda, organización de producción y asistencia técnica, a pesar de las acciones gubernamentales desarrolladas por el Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria (INCRA) para dar un sustento al desarrollo de los asentamientos. Además de eso, las poblaciones rurales, así como las urbanas, tienen estilos de vida particulares, son afectadas por condicionantes sociales y culturales que producen territorios singulares y requieren de atención especial cuando se trata del proceso salud-enfermedad-cuidado.

Estudios en un ámbito mundial apuntan al hecho de que los problemas de salud mental y el consumo abusivo de alcohol tienen mayor impacto negativo en los estratos de la población más desfavorecidos en cuanto al aspecto socioeconómico, dadas las situaciones de vulnerabilidad de esas poblaciones para las cuales los recursos sanitarios son más escasos (Rehm y Parry, 2009). También se ha comprobado la asociación de los TMC con eventos vitales productores de estrés como la falta de apoyo social y con variables relacionadas a las condiciones de vida, trabajo y perspectivas del futuro, tales como: poca escolaridad, menor número de bienes duraderos, condiciones precarias de vivienda, bajos ingresos, desempleo e informalidad en las relaciones laborales, aspectos determinantes en la vida en el campo (Costa y Ludermir, 2005).

Además de esos problemas, la falta de carreteras, de transporte adecuado, de medios de comunicación, los pocos recursos hídricos, la existencia de riegos ambientales tales como la destinación inadecuada de la basura, el uso de agro-tóxicos y la realización de quemas como forma para preparar el suelo para las plantaciones, es la realidad del medio rural y de muchos asentamientos en el país. En términos del Sistema Único de Salud (SUS), la población rural enfrenta problemas de acceso a los equipos de salud, no tiene cobertura satisfactoria del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) ni de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), provocando una carencia de retaguardia suficiente en términos de consulta, vacunación, exámenes clínico-laboratoriales, etc.

La Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Selva (PNSIPCF), aprobada en la 14ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en el año 2011, es un referente histórico en la salud y un reconocimiento de las condiciones y de los determinantes sociales del campo y de la selva en el proceso de salud/enfermedad de aquellas poblaciones. Sin embargo, actualmente existen muchos obstáculos para la implementación de esa política en los estados brasileños de forma tal que la universalidad, integridad y accesibilidad en el SUS sean garantizadas. En lo que concierne a la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), no existe una directriz establecida de atención y cuidado para la población rural, a pesar de constituir un colectivo cuyas especificaciones generan demandas particulares asociadas a las condiciones de vida y trabajo, y consecuentemente, de cuidado especializado en los casos de sufrimiento mental y dependencia química.

Teniendo en cuenta el impacto social, económico y familiar que los problemas de salud mental y el consumo problemático del alcohol producen, que no hay estudios orientados a la población asentada, con excepción de aquellos que relacionan la aparición de trastornos psiquiátricos al uso intensivo y prolongado de agrotóxicos, realizamos una investigación titulada «Condiciones de vida y salud mental en asentamientos rurales en el noreste de Brasil; diagnóstico, estrategias de cuidado y soporte en la red de atención primaria y psicosocial», vinculando los Estados de Río Grande del Norte/RN y Piauí/PI. Dicha investigación fue realizada en nueve asentamientos de RN y seis de PI; se hizo uso de diversas estrategias metodológicas, entre ellas rastreadores de TMC (SRQ-20) y de un patrón de consumo de alcohol (AUDIT); se tuvo como participantes a hombres y mujeres habitantes de aquellas áreas por encima de los 18 años,

así como también profesionales de la salud y asistencia social de los municipios de referencia de los asentamientos.

Se realizaron mapas de 1106 familias (375 de RN y 731 de PI), que en total representan 4093 individuos (1705 de RN y 2388 de PI), siendo 2031 hombres y 2062 mujeres. Una gran parte de las familias está compuesta por hasta cuatro miembros, que son católicos y se encuentran en un rango de edad entre los 30 y 50 años. Viven con un salario de entre medio y dos salarios mínimos. En cuanto a las fuentes de manutención, las familias asentadas cuentan con la agricultura familiar, reciben una pensión y participan en programas sociales de transferencia de ingresos como principales fuentes de ingresos, como es el caso de la Bolsa Familia. Pocas familias tienen acceso al Programa Nacional de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF) y cuando se trata de otros programas de crédito, casi la totalidad de los asentados no cuenta con la cobertura. El nivel de escolaridad predominante de los habitantes es la educación primaria, con un porcentaje considerable de analfabetos. Esas familias son mayoritariamente originarias de las zonas rurales del mismo municipio y residen en el asentamiento desde su fundación, cuando tuvieron acceso al crédito de instalación (*crédito instalação*). La mayoría fue constituida mediante una lucha emprendida por movimientos sociales del campo, según el ejemplo del MST (Movimiento de los Trabajadores Rurales sin Tierra) y los sindicatos rurales.

Sobre los TMC y el uso de alcohol, los índices detectados siguen la tendencia encontrada en otros estudios realizados con poblaciones con perfiles semejantes y que habitan contextos rurales en Brasil. Los hombres presentan un patrón de consumo de alcohol más problemático que las mujeres, las cuales presentan, a su vez, mayor incidencia de sufrimiento mental. Ese panorama se incrementa en gran manera cuando se considera el escenario socioeconómico y ambiental del territorio, así como la fragilidad de la red de asistencia psicosocial. Se observó una complejidad de factores y una combinación de riesgos socioeconómicos y ambientales experimentados por ese grupo que impactan la calidad de vida, son productores de estrés y están directamente relacionados con las condiciones de salud y, en particular, con los índices detectados de TMC y el consumo problemático de alcohol. Esas poblaciones se encuentran desasistidas en términos de políticas públicas, especialmente en lo referente a la generación de renta en el campo, repercutiendo directamente en las condiciones de vivienda, trabajo, ocio, educación y estilo de vida de las mismas.

Los habitantes de esos asentamientos rurales están sujetos a la inestabilidad climática de la región debido a los periodos de sequía, la escasez de recursos naturales, la no implementación o el mal uso de las políticas de crédito agrícola, al transporte precario; necesitan desarrollar estrategias de complementación de renta familiar y carecen de organización colectiva y participación política que puedan producir empoderamiento e interferencia en los patrones de desarrollo local, de salud y en la vida comunitaria. La degradación ambiental, la exposición a los agrotóxicos, la alimentación inadecuada, la falta de espacios de ocio, el bajo nivel de apoyo social, la carga del trabajo doméstico y agrícola entre las mujeres, son factores asociados al aumento de enfermedades crónico-degenerativas, así como a la presencia de morbilidades psiquiátricas y al consumo de alcohol entre hombres y mujeres en niveles preocupantes, por encima del promedio nacional.

En ese escenario detectamos que los equipos de salud desconocen el territorio, las condiciones socio sanitarias y las demandas de salud mental de la población. Las estrategias de cuidado consisten en consulta individual/familiar, visita domiciliaria, prescripción de medicamentos y conferencias educativas que, utilizadas de manera descontextualizada, no alcanzan la resolución esperada. La atención psicosocial no funciona de forma clara, presentando problemas en cuanto al seguimiento y la continuidad de los cuidados. Además, hay una distancia geográfica entre los habitantes y los servicios, alta rotación entre los profesionales, condiciones de trabajo precarias, desconocimiento por parte del equipo de los principios de las Estrategias de Atención Psicosocial, del funcionamiento de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y de las directrices de la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Selva. Es evidente la ausencia de procesos de educación permanente entre los trabajadores. Todo eso se ve agravado por los problemas detectados en el ámbito de la gestión/gerencia pública municipal. Debido a la fragmentación de la RAPS y al desconocimiento de las características específicas de la población asentada, los equipos no logran acoger ni responder a las demandas en salud mental de modo que impacten los indicadores sociales y de salud de la población del campo. En otras palabras, no se produjo un cuidado territorializado.

Por lo tanto, es notable que los habitantes de las zonas rurales están caracterizados por particularidades geográficas, sociales y culturales, y enfrentan

un conjunto de adversidades psicosociales y ambientales que afectan la salud mental y no pueden ser consideradas en la planeación y el ordenamiento de los recursos de salud. Al describir tales realidades, entendemos que cualquier servicio, equipo o profesional insertado en esos territorios necesita aprenderlos en su complejidad para responder de forma contextualizada a las nuevas exigencias de las políticas públicas de enfrentamiento a las desigualdades en el medio rural brasileño.

## **Redes integrales de servicios de salud: desafíos para calificar el cuidado en salud mental en el abordaje territorial**

En los últimos años hemos observado un esfuerzo de las políticas de salud en expandir los equipamientos y acciones ampliando la cobertura asistencial para todo el territorio brasileño por medio de la estructuración de una red compleja de servicios que engloba de forma articulada tanto los grandes centros urbanos, ciudades medianas y pequeñas como las áreas rurales.

Las razones para esto encuentran resonancia en el proceso de transición demográfica y epidemiológica en curso en el país, como el envejecimiento de la población, mayor presencia de enfermedades de condición crónicas o sufrimiento y no únicamente cuadros agudos, además de los contextos de desigualdad que han determinado las necesidades de salud y la oferta de cuidados hacia la población brasileña (Mendes, 2010). A pesar de lo expuesto, las respuestas ofrecidas en el ámbito nacional e internacional sobre la organización de los sistemas de salud chocan contra los problemas relacionados a la fragmentación de las acciones; a la falta de acceso a los servicios; a la pérdida de la continuidad de la atención; a las dificultades de coordinación y articulación entre los niveles y puntos de atención; y a la falta de coherencia entre los servicios y las necesidades de salud de la población (OMS/OPAS, 2008). Como consecuencia, las respuestas de los sistemas de salud terminan recayendo sobre las condiciones agudas y eventos resultantes de la agudización de enfermedades de condición crónica, siendo poco resolutivo en el cuidado de «enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles de largo tiempo (tuberculosis, lepra, VIH/Sida y



otras), condiciones maternas e infantiles, acompañamiento por ciclos de vida (puericultura, herbicultura y seguimiento de las personas de edad), deficiencias físicas y estructurales continuas (amputaciones, cegueras y deficiencias motoras persistentes)», y aun en relación al cuadro de enfermedades/sufrimientos mentales de largo plazo, con los cuales exige un «sistema que responda de forma proactiva, continua e integrada» y no solamente de forma episódica y reactiva (Mendes, 2010, p. 2298).

Para avanzar, Ouverney y Noronha (2013) señalan la necesidad de adoptar un conjunto amplio de principios de organización, para que puedan ser implementadas acciones de integración de cuidado enfocadas en el territorio:

- **Centralidad de las acciones en respuesta a las necesidades de salud:** es fundamental el dominio profundizado y detallado de informaciones sobre el ambiente de inserción del usuario, trayectoria de vida e inserción familiar, socioeconómica y cultural, con el objetivo de ampliar la efectividad de las acciones de planeamiento, a partir de la responsabilidad micro y macro sanitaria, por parte de los sistemas de salud.
- **Complejidad del abordaje y multiplicidad de las intervenciones:** considerando el cuadro sanitario brasileiro, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y comorbilidades, se hace necesario un análisis a partir de diferentes perspectivas para la comprensión de las múltiples determinaciones del proceso salud-enfermedad-cuidado, para que proporcione mayor diálogo entre los diferentes saberes y prácticas, así como para que se diversifiquen los abordajes preventivos.
- **Longitudinalidad del cuidado:** la integración del cuidado presupone vínculo y acompañamiento continuos junto a la población asistida, a partir de acciones coordinadas que involucren diferentes puntos de la red de atención, prácticas y oferta de tecnologías, todas enfocadas a las necesidades de salud del usuario en su territorio.
- **Interdependencia, distribución y corresponsabilización clínica y sanitaria:** el trabajo en salud exige complementariedad de los intereses y de los recursos de cada uno de los actores y servicios involucrados en los diferentes puntos de la red de atención. Tal comprensión incrementa el intercambio de recursos y de habilidades y conocimientos clínicos entre los servicios de componen la red. Por tanto es necesario definir sitios de coordinación del cuidado, que asuma la responsabilidad por el acompañamiento, seguimiento y evaluación de las acciones y resultados esperados.
- **Territorialización:** la construcción de planes terapéuticos debe tener en cuenta la determinación de las situaciones de salud y condiciones de vida de la población, los recursos sociales y servicios en el territorio, además de la producción social de las prácticas y la construcción social de los sentidos, referenciados al inicio de este capítulo, que también conforman los contextos de desigualdad y vulnerabilidad.

- **Modelos de Organización y Gestión de la Atención a la Salud:** articulación de las redes sociales y regionales de atención enfocadas en la integración del cuidado.
- **Intersectorialidad:** representa articulación de las acciones de salud con otras políticas públicas presentes en el territorio (educación, previsión, asistencia social, vivienda, alcantarillado, medio ambiente, empleo y renta, justicia, seguridad pública, entre otras) como condición ciudadana.

Establecidos estos principios, es necesario incorporar dispositivos en los sistemas de salud que faciliten acciones organizativas, de un lado, enfocadas en la gestión de la clínica y de los procesos de trabajo de los equipos en el interior de los servicios, y de otro, con un enfoque en la gestión compartida del cuidado entre los servicios con base en el territorio. En ese sentido, la Organización Americana de Salud (OPAS) publicó en 2010 un documento, proponiendo las redes integradas de servicios de salud como alternativa para la fragmentación de sus sistemas de salud (OPAS, 2010).

En el caso de Brasil, como esfuerzo para superar la fragmentación histórica de la atención y de la gestión del SUS, se delinearon como propuesta las Redes de Atención a la Salud (RAS), cuya finalidad es asegurar un conjunto de acciones y servicios para la población, respetando la diversidad de los contextos regionales, las diferencias socioeconómicas de cada localidad y las necesidades de salud que tales realidades presentan (Brasil, 2010a). En el documento que constituye las bases para la implementación de las RAS, el Decreto n° 7.508/2011, quedó establecido el concepto de Región de Salud como un espacio geográfico constituido por agrupamientos de municipios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturales, económicas, sociales, de redes de comunicación e infraestructura de transportes compartidos, con el fin de integrar la organización, el planeamiento y la ejecución de acciones y servicios de salud, que deben abarcar el ámbito de la atención primaria, urgencia y emergencia, atención psicosocial, atención ambulatoria especializada y hospitalaria y vigilancia en salud (Brasil, 2010a). En el objetivo de consolidar este nuevo acuerdo organizacional se dio prioridad a las siguientes redes temáticas: Red Cegonha, que tiene un recorte de atención a la gestante y de atención a los niños de hasta 24 meses; Red de Atención a las Enfermedades y Condiciones Crónicas: inicia con el cáncer (a partir de la intensificación de la prevención y el control del cáncer de mama y de cuello uterino); Red de Cuidado a la Persona con Deficiencia; Red de

Atención a las Urgencias y Emergencias; y la Red de Atención Psicosocial (con prioridad para el Enfrentamiento del alcohol, crack y otras drogas).

De acuerdo con las informaciones sobre las «Regiones y Redes de Salud en Brasil/RESBR», se registra un total de 436 regiones de salud, distribuidas de la siguiente manera:

- 40,1% presentan bajo desarrollo socioeconómico y baja oferta de servicios: incluye 175 regiones, 2159 municipios y 23,6% de la población.
- 12,2% presentan desarrollo socioeconómico medio/alto y baja oferta de servicios: incluye 53 regiones, 590 municipios y 7,3% de la población. La mayor parte de esas regiones están localizadas en las regiones Norte, Centro-Oeste y Sudeste (Norte de Minas y Vale do Ribeira en São Paulo).
- 28,2% presentan desarrollo socioeconómico medio y oferta de servicios media: incluye 123 regiones, 1803 municipios y 20,1% de la población. Son regiones localizadas de forma predominante en las regiones Sudeste y Sur.
- 8% presentan desarrollo socioeconómico alto y oferta de servicios media: incluye 35 regiones, 388 municipios y 12,9% de la población. Son regiones localizadas de forma predominante en las regiones Sudeste y Sur.
- 11,5% presentan desarrollo socioeconómico alto y oferta de servicios alta: incluye 50 regiones, 630 municipios y 40,5% de la población. Son regiones localizadas de forma predominante en las regiones Sudeste y Sur (RESBR, 2014).

De este modo, se trata de un escenario en donde las desigualdades socio espaciales y debilidades en infraestructura son determinantes en la oferta y en el acceso a los servicios y cuidados en salud, considerando que es significativo el número de regiones localizadas en áreas de desarrollo socioeconómico bajo/medio y oferta de servicios baja/media. De ahí la necesidad de avanzar en el trabajo de consolidación de las redes en cada territorio de las regiones de salud existentes en todo el país, con la integración de los puntos de atención a partir de acciones de continuidad y estructura del cuidado, para que se pueda interferir adecuadamente en la accesibilidad de grupos poblacionales alejados de los centros urbanos o localizados en las áreas del entorno de las sedes metropolitanas y regionales, o aun en ciudades con bajas densidades poblacionales, áreas de asentamientos y demás poblaciones rurales.

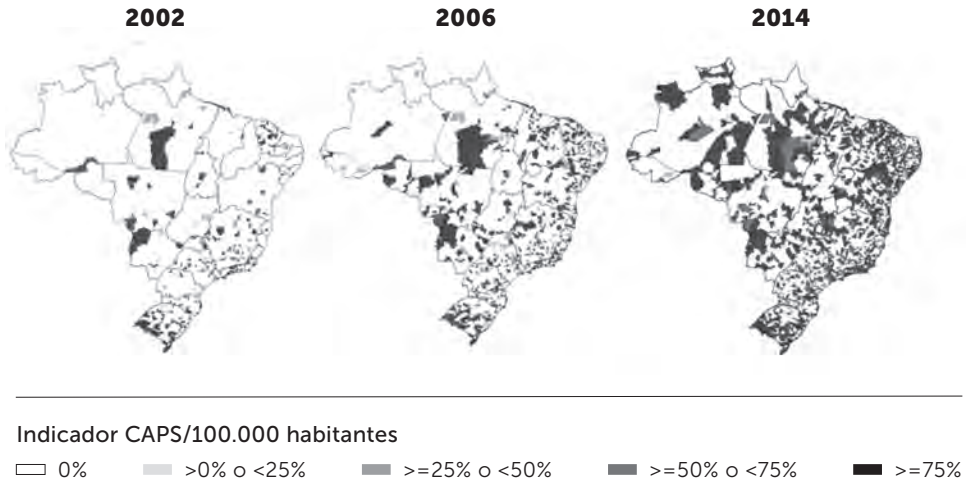
En términos de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), instituida por el Decreto n° 3088/2011, con el fin de crear, ampliar y articular puntos de atención

a la salud para personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades resultantes de uso de crack, alcohol y otras drogas (Brasil, 2011), la misma pasó a ser constituida por servicios en por lo menos siete puntos de la red ampliando la oferta de cuidados en el ámbito del SUS: Atención Primaria-Unidad Salud de Familia (USF) y Unidad Básica de Salud (UBS), Núcleo de Apoyo a Salud de Familia (NASF), Consultorio de Calle y Centro de Convivencia; Atención Psicosocial Especializada-Ambulatorios en salud mental y Centro de Atención Psicosocial; Atención de Urgencia y Emergencia-Unidad de Atención Rápida 24h y SAMU; Atención Residencial de Carácter Transitorio-Unidad de Acogida Adulta e Infantil-Juvenil; Atención Hospitalaria-Camas en Hospital General y Enfermería especializada; Estrategias de Desinstitucionalización-Servicio Residencial Terapéutico (SRT) y Programa de Vuelta a Casa (PVC); y Rehabilitación Psicosocial-cooperativas y demás acciones enfocadas en inserción laboral, escolarización e inserción social.

Se advierte, por lo tanto y a partir de ese diseño, que la RAPS es un dispositivo importante de integración de la salud mental a la red SUS en toda su complejidad político-organizativa y no apenas un nivel especializado de atención. Además, los equipos que integran a la RAPS asumen un rol importante en la retaguardia y el soporte de cuidados en cada localidad o área próxima que es responsable. Los datos del Ministerio de Salud en relación con los puntos de la RAPS en el país son prueba de eso. Actualmente contamos en la Atención Primaria con 39.228 equipos USF, 3898 equipos NASF y 111 consultorios de calle, también responsables de la acogida de las necesidades y situaciones en salud mental de la población en este nivel de atención y coordinación del cuidado junto a los demás niveles; en la Atención Especializada con: 2209 CAPS, distribuidos en 1609 CAPSI, 476 CAPSII, 85 CAPSIII, 201 CAPSi, 309 CAPS ad y 69 CAPS ad III; en la Atención Residencial de Carácter Transitorio con: 34 unidades de acogida (y 156 nuevas unidades en construcción); en la Atención Hospitalaria con: 187 hospitales generales que ofrecen 888 camas psicosociales y con 167 hospitales psiquiátricos que ofrecen 25.988 camas en enfermerías especializadas; Estrategias de Desinstitucionalización con: 610 SRT y 4.349 beneficiarios del PVC; y en la Rehabilitación Psicosocial con: 1008 iniciativas mapeadas con proyectos relacionados a la economía solidaria y generación de trabajo y renta, además de acciones de protagonismo de usuarios y familiares de la RAPS (Brasil, 2015).

## Figura 02

Mapa con la serie histórica de la cobertura CAPS en Brasil (Brasil, 2015)



Fuente: Coordenação geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Específicamente sobre la cobertura CAPS en el país, el mapa que anteriormente indicaba mayor concentración de servicios en las regiones Sur y Sudeste a principio de los años 2000, presenta otro escenario en 2014 que es resultado de la profundización de la expansión y regionalización de la red psicosocial en todo el país. Cerca de 89% de los CAPS están localizados en municipios del interior del país, mientras que 11% están localizados en las ciudades capitales. Además, 47,71% de los CAPS en funcionamiento en todo el país están localizados en municipios de pequeña proporción (hasta 50 mil hab.), 16,5% en municipios de media/pequeña proporción (50 mil a 100 mil hab.) y 16,27% en municipios de proporción media (100 a 300 mil hab.). Así mismo ocurre en relación al NASE, servicio responsable por la articulación de las acciones de salud mental en la atención primaria, en la que 91,33% de los equipos están localizados en municipios del interior del país, siendo 77,54% en municipios de

pequeña proporción, 9,46% en media/pequeña proporción y 8,24% de media proporción. Por lo tanto, no cabe duda de que la Política de Salud Mental de Brasil progresó en términos de la distribución de los servicios, considerando aquello, como bien manifestó Bezerra Jr. (2007), que en un país «de dimensiones continentales y enorme diversidad cultural, no es posible construir un modelo asistencial que sirva igualmente para las megalópolis y las pequeñas ciudades del interior» (p. 244). Sin embargo, la mayor dificultad es en relación con la capilarización de la acción de los servicios en los territorios adscritos y el ordenamiento del cuidado en un país con dimensiones y debilidades que marcan su tejido social, sea en los escenarios urbanos y rurales.

Tomando la realidad de RN y de PI en cuanto a la regionalización de la RAPS, es posible destacar algunos desafíos de la red psicosocial en los dos estados, para avanzar en la perspectiva de la determinación social de la salud y el cuidado territorializado. RN es uno de los nueve estados que componen esa región, teniendo como capital el municipio de Natal. Su población está compuesta por 3.168.037 habitantes (Brasil, 2010b), representando cerca de 6% de la población total del nordeste. Territorialmente, el estado está dividido en cuatro mesorregiones, asimismo divididas en 19 microrregiones y compuesto por 167 municipios. La mayor parte de los municipios de RN posee una población de hasta 20.000 habitantes. Más del 70% no alcanza ni los 10.000 habitantes. Por lo tanto, es un estado compuesto prioritariamente por municipios pequeños, siguiendo la tendencia nacional, con apenas tres ciudades (Natal, Mossoró y Parnamirim) que presentan más de 100.000 habitantes. En lo que respecta a la ocupación del espacio urbano y rural, Rio Grande do Norte posee una tasa de urbanización de 78,7%, por debajo de la media nacional, que es del 85% en 2010, y un poco más arriba de la media en la parte nordeste (73,7%), que, a propósito, es la menor del país. En RN, 77,8% de la población está localizada en áreas urbanas y 22,2% en áreas clasificadas como rurales (IBGE, 2010b). En cuanto al escenario social, 90% de su territorio está situado en el denominado Polígono das Secas, es decir, sufre constantes periodos de sequías, lo que ocasiona graves problemas sociales, que impactan tanto las condiciones de vida de la población del interior como de la capital (Dantas, 2013). No obstante, RN sigue la tendencia nacional, presentando buen desempeño en materia de indicadores sociales. El escenario de la región nordeste ocupa una posición privilegiada en relación a los demás estados. A pesar de eso, el panorama de la

pobreza se mantiene elevado, teniendo en cuenta la dimensión nacional, ya que la región nordeste, en comparación con la región norte, presenta los índices más altos de desigualdad y pobreza en el país.

En cuanto a los indicadores de salud de RN, el estado cuenta con 3994 establecimientos de salud, con la oferta de 191 servicios de hospitalización, 231 de atención a urgencias, 1915 de atención ambulatoria, 166 de atención farmacéutica, 324 que realizan acciones de vigilancia epidemiológica o sanitaria y 483 servicios de apoyo de diagnóstico y terapia (MS, 2015). En cuanto a los recursos humanos en salud que actúan en el SUS, el estado cuenta con 3496 médicos (coeficiente por cada mil habitantes = 1,04) y otros 252 médicos del Programa Más Médicos («Programa Mais Médicos»), además de 7109 profesionales de la salud de nivel superior (enfermeros, cirujanos dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistastrabajadores sociales y nutricionistas) (coeficiente por cada mil habitantes = 2,11) (RESBR, 2015). En cuanto a la territorialización de la salud en RN, el estado está dividido en ocho regiones de salud, en donde 148 municipios están localizados en 6 regiones de salud que resultan siendo áreas con un bajo desarrollo socioeconómico y una baja oferta de servicios; 14 municipios localizados en una región con un crecimiento medio y una oferta de servicios media; y 5 municipios localizados en una región con alto desarrollo y una alta oferta de servicios. (RESBR, 2015). En la Tabla 1 podemos ver la distribución de los equipos de ESF y NASF, así como de los CAPS en las regiones de salud de RN.

En cuanto a PI, geográficamente está ubicada al noroeste de la región nororiental. Tiene una extensión territorial de 251.611,932 km<sup>2</sup> y una población de 3.118.360 habitantes (Brasil, 2010b). Tiene 224 municipios, distribuidos en cuatro mesorregiones y 15 microrregiones. Su capital y municipio más poblado es la ciudad de Teresina (814.230 habitantes). En cuanto al número de habitantes, el estado sigue el marco nacional, compuesto principalmente de pequeños municipios, de los que apenas 25 (11,16%) tienen una población superior a los 20,000 habitantes. De estos, solo dos tienen una población superior a los 100,000 habitantes: la capital Teresina y el municipio de Parnaíba. Existen diferencias notables al comparar la distribución de la población urbana y rural de PI con la realidad nacional. En efecto, mientras que la población rural nacional presenta una tasa del 15,6%, el 34,2% del grupo poblacional de Piauí está ubicado en zonas rurales. El escenario de Piauí presenta altos índices de pobreza al

**Tabla 01**

## Regiones de Salud de RN

UF	Región de Salud	Nº Municipios de la CIR	Población (Censo 2010)	Indicadores	ESF	NASF	CAPS
RN	1ª Región de Salud São José de Mipibu	27	351.502	1	171	29	6
	2ª Región de Salud Mossoró	14	436.940	3	138	14	8
	3ª Región de Salud João Câmara	26	323.763	1	137	22	6
	4ª Región de Salud Caicó	25	295.726	1	124	24	5
	5ª Región de Salud Santa Cruz	21	185.719	1	84	18	5
	6ª Región de Salud Pau dos Ferros	37	242.006	1	98	36	3
	7ª Región de Salud Metropolitana	5	1.187.899	5	243	13	12
	8ª Región de Salud Açú	12	144.472	1	59	11	1

**Indicadores clave**

**1.** Bajo desarrollo y baja oferta | **2.** Desarrollo medio y baja oferta | **3.** Desarrollo medio y oferta media | **4.** Desarrollo alto y oferta media | **5.** Desarrollo alto y alta oferta.

Fuente: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)

compararlo con el marco nacional. En Brasil, el ingreso promedio mensual de los hogares es de R\$ 2220 (R\$ 2407 para áreas urbanas y R\$ 1051 para áreas rurales) (Brasil, 2011b). Piauí presenta el segundo peor ingreso por hogar (R\$ 1354), pero ha habido cierto progreso, ya que en diez años las condiciones de vida de la mitad de la población, que estaba en la pobreza extrema (total de 800 mil), mejoró. Uno de los principales elementos que han contribuido al aumento y a la distribución de los ingresos es la adopción de políticas de transferencia de ingresos, el aumento del salario mínimo y del crédito.



Sobre los indicadores de salud de PI, el estado cuenta con 3601 establecimientos de salud, con la oferta de 193 servicios de hospitalización, 258 de atención a urgencias, 2188 de atención ambulatoria, 187 de atención farmacéutica, 836 que realizan acciones de vigilancia epidemiológica o sanitaria y 515 servicios de apoyo de diagnóstico y terapia (MS, 2015). En cuanto a los recursos humanos en salud que actúan en el SUS, el estado cuenta con 2847 médicos (coeficiente por cada mil habitantes = 0,89) y otros 317 médicos del Programa Mais Médicos, además de 6184 profesionales de la salud de nivel superior (enfermeros, cirujanos dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y nutricionistas) (coeficiente por cada mil habitantes = 1,94) (RESBR, 2015).

En cuanto a la territorialización de la salud en PI, el estado está dividido en 11 regiones de salud, en donde 193 municipios están localizados en 10 regiones de salud que quedan en áreas con un bajo desarrollo socioeconómico y una baja oferta de servicios y 31 municipios en una región con un crecimiento medio y una oferta de servicios media. En la tabla 2 podemos ver la distribución de los equipos de ESF y NASF, así como de los CAPS en las regiones de salud de PI.

El cuadro sociodemográfico de ambos estados sigue la tendencia nacional. Los datos promedio referentes a la urbanización y el crecimiento económico tanto en RN como PI no presentan prácticamente ninguna discrepancia. Por otro lado, el estado de RN ocupa un lugar destacado en la región nordeste, como se evidencia en los índices económicos, el promedio de pobreza y el IDH. Del mismo modo, PI, a pesar del cuadro de pobreza de la población, sigue la lógica del progreso social con un aumento continuo de los indicadores sociales. Cabe recordar que esto no excluye los problemas que aún persisten en ambos estados y en la región nordeste, que afligen todos los días a los residentes de las grandes ciudades y de la periferia urbana, así como de las zonas rurales, de las ocupaciones irregulares y de los asentamientos rurales. Considerar cómo estos contextos afectan la salud mental de las poblaciones es fundamental para ampliar las formas de comprender el proceso salud-enfermedad, incluso, como se mencionó anteriormente, aprendiendo experiencias del propio territorio que pueden figurar como protectores y potencializadores del cuidado en áreas con una menor concentración de la oferta de servicios.

Sobre la regionalización de la salud en los dos estados, se destaca el número de municipios, 82,62% en RN y 86,1% en PI, localizados en áreas de bajo

**Tabla 02**

## Salud Mental y Regiones de Salud de PI

UF	Región de Salud	Nº Municipios de la CIR	Población (Censo 2010)	Indicadores	ESF	NASF	CAPS
	Carnaubais	15	157.071	1	71	16	4
	Chapada das Mangabeiras	23	187.457	1	90	22	6
	Cocais	23	385.072	1	175	32	9
	Entre Rios	31	1.166.815	3	423	34	16
	Planície Litorânea	11	265.502	1	98	16	5
RN	Serra da Capivara	18	140.738	1	65	18	2
	Tabuleiros do Alto Parnaíba	5	44.665	1	23	5	1
	Vale do Canindé	14	104.492	1	47	14	2
	Vale do Rio Guaribas	42	359.863	1	175	43	8
	Vale do Sambito	14	104.024	1	51	11	4
	Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	28	202.961	1	96	30	5

**Indicadores clave**

**1.** Bajo desarrollo y baja oferta | **2.** Desarrollo medio y baja oferta | **3.** Desarrollo medio y oferta media | **4.** Desarrollo alto y oferta media | **5.** Desarrollo alto y alta oferta.

Fuente: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)

desarrollo socioeconómico y baja oferta de servicios. En el caso de la retaguardia especializada como a la salud mental en estas localidades, a pesar de la baja oferta de servicios de salud, se percibe una cobertura CAPS razonable en los dos estados. Tanto RN como PI presentan una cobertura considerada como muy buena, 0,92 y 1,13, respectivamente, por el Ministerio de Salud. Sin embargo, las tablas 1 y 2 indican que, especialmente en RN, se observan dificultades en cuanto a la cobertura de CAPS en al menos dos regiones (6ª Región de Salud-Pau dos Ferros y 8ª Región de Salud-Açu) y en PI en por lo

menos una región de salud (Serra da Capivara), debido al número reducido de servicios en esas localidades.

Además, más allá del debate sobre la cobertura de los servicios, no podemos olvidar que los CAPS se enfrentan a desafíos para operar el paradigma de la atención psicosocial y de la asistencia sanitaria territorial. Martinhago y Oliveira (2012) presentan dos direcciones de este problema. La primera trata de la dificultad de los administradores y de los trabajadores para comprender la atención psicosocial y, por consiguiente, para operar la articulación entre los servicios de los distintos puntos de la red. Esto demuestra la gestión frágil y precaria de la acción técnico-asistencial de estos servicios en términos de la organización de los procesos de trabajo, con énfasis en la construcción de líneas de cuidado que consideren la determinación social de la salud y de la vida. Los trabajadores no se sienten capacitados para actuar en esta situación, manteniendo la rutina de trabajo para los que pueden adherirse a la rutina de los servicios CAPS y remitiendo los casos que consideren más difíciles al nivel más especializado de atención (del municipio o de la región de salud). La segunda es la casi ausencia de espacios que actúen en la reinserción social de los usuarios, articulando el territorio y sus bases de apoyo comunitarios, tales como cooperativas, centros de convivencia y cultura y otros servicios para la inserción en el mundo del trabajo y la reconstrucción de la vida. Así, de acuerdo con los autores, los CAPS operan muchas veces en el umbral de la institucionalización, puesto que no hay espacios que les permitan a los usuarios progresar más allá de sus muros.

Otro aspecto recordado por Freire (2012) es el desafío del CAPS de asumir la función de gestos de la red de atención psicosocial, ya que debe articularse con servicios de los demás puntos de atención de la RAPS en el territorio, especialmente la Atención Primaria, con los equipos de la ESF y NASF, consultorios de calle y centros de convivencia, realizar matriciamiento, servir de referencia para la red hospitalaria y en las atenciones de urgencia, así como los dispositivos y estrategias de desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial, como los SRT y acciones de inserción al trabajo, escolarización y red social. Como efecto, se percibe el agotamiento del poder de acción de los CAPS o la tendencia a encerrarse en sí mismo, con pocas acciones en la territorialización del cuidado, lo que resulta como un reto para el mantenimiento de la atención psicosocial en Brasil (Lobosque, 2011). Frente a las dificultades enumeradas

aquí, cabe recordar las consideraciones de Barros (2003) sobre la necesidad de descronificar los equipos, servicios y redes, con el fin de retomar el poder del trabajo en salud mental desde la perspectiva de la atención integral, regionalizada y continuada, reafirmada por los principios de la RAPS. De esta manera, es necesario no solo ampliar la oferta de servicios, sino enraizar las acciones de salud mental más allá de los servicios ambulatorios y especializados.

La atención primaria, por ser uno de los puntos de la RAPS en el territorio, figura a veces como la única asistencia posible, especialmente en los lugares con una baja oferta de servicios, ya que en muchos municipios se cuenta apenas con los equipos de la ESF y NASF. Sin embargo, se debe reconocer la necesidad de alterar saberes y prácticas hacia lo que Barros (2003) y otros hablaban, principalmente en relación con la cultura del miedo y del prejuicio, junto con la concepción de que los profesionales de la atención primaria no son capaces de acoger las demandas psicosociales del territorio, y de que les hace falta habilidad y manejo especializado en salud mental.

Por lo general, los servicios de la APS en Brasil se han vuelto muy reticentes a la salud mental en el territorio. Silveira (2009) resalta que la incomodidad y la falta de preparación de los profesionales, las familias y la comunidad para lidiar con el sufrimiento psíquico se han vuelto cada vez más evidentes. Tavares, Souza y Pontes (2013) identificaron dificultades entre los profesionales de la salud, que se expresan como barreras para el acceso y el cuidado de las manifestaciones de sufrimiento que aparecen en la APS: poco conocimiento acerca de los diferentes códigos culturales para expresar el sufrimiento; falta de estrategias formativas para los equipos; prioridad de las políticas de salud mental para las clientelas consideradas graves; falta de tecnologías para el cuidado y acceso de los clientes con quejas difusas y problemas crónicos de salud mental.

En este sentido, son innumerables los desafíos que enfrentan los profesionales de los equipos de la ESF y NASF en estos contextos: trabajar en una perspectiva diferente a la que aprendieron durante su formación académica (altamente prescriptiva y centrada en la enfermedad); enfrentar la propia ansiedad, inseguridad, los prejuicios e incluso la incapacidad de lidiar con usuarios de salud mental; incorporar en sus procesos de trabajo acciones que permitan el monitoreo y evaluación de acciones desarrolladas con las demandas psicosociales en la región y trabajar en equipo y en red para garantizar una atención integral (Gonçalves, 2002).

De esto resulta, muchas veces, una oferta excluyente, fragmentada y selectiva que puede marginar la salud mental como campo de atención en la atención primaria. Incluir y trabajar la salud mental entre las líneas de atención en la APS es uno de los actuales y antiguos retos en los que se debe avanzar en los sistemas de salud. El acceso calificado en la APS para los asuntos de salud mental es un punto crítico. La falta de profesionales con capacidad de gestión para atender esta demanda, especialmente con el uso de tecnologías relacionales, hace que la APS no se efectúe y se consolide como la puerta de entrada de la salud mental al SUS, mucho menos como coordinadora de la red (Almeida, Giovanella y Nunan, 2012; Rozani y Stralen, 2003).

La mayoría de los municipios brasileños, especialmente los localizados en áreas con una baja oferta de servicios, aún no avanzó en términos de sistematización y análisis de información e indicadores de salud mental, incluso que considere el *modus territorial* en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-cuidado a partir de sus determinaciones sociales. El objetivo de este trabajo de información en salud es planear y organizar las acciones de los servicios y la articulación de la red para ampliar la atención a partir del territorio de cada región de salud. El reflejo de esto es la fragmentación y el aislamiento de los niveles de atención, que han sido comentados aquí en varias ocasiones; la acción procesal y sin plan de continuidad de las acciones por parte de los servicios; el endurecimiento de las prácticas y acciones profesionales aisladas; y las líneas de cuidado no constituyen el pilar de la organización del sistema. En el caso de la salud mental, hay protocolos y líneas de atención para los diversos tipos de problemas o quejas que llegan a los servicios; hay mucha dificultad para producir una convergencia de los principios y de la práctica entre los equipos; la acción profesional casi siempre se centra en la enfermedad, centrándose en el consumo de los procedimientos y remisiones a los niveles de atención especializada; finalmente, hay un número reducido de herramientas de trabajo para actuar en diferentes ámbitos (personal, familiar y sociocultural), con amplias acciones intersectoriales, que implican la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centradas en el territorio (Dimenstein, 2013; Dimenstein, Lima y Macedo, 2013).

Actuar en la RAPS, por lo tanto, exige, entre otros desafíos, adoptar la multiprofesionalidad, el trabajo en el territorio y la atención en red. Por lo tanto, la formación y la práctica profesional no pueden ser ajenos al debate sobre los

DSS y las desigualdades territoriales de las formas de enfermedad y sufrimiento (Ferreira y Olschowsky, 2010). En primer lugar, porque es insostenible la idea de que los procesos de formación estén desplazados de los acontecimientos del mundo, de la vida cotidiana y de los servicios de salud. Segundo, porque es necesario profundizar en la relación enseñanza-servicio-comunidad de modo que la formación se de en y para el servicio, que cree espacios colectivos en los que los actores involucrados en los procesos de formación puedan interrogar y analizar su trabajo diario, en la medida en que ejercitan acciones en equipo y potencializan la interdisciplinariedad para el enfoque territorial en la provisión de acciones de atención para el enfoque territorial en la oferta de las acciones de cuidado (Silva y Caballero, 2010). Por último, que las experiencias formativas puedan desarrollar metodologías de aprendizaje que permitan articular «los componentes de gestión, asistencia y participación popular, movilizándolo la incorporación de los trabajadores como actores identificados con las necesidades de creación y modificación en el contexto de la salud» (Oliveira y Guareschi, 2010, p. 95).

En esta perspectiva, las acciones que se van a desarrollar en la RAPS deben guiarse en un trabajo de diagnóstico y planeación situacional, que considere las formas en las que la población se relaciona en los espacios donde vive y desarrolla sus actividades diarias. De ahí la importancia de desarrollar acciones en conjunto con la comunidad, discutir los problemas locales de salud, la planeación de los cuidados, además del monitoreo de los resultados para el fortalecimiento de las respuestas a las políticas de salud. Esto le exige a los profesionales habilidades para reconocer los procesos psicosociales movilizados por las condiciones de vida, para intervenir en los modos de existencia y campos de sentidos de manera singularizada para coordinar las acciones intersectoriales en el territorio, para aprender a valorar la heterogeneidad espacial, social y simbólica que impregna los diferentes escenarios, diversidad que fomenta los procesos de subjetivación y sociabilidades que escapan al régimen de la universalidad, de la uniformidad y masificación que produce la lógica de la patologización de lo cotidiano, la medicalización de la vida y el colonialismo de los saberes.

## Referencias

- Almeida, P. F., Giovanella, L., & Nunan, B. A. (2012). Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, 36(94), pp. 375-391.
- Almeida, K. S. (2015). «Urbanização e modo de vida: debate sobre determinação social na saúde na cidade». Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Almeida-Filho, N. (2009). A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Revista Saúde em Debate*, 83(33), pp. 349-370.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp. 127-131.
- Andrade, L. A., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., & Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2), pp. 1-11.
- Baeninger, R. (Org.) (2010) *População e Cidades: subsídios para o planejamento e para as políticas sociais*. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Brasília: UNFPA.
- Barcellos, C (2009). Os indicadores de pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. En C. Barcellos (org.) *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*, pp. 107-139. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Barros, R. B. (2003). Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. En Conselho Federal de Psicologia, *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*, pp. 196-206. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. En A. F. Fonseca, & A. D. Corbo (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*, pp. 51-86. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Bergamasco, S. M. P. P., & Norder, L. A. C. (1996). *Reforma agrária e assentamentos rurais: perspectivas e desafios*. Recuperado de <http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicosAbertos/Attachments/381/Vanilde%20>

- Ferreira%20de%20Souza%20Esquerdo%20-%20NEAD%20-%20artigo.pdf, consultado el 09 de junio de 2015.
- Bezerra JR., B. C. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), pp. 243-250.
- Brasil (2010a). Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html), consultado el 09 de junio de 2015.
- Brasil (2010b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Censo demográfico 2010. Resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: Censo demográfico.
- Brasil (2011a). Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) acesso em 09 de junho de 2015.
- Brasil (2011b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Cidades*. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/estimativa>. consultado el 25 de junio de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2015). *Saúde Mental em Dados-12*. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponible en: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
- Buss, P. M, & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 77-93.
- Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde/CNDSS. (2008). *Causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde*. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf), consultado el 09 de junio de 2015.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), pp. 73-79.



- Costa, M. G. G., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Revista Estudos de Psicologia*, 19(2), pp. 89-156.
- Dantas, C. M. B (2013). «Ação do Psicólogo na Assistência Social: interiorização da profissão e combate à pobreza». [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Dimenstein, M. (2013). La Reforma Psiquiátrica y el modelo de Atención Psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en Salud Mental. *Revista CS*, 11, pp. 43-72.
- Dimenstein, M., Lima, A. I. O., & Macedo, J. P. (2013). Integralidade em Saúde Mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. En: S. Paulon & R. Neves. (orgs.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*, pp. 39-60. Porto Alegre: Sulina.
- Ferreira, S. R, & Olschowsky, A. (2010). Residências: uma modalidade de ensino. En A. P. Fajardo AP, C. M. F. Rocha CMF & V. L. Pasini (orgs.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*, pp. 23-34. Porto Alegre: Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Franco-Netto, G., & Alonzo, H. G. A. (2009). *Notas sobre a governança da Saúde Ambiental no Brasil*. Caderno de Texto. I Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Coordenação GT Saúde e Ambiente da Abrasco, pp. 16-19. Recuperado de [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_7832566.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_7832566.pdf), consultado el 09 de junio de 2015.
- Freire, F. H. M. A. (2012). «Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicosocial na relação do cuidado à loucura». [Tesis Doctorado en Ciências em el área de Salud Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Furtado, B. A, Krause, C., & França, K. C. B. (2013). *Território metropolitano, políticas municipais: por soluções conjuntas de problemas urbanos no âmbito metropolitano*. Brasília: Ipea.
- Galea, S. & Vlahov, D. (2005). *Handbook of urban health: populations, methods, and practice*. Nova Iorque: Springer Science Business Media.

- Gomes, J. C. R. (2012). «Promoção da saúde mental em espaço urbano». Tesis de doctorado. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, A. M. (2002). «Cuidado diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa de Saúde da Família». [Tesis de Doctorado en Enfermería], Universidade de Saúde Paulo, Ribeirão Preto.
- Gonçalves, D. A, Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), pp. 623-632.
- Lobosque, A. M. (2011). Debatedo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), pp. 4590-4602.
- Ludermir, A. B. (2005). Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3), pp. 198-204.
- Martinhago, F. & Oliveira, W. F. (2012). A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II ( CAPS II ), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, 36(95), pp. 583-594.
- Mendes, E. V.(2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, 5(15), pp. 2297-2305.
- Ministério da Saúde (MS) (2015). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Recuperado de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>, consultado el 30 de noviembre de 2015.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2007). O território na promoção e vigilância em saúde. En A. F, Fonseca & A. D., Corbo (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*, pp. 177-224. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Nossa, P. N. (2008). Linhas de investigação contemporâneas na Geografia da Saúde e a noção holística de saúde. En C. Barcellos (Org.), *A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde*, pp. 35-62 Rio de Janeiro: Editora Abrasco: ICICT: EPSJV.
- Oliveira, C., & Guareschi, N. M. F. (2010). Residência multiprofissional em saúde: brechas para novas formas de conhecimento? En N. M. F. Guareschi, A. Scislesk., C. Reis, G. Dhein & M. A. Azambuja (Orgs.). *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde*, pp. 99-117. Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS); Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: OMS/OPS.
- Ouverney, A. M., & Noronha, J. C. (2013). Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. En Fundação Oswaldo Cruz, *A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), pp. 560-72.
- Regiões e Redes de Saúde no Brasil (RESBR) (2014). *Relatório Metodológico da tipologia das CIR*. Recuperado de [http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio\\_tipologias\\_versaojul2014.pdf](http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf), consultado el 30 de noviembre de 2015.
- Rehm, J., & Parry, C. (2009). Alcohol consumption and infectious diseases in South Africa. *Lancet*, 374(9707), pp. 20-53.
- Ribeiro, L. C. Q, Rodrigues, J. M., & Corrêa, F. S. (2009). *Segregação Residencial e Mercado de Trabalho nos Grandes Espaços Urbanos Brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador, Recife, Fortaleza, Brasília, Belém, Manaus, Campinas, Goiânia, Florianópolis, Vitória, Natal e Maringá*. Observatório das Metrópoles IPPUR/FASE. Recuperado de [http://www.observatoriodasmetropoles.net/new/images/abook\\_file/relatorio008\\_2009c.pdf](http://www.observatoriodasmetropoles.net/new/images/abook_file/relatorio008_2009c.pdf), consultado el 09 de junio de 2015.
- Rocha, S. V., Araújo, T. M., Almeida, M. M. G., & Virtuoso Júnior, J. S. (2012). Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(4), pp. 871-83.
- Ronzani, T. M & Stralen, C. J. (2003). Dificuldades de implantação do programa de saúde da família como estratégia. *Revista APS*, 6(2), pp. 99-107.
- Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: território, saúde e bem-estar*. Coimbra: Coimbra University Press.

- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 8(3), pp. 387-406.
- Saraceno, B. (2010). The paradigm of urban suffering. *Souq Books*. Recuperado de [http://www.souqonline.it/home2\\_2\\_eng.asp?idtesto=690&idpadre=869&son=1#.U2wSVYFdWt8](http://www.souqonline.it/home2_2_eng.asp?idtesto=690&idpadre=869&son=1#.U2wSVYFdWt8), consultado el 09 de junio de 2015.
- Silva, Q. T. A., & Caballero, R. M. S. (2010.) A micropolítica da formação profissional. Na produção do cuidado: devir-residência. En A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*, pp. 61-74. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Silveira, R. M. (2009). «A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário». [Tesis de Doctorado en Enfermería]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Spector, R. (1999). *Cultura, cuidados de salud y enfermeira: cultura de los cuidados*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Tavares, A. L. B., Sousa, A. R. & Pontes, R. J. S. (2013). Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 26(8), pp. 35-42.
- Vakis, R., Rigolini, J., & Lucchetti, L. (2015). *Los Olvidados, pobreza crônica en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Mundial.
- World Health Organization/WHO. (2013). *Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/), consultado el 09 de junio de 2015.



# **03**

## **Violencia epistémica y categorías diagnósticas de la psiquiatría. Contribución a una etnopsiquiatría crítica**

---

**Roberto Beneduce**

Università di Torino | [roberto.beneduce@unito.it](mailto:roberto.beneduce@unito.it)

## La historia de los síntomas, la historia dentro de los síntomas

---

Hace algunos años encontré un joven estudiante de medicina, lo llamaremos K, proveniente de un país de África occidental. Habiendo perdido dos veces un examen y no pudiendo demostrar que estuviese en regla con sus estudios, había tenido que retirarse de la residencia universitaria. Una discusión con uno de sus profesores fue el episodio que lo llevó a suspender definitivamente los cursos. K llevaba semanas deambulando por los corredores y los sótanos de la facultad, que se habían convertido en su nuevo hogar. Cuando lo encontré por primera vez, me contó una historia compleja y dolorosa: su padre, con el que los contactos se habían interrumpido ya hacía algún tiempo, vivía en Gran Bretaña y trabajaba como biólogo, pero había perdido su trabajo luego de protestar por la utilización indebida de datos que consideraba resultado de su propia investigación sobre el ADN. Se trataba de una investigación que «habría podido hacerle ganar el premio Nobel». K me dijo que él también era víctima del mismo problema: el profesor lo había reprobado pues se sentía «amenazado por su conocimiento». Recientemente, la pérdida de su madre y la imposibilidad de retornar a su país de origen para asistir al funeral habían añadido dolor y desconsuelo a su soledad. Ahora, hablaba ininterrumpidamente de la persecución de la que era víctima, justo como su padre, y del hecho de que «no se quería que los africanos pudiesen obtener el premio Nobel».

Aunque eran fácilmente perceptibles en su discurso los rasgos de una construcción delirante, el sufrimiento de aquel joven estudiante era aún reacio a dejarse encerrar dentro de un diagnóstico. En ese momento, todavía no conocía la existencia del «complejo del premio Nobel», una categoría propuesta con poco éxito en los Estados Unidos por la psicoanalista Helen Tartakoff, que luego se dejó en el olvido, no obstante, no fuese carente de interés.<sup>1</sup> Aun así, los síntomas deberían ser siempre considerados alegóricos, en el sentido

---

1. Según Tartakoff, la cultura norteamericana generaba experiencias delirantes de este tipo, debido a la distancia existente entre la idealización del éxito y las posibilidades concretas de las que se disponen para lograrlo (Tartakoff, 1966, p. 236). Las personas afectadas por este trastorno estaban obsesionadas con la idea de realizar metas ambiciosas (por ejemplo, convertirse en presidente de los Estados Unidos, tener un gran éxito económico o ganar el Oscar). Frecuentemente, dotados de un perfil intelectual o artístico. Sin embargo, resultaban

en que Benjamín definía estos últimos.<sup>2</sup> Es a estas infancias dolorosas de los síntomas que los médicos no deben cesar de mirar, porque en ellos yace una historia irredenta que solo espera ser reconocida con todo su peso y significado por manos expertas: como aquellas del pescador de quien escribe Benjamín, que sienten (*y ven*) aquello que la red ha capturado (Benjamin, 1968 [1955], p. 214). Esto, en el fondo, es lo que espera un paciente.

Como el hombre encontrado en un hospital psiquiátrico en Sudáfrica, de quien escriben Comaroff y Comaroff (1992, p. 155), podría repetir también yo, que fue aquel joven «loco» y su discurso «delirante», quien me enseñó algo valioso sobre la particular forma de conciencia histórica de un joven emigrante africano, cuya mirada dubitativa mostraba heridas lejanas. El síntoma y la locura, parecen expresar frecuentemente una singular forma de conciencia histórica (quizás una verdad),<sup>3</sup> y el sueño que el pasado pueda retomar de forma diferente su camino, liberándose de aquello que lo ha *bloqueado*.<sup>4</sup>

De la repetición, de su obstinado deseo de encontrar el hilo perdido de las cosas, se puede decir que, en general en ella se revela una esperanza. Su etimología lo recuerda: es como sí el síntoma tornase a pedir otro futuro, a esperar que trazos olvidados o perdidos de vista sean finalmente reconocidos, permitiendo quizás escribir un destino diverso.

El secreto y el encanto de las técnicas de la adivinación descritas en África (las señales dejadas en la arena por un zorro e interpretadas por el experto, o aquellos revelados por el rítmico contraerse de los bíceps de una sacerdotisa

---

extremadamente frágiles enfrentando desilusiones y a la «falta de reconocimiento» (Sperber, 1972). Esto último refiere a una noción central del pensamiento de Fanon, y no es necesario resaltar la pertinencia de la historia del joven africano.

2. «Las alegorías son en el reino del pensamiento lo que son las ruinas en el reino de las cosas» (Benjamin, 1977, pp. 177-178).

3. «La locura es la verdad en la forma en que los hombres son afectados, hasta que en medio a lo verdadero no desisten de ella» (Adorno, cit. in F. Rella, 2005, p. 7).

4. Cfr. M. Taussig, *Shamanism, Colonialism and the Wild Terror*, Chicago, University of Chicago Press, 1987, p. 368 y R. Beneduce, «Fantasmagories de la cure. Images de rédemption, routinisation de la vision et "textes cachés" dans les thérapies rituelles», *Cahiers d'Etudes Africaines*, sous presse.



en trance),<sup>5</sup> originan quizás aquí, desde aquella oscilación que articulando temporalidades diversas, pone en movimiento el pasado y lo reconfigura con un presente en el cual se puede intervenir. Si bien no puedan «alterar el curso de la vida y mutar el destino de un individuo», las acciones rituales sugeridas por el adivino lograrán al menos «influir los eventos del futuro inmediato» (Fortes, 1959, pp. 20-21).

El diagnóstico psiquiátrico, por el contrario, parece querer deshacerse de lo aleatorio: su rutina a veces asume el inexorable perfil de un cristal enterrado con violencia en el cuerpo de la experiencia, con el efecto de destrozar la «temporalidad humana».<sup>6</sup> Sin embargo, su estatuto a menudo se caracteriza por un pragmatismo resignado: se utiliza para lo que se necesita (una certificación médica, la solicitud por parte de un paciente para responder a una entidad), sin que alguien crea en gran parte lo que dice el diagnóstico de la persona diagnosticada. Aun así, uno de los perfiles más paradoxales del diagnóstico psiquiátrico, nace de la extraña conjunción entre su débil estructura epistemológica, de un lado y su eficacia performativa del otro. Es de un diagnóstico psiquiátrico, que a menudo depende la posibilidad o la imposibilidad de continuar ejerciendo el rol de padre, desempeñar un trabajo, obtener protección humanitaria en otro país, en fin, la vida de una persona. La «estigmatización» que acompaña en algunos casos la formulación de un diagnóstico psiquiátrico es solo la expresión más conocida de un subsuelo que en realidad es profundo y ambiguo, marcado por procedimientos desordenados, en cuyos intersticios se fabrican formas de subjetividad y se produce el destino de quien los atrapó.

Fanon, en la época en que escribía *Los condenados de la tierra* (*Les damnés de la terre*), había entendido claramente cómo la objetividad se dirige siempre en contra de los dominados (llamados «los colonizados», en su discurso). De igual forma, Toni Morrison ha recordado cómo el poder de definir siempre pertenece a aquellos que definen (a aquellos que, en nuestro caso, clasifican y diagnostican), jamás a aquellos que son definidos, como descubrirá a sus expensas uno de los personajes de *Beloved* (Morrison, 2005 [1987], p. 225). De cómo estas definiciones sean interiorizadas y asumidas como obvias, con-

---

5. Aquí estoy pensando en algunas de las más destacadas estrategias de adivinación de los dogon (Mali).

6. Para esta expresión, cfr. J. Brockmeier (2009, pp. 115-132).

tribuyendo a generar pasividad y sometimiento, se constituye uno de los más importantes campos de reflexión inaugurados por Basaglia en su crítica de las instituciones totales.<sup>7</sup> Sobre la escena de la objetividad diagnóstica o de aquella de la definición, se juega de hecho algo decisivo, algo muy cercano a aquello que Bourdieu llamó «lucha de las clasificaciones».

## La tentación del diagnóstico

La certeza que el conocimiento *a través* (de la observación), como recuerda la raíz griega del término «diagnóstico», no sea realizable en la misma medida y con la misma objetividad defendida por la medicina, no ha impedido a la psiquiatría retomar el canon y las exigencias de esta última. El conocimiento objetivo en las ciencias psicológicas ha constituido siempre una obsesión, de quien son testimonio las nueve ediciones del célebre tratado sobre las enfermedades mentales de Kraepelin. La historia de la psiquiatría es, en un plano epistemológico, la historia de sus procedimientos diagnósticos: cuestionados, provisorios, y en cada caso siempre firmemente conectados a los contextos y a sus protagonistas, a las contingencias de la Historia, a las infinitas tensiones que recorren aquello que llamamos «lo social». Sin embargo, su provisionalidad no ha conducido a la más obvia de las conclusiones: que la producción del diagnóstico está en psiquiatría *siempre* dominada por valores culturales, sensibilidad histórica, intereses hegemónicos, y que por lo tanto sigue como una sombra el curso de aquello que llamamos «mentalidad», y que reflejan los contrastes, los silencios y los antagonismos. En torno a la historia de los diagnósticos psiquiátricos, de su aparición y de su disolución, se podría escribir fácilmente una historia paralela concerniente a los valores dominantes (modelos de familia, estilos de comportamiento, ideas sobre la sexualidad, representaciones del Sujeto, etc.) y a las dinámicas contra-hegemónicas que estos inevitablemente han alimentado; desplazando conflictos y naturalizando sufrimientos cuyas raíces a menudo están en otro lugar (en la violencia de los mecanismos económicos, en el arbitraje de

---

7. Acá señalo, porque es menos conocida para el público italiano, el análisis de la experiencia propuesta por Scheper-Hughes (1986)

la ley o en la indiferencia de las instituciones)<sup>8</sup> el diagnóstico es quizás de todas las *instituciones imaginarias*, el más eficaz en ocultar su propio origen.<sup>9</sup>

Esto explica la atracción hipnótica que siempre ha ejercido y continúa ejerciendo la producción de nuevas tesis diagnósticas, de cuestionarios e inventarios, de escalas o *tout court* de nuevas categorías diagnósticas. En una reciente publicación de Sumerfield, que este define como «Industria de la salud mental», nos recuerda un principio fundamental:

Debemos ser conscientes que el orden político y económico trae ventajas cuando sufrimientos y disturbios que pueden estar relacionados con sus prácticas o sus elecciones políticas, son desplazados del espacio socio político, es decir de su dimensión de problema público y colectivo a un espacio mental (un problema privado e individual) (Summerfield, 2012, p. 521).

El impulso de emitir categorías diagnósticas parece, en efecto, haber encontrado en el continente del sufrimiento físico su inagotable Klondike, comparable, por la «creatividad», solo a la lúgubre fantasía de las operaciones militares (Flaming Dart, Scorched Earth, Desert Storm, Desert Fox, Cast Lead etc.). La *producción* diagnóstica, el lenguaje que nombrando un comportamiento, un malestar, lo sitúa en el camino de aquello que existe y es *ya* conocido, expresan bien el vértigo derivado de dar nombre a algo que se cree haber *descubierto* (aquí no se está muy lejos de la ilusión ostensible que Kripke señalaba como «ceremonia de bautismo»). No obstante, solo para algunas de estas vendrá la deseada investidura: el ingreso al Manual Diagnóstico Estadístico de la Psiquiatría Americana. Es aquí cuando otro milagro ocurre.

Una cuestión fundamental para la ciencia psiquiátrica es sin duda el estatuto ontológico del «trastorno mental». Un intento de definición podría ser aquel del Mental Health Act (del Reino Unido), que podemos esperar sea riguroso, desde el momento en que esto legitima el internamiento forzoso: un trastor-

---

8. Aquello en lo que pienso mientras escribo es, por ejemplo, la historia narrada en la película *Magdaleine*, de Peter Mullan, 2002.

9. Aquí se hace referencia a Castoriadis: «La relación entre señal y objeto (*signitive relation*) es cada vez, singular (“... se llama ...” es una relación única entre dos clases, y ésta no existe si no es única) y universalizable (disponer de tal relación significa, de hecho poder disponer de esta en todas partes [...]). La señal, como fantasma social, crea al mismo tiempo la posibilidad de su representación» (C. Castoriadis, 1987 [1975], pp. 244-247).

no mental es «cada trastorno o inhabilidad de la mente». Pero, esta no es de hecho una definición, es solo un razonamiento circular, una mera tautología. De hecho, la psiquiatría no tiene una respuesta a la pregunta

¿Qué es un trastorno mental? [...]. Si existen fenómenos que alcancen un nivel suficiente, entonces, se declara que un trastorno mental existe! *Esta es simplemente alquimia disfrazada de ciencia*. Una vez se declara algo como real, ello se convierte en real en sus consecuencias. En la práctica, las categorías psiquiátricas emergen como decisiones de las comisiones para el DSM [Diagnóstico Statistical Manual] o el ICD [International Classification of Diseases] basadas en conjuntos de síntomas reagrupados por nosotros, no por la naturaleza (Summerfield, 2012).<sup>10</sup>

Con esto, no quiero decir que los sufrimientos a los que se les da estas etiquetas no existan: simplemente, aquello que es fácil demostrar es que su *existencia* (más aun, su reconocimiento) como unidad, depende en buena parte del consenso social entorno a su identificación y categorización, un consenso a veces distraído que lo alimenta hasta cuando dirige su atención a otro lugar. Hablar en términos de existencia consensuada no significa entonces, debilitar el valor del desempeño de las categorías diagnósticas, al contrario. No es casualidad que justo de un diagnóstico, cuestionable respecto al TEPT (*Trastorno de Estrés Postraumático*), a menudo derive –como ya he planteado– la posibilidad de obtener un permiso de residencia (Beneduce, 2010; Fassin y D’Halluin) o, en el pasado, en la de conservar la vida, como en el caso de los «anormales» de los que escribe Foucault, perdonados de las acusaciones más graves, pero con el precio de retornar a ocupar aquel rol y aquel cuerpo que no era de ellos.<sup>11</sup>

---

10. La cursiva es mía. El DSM, cuya quinta edición es eminente, y el ICD, cuya undécima edición de espera para el 2015, son los sistemas clasificación diagnóstica internacional de los trastornos mentales (en la psiquiatría americana) y, respectivamente en uso en la Organización Mundial de la Salud. El último identifica todas las patologías, incluso aquellas psiquiátricas.

11. Me refiero a Marie Le Marcis y a Anna Grandjean, quienes fueron condenadas a muerte por sodomía y a la picota, y al exilio por la profanación del sagrado sacramento del matrimonio respectivamente, cuando después de haber asumido un rol masculino que estaba más a tono con sus deseos, intentaron casarse con mujeres. La intervención de los médicos y el diagnóstico de hermafroditismo, las salvaron de la condena, pero en ambos casos fueron forzadas a retomar su identidad femenina (M. Foucault, 1994, p. 1691). El padre de la Escuela Psiquiátrica de Algeri, Antoine Porot, logró un milagro similar salvando de la corte marcial a una joven suiza que había decidido aprender árabe, casarse con un argelino y defender el

Cada ideología, cada categoría socialmente relevante (por lo tanto culturalmente construida) interpela a los individuos en cuanto sujetos: esta constituye «los sujetos llamados a identificarse, a veces contra su propia voluntad, con el modo en que son designados, es una subjetividad que se conforma, al menos en parte, a este procedimiento» (Fassin, 2008, p. 533). Así escribe Fassin a propósito de la noción de trauma y de víctima, pero sus consideraciones pueden en buena medida ser aplicadas en general a nuestro discurso del diagnóstico. No obstante, dicha identificación excluye un espacio de ambivalencia, un subsuelo de ecos y murmullos infinitos, de *tácticas*, que pueden desarrollarse de acuerdo a formas inesperadas. Medida del poder y, al mismo tiempo, de la violencia del diagnóstico, estos rasgos obligan a reconocer hasta ahora una complejidad tanto política como epistemológica. El polémico perfil de aquello que puede ser definido como *producción social del diagnóstico psiquiátrico* es objeto de estas consideraciones. Por razones de espacio pretendo concentrarme en algunos ejemplos que más que otros indican el campo de acción privilegiado del diagnóstico psiquiátrico: la disciplina de la alteridad, donde la zona de la incomprendibilidad y de la desobediencia han a menudo terminado con el coincidir.

## **La compulsión diagnóstica en la psiquiatría colonial**

En 1851, Samuel Cartwright, médico americano en Haití, propuso un diagnóstico para aquellos comportamientos que desde su punto de vista eran considerados como anormales: *evidencias* de un trastorno que esperaba solo ser identificado, nombrado y clasificado. Sus pacientes pertenecían a un grupo (*homogéneo*), como diría un epidemiólogo: eran todos esclavos. El comportamiento patológico era el de la fuga, tercamente repetido sin importar los intentos fallidos y los severos castigos.

El diagnóstico propuesto debía tener, como siempre, un perfil científico, una etimología grandilocuente: se alejaba de su credibilidad. El nombre será el de

---

derecho a la independencia de Argelia, al punto de arriar la bandera francesa. ¿Cómo explicar, sino recurriendo a la idea de una pasión filantrópica desmesurada, o mejor una patológica prontamente diagnosticada como expresión de quijotismo, esas ideas políticamente peligrosas? Es en este poder del acto diagnóstico, en su capacidad de salvar una persona (o decretar su destino) que está su naturaleza propiamente política.

*drapetomania*, de δραπετης y *-mania-*, entonces: locura, furor por correr. Para evitar que el trastorno manifestase recurrencias, Cartwright había propuesto la solución de amputar el dedo gordo del pie. La obstinada «indiferencia» de los esclavos a los feroces castigos y al dolor físico le resultó incomprensible: ¿Cómo era posible que aquellos cuerpos tratados tan duramente no mostraran las reacciones esperadas? Su creatividad de diagnóstico no tenía límites: es verdad, se trataba de una forma de *Anesthesia Aethiopica*.

El hecho que un médico pueda ser así de ciego y así de cínico, no constituye un enigma si solo recordamos que el discurso de la ciencia no nace en un campo separado, y la verdad de la que quiere expresarse no es nunca autónoma del interés del grupo que la enuncia. Americano, blanco, en una isla maldita por la historia, mirada como el templo de los rituales sanguinarios, Carthwright se pone el problema de cómo domesticar aquellos cuerpos rebeldes. Si solo hubiese tenido el tiempo de leer el libro publicado algunos años atrás, *Narrative of the Life of Frederick Douglass, an American slave. Written by himself*, habría encontrado de un esclavo que logró escapar de su amo, las razones *secretas* de aquella obstinada manía y de la anestesia al dolor. Douglass describe así la vida de los esclavos en América:

El Sr. Hopkins era aún peor que el Sr. Weeden. Su ventaja era la habilidad que tenía en domar los esclavos. La característica principal de su gobierno era azotarlos anticipadamente. Lo hacía de manera en que siempre tenía a uno o más esclavos para azotar cada lunes por la mañana. Lo hacía para infundirles miedo y aterrorizar a los que habían huido. Su plan era azotar por la más pequeña ofensa, de modo de prevenir aquellas mayores. El Sr. Hopkins podía encontrar siempre una excusa para azotar un esclavo [...]. Una simple mirada, una palabra o un movimiento, un error, un accidente o la necesidad de reafirmar su poder, cualquier cosa servía para azotarlos en cualquier momento. ¿Un esclavo parecía estar insatisfecho? Entonces tiene el diablo adentro, y debe hacérselo salir con los golpes de un azote [...] (Douglass, 2003, p. 73).<sup>12</sup>

La psiquiatría en las colonias habría adquirido, animada por fines humanitarios y la voluntad de mejorar la asistencia médica, un rol en muchos casos similar, convirtiéndose en cómplice de un dispositivo de abusos, malentendidos y violencia. Desde Nigeria hasta Kenia, de Madagascar al Magreb y a Indonesia, un ejército

---

12. Jack Goody (1986) recuerda cómo las protestas de los esclavos asumieron a menudo la forma de la fuga.

de psiquiatras y de psicólogos continuó inventando categorías diagnósticas, ignorando la violencia y la experiencia de confusión característica del dominio colonial y la locura que esto generaba, pero escrutando con inútil obstinación el *alma berbera*, la mente africana y la mentalidad árabe (Keller, 2007).

La conquista y civilización, la domesticación y la evangelización, parecen no poder prescindir de esta santa alianza con el diagnóstico médico-psiquiátrico. La necesidad de poner una etiqueta para detonar un comportamiento, para interpretar en clave psicopatológica una acción ritual o política, ha representado por décadas una verdadera y propia compulsión. La cultura del Otro le sumaba un ulterior nivel de indescifrabilidad. Incomprensibles por definición, los locos terminaban por ser —en las colonias— doblemente extranjeros, pero esto ocurría particularmente cuando sus «delirios» tomaban perfiles inhabituales, por ejemplo, cuando los pacientes afirmaban tener una mina de plata, soñaban con ser ricos como el gobernador y vivir en su casa, o *sostenían* ser hijos de un inglés: como si en una época donde las uniones con las damas de la colonia, generalmente *ante la mirada de la violencia*, fuese imposible pensar ser hijos de un colono (Deleuze y Guattari han hablado de la colonia como una «diseminación de esperma»)(Vaughan, 1991, pp. 100-101).<sup>13</sup> Sin embargo, como se ha anticipado, la plena intangibilidad de un síntoma, de un sufrimiento, está en la Historia, y de esta hay a menudo una dolorosa.

En las *Lecciones* publicadas de manera póstuma entre 1822 y 1830, Hegel deseaba una abolición «gradual» de la esclavitud, sin embargo, la mayor preocupación parecía ser aquella de hacer a un lado al África para poder finalmente

---

13. Sobre la relación entre la raza, el deseo y la sexualidad en las colonias, cfr. R. J. C. Young (1995). Young recuerda cómo el doble motivo de la atracción y la repulsión por la alteridad era el reflejo del deseo de *incorporar y dominar* al Otro (materialmente y metafóricamente). La proliferación de términos enfocados a designar el *producto* de las uniones mixtas constituye una muestra evidente de estas obsesiones: en India, Risley logra distinguir unas 2378 castas y grupos tribales. Las categorías diagnósticas y los términos raciales constituyen procesos paralelos de codificación, al interior de un verdadero y propio «fervor taxonómico» (Young, 1995, pp. 174-180, p. 174). Que en el África colonial un negro *delirase* diciendo ser hijo de un inglés, por lo tanto solo constituía otra expresión más de los modos a menudo oblicuos, con los que un síntoma puede interpelar la historia y el presente.

concentrarse en «el real escenario de la historia».<sup>14</sup> Un siglo después, el filósofo italiano Benedetto Croce habría retomado con tonos casi idénticos estos conceptos y clasificado a la humanidad en

«Hombres que son actores y hombres que en la historia están pasivos, entre hombres que pertenecen a la historia y hombres de la naturaleza».<sup>15</sup> Ahora podemos hacernos la siguiente pregunta: ¿Cuáles habrían sido los modos que los africanos tenían para «entrar» en el escenario de la historia, para convertirse en actores y no en simples bienes «trop chers ou de mauvaise qualité» (muy caros o de mala calidad) y no simples cuerpos-moneda? Sobre todo, ¿cuál era el modo por medio del cual podían desear a permanecer en esta historia, a pesar de las previsiones pesimistas de du Chaillu?<sup>16</sup>

---

14. «Ce que nous comprenons en somme sous le nom d'Afrique, c'est ce qui n'a point d'histoire et n'est pas éclo, ce qui est renfermé encore tout à fait dans l'esprit naturel et qui devait être simplement présenté ici *au seuil de l'histoire universelle* » (1998, p. 80). La cursiva es mía.

15. «Hacia esta segunda clase de criaturas, que *zoológicamente y no históricamente son hombres*, se ejerce, como en el caso de los animales, el dominio, y se busca domesticarlos y adiestrarlos, y en ciertos casos, cuando no se puede hacer nada más, se dejan vivir al margen, prohibiéndose la crueldad que es culpa contra cualquier forma de vida, pero dejando además que se extinga la estirpe, como sucedió con aquellas razas americanas que se retraían y morían (de acuerdo con la imagen que agrada) frente a la civilización, que para ellos era insoportable. Se trata ciertamente, desde un primer momento y se esfuerza en despertar en los hombres la merced de las convicciones religiosas, de la dura disciplina, de la paciente educación e instrucción, y de estímulos y castigos políticos, que es lo que se llama la incivilidad de los barbaros y la humanización de los salvajes. Pero si esto y mientras esto, no se haga en qué modo que se puede tener recuerdos comunes con ellos, *que se obstinan a no entrar en la historia*, cuál es lucha de libertad?» [las cursivas son mías] (Croce, citado en de Martino, 1962, p. 64). Ejemplos de esta geografía racial marcan la producción intelectual también en otras disciplinas. Así escribe por ejemplo Boigey (1908) a comienzos del siglo pasado: «*Qu'est-ce qu'un Musulman? [...] C'est un homme qui est resté tel qu'il fut à son début. Il a les mêmes passions, les mêmes manies, les mêmes vices, les mêmes extravagances, les mêmes ardeurs, les mêmes impulsions, le même horizon intellectuel que ceux de ses coreligionnaires qui furent contemporains de Mahomet. C'est un homme qui ne peut subsister que dans des régions exceptionnellement fertiles et chaudes où le travail manuel, indispensable pour assurer la subsistance des hommes, soit réduit au minimum*» (p. 6-7).

16. «*De toutes les races étrangères à la civilisation, la race nègre est assurément la plus éducable et la plus docile; elle possède d'excellentes qualités, fort capables de balancer les mauvaises. Nous devons donc lui montrer de la bienveillance et chercher à l'élever de plus en plus. Que cette race doive disparaître de la terre dans un temps plus ou moins éloigné, c'est, malheureusement, ce qui n'est guère douteux. Elle ira rejoindre les autres races inférieures qui l'ont précédée. Voilà l'histoire que nous lui prédisons*» (du Chaillu, 1868, p. 354).



La *culture bound syndromes* constituyen un escenario particularmente elocuente para explorar la producción de la subjetividad y las formas de la conciencia histórica en el contexto colonial.<sup>17</sup> En el furor que contra distingue la elaboración, la voluntad clasificatoria, el gobierno de la alteridad y la especulación teórica se alimentaron mutuamente. La noción de *amok* (una furia homicida descrita en diversos países asiáticos, una forma de «tanatomanía», según la lapidaria fórmula de Marcel Mauss) o aquella de *pibloktoq* («histeria ártica»; fig. 1), tendrán que esperar mucho tiempo, ya que fue reconocida en su totalidad su compleja articulación con los acontecimientos históricos, de los que eran, de algún modo, el reflejo oblicuo: en el primer caso, de una manifestación de sufrimiento con carácter suicida, exacerbada por la expropiación y por la humillación, y en el segundo, por las proyecciones de exploradores que habían ignorado el trágico problema del hambre y del estrés determinados por la colisión con las leyes y los vínculos impuestos por los colonos a las tradiciones actividades de caza y pesca de las poblaciones arcaicas. Estos ejemplos de separación del sufrimiento del contexto del que emergía, son verdaderos presagios de problemas que no pararían de asediar a la post colonia (pienso en el debate concerniente al «lugar de la cultura» en las recientes clasificaciones de la psiquiatría americana).

Los casos más elocuentes de esta ceguera, de esta violencia epistemológica en época colonial, siguen siendo aquellos interpretados por movimientos revolucionarios anticoloniales y formas de resistencia política en clave psicopatológica: como en Kenia, por el psiquiatra Carothers, o en Madagascar por el psicólogo Mannoni. Admitir la existencia de un proyecto político era tan difícil, que formas de sabotaje y acciones militares terminaban por ser reconducidas inexorablemente a una presunta «psicología de la selva» (así se expresa Carothers, respecto a los Mau Mau, en 1945 en un documento para el gobierno británico), o a un «complejo de dependencia» (la expresión de Mannoni).

Estas fórmulas sugieren un problema común: la propensión a construir fetiches lingüísticos bajo la forma de diagnóstico. Si uso aquí la noción de fetiche, es para evocar la naturaleza heteróclita de estas categorías (especu-

---

17. El texto de referencia sigue siendo Simons y Hughes (1985). Para otras referencias bibliográficas ver Beneduce (2007).

## Figura 01

Algunos exploradores contienen con una camisa de fuerza a una mujer afectada de pibloktoq, 1909.



Fuente: D. Lyle (1995).

laciones clínicas, léxico psicológico, observaciones tomadas de registros de viaje o documentos redactados por administradores, juicios morales). Sin embargo, la razón es otra, y está en aquella lógica metonímica que Agamben recuerda también como típica de los fetiches: ponerse en lugar de un ausente (en nuestro caso, el diagnóstico está en el lugar de otra verdad, de un deseo ignorado, de un cuerpo cancelado).

Es un episodio ejemplar que domina la peculiar relación entre cuerpos, cosas y conciencia histórica que ocupa más a menudo la escena colonial.

En los inicios del siglo veinte, en Kenia, una singular epidemia atrajo la curiosidad de los administradores coloniales y de los etnólogos. Denominada con la habitual creatividad nosográfica («infectious manie», «épidémie

hystérique»), el síndrome fue rápidamente clasificado entre otros cultos proféticos (*Dini ya Msambwa*). El culto profético se difunde considerablemente antes de ser reprimido, para reemerger después como un río subterráneo, encontrando otras, más crueles, expresiones en movimiento como aquella de los Mau Mau (Mahone, 2006).<sup>18</sup>

Una historia similar es descrita por Hunt en relación a Maria 'Nkoi: sanadora y profeta, que después de ser agredida por un leopardo que con sus garras le hiere la cabeza, comienza a predicar la cercana expulsión de los blancos, a pedir la destrucción de amuletos, invitando a no pagar los impuestos y a rechazar el tener que entrar al bosque por el caucho, pues de lo contrario sus leopardos habrían agredido a los desobedientes (Hunt, 2016). Sin que haya un modo de profundizar un perfil decisivo, quiero al menos recordar lo que Balandier resaltaba ya en 1955, recordando como «la problematique politique s'est surtout exprimée, durant la periode coloniale, dans le langage de la religion».<sup>19</sup>

Los curanderos y los profetas eran percibidos en muchos casos como los enfermos, a menudo epilépticos o neuróticos pero al mismo tiempo sabios conocedores de remedios y peligrosos agitadores, los espíritus por su parte podían asumir formas y nombres que pulverizaban las habituales divisiones entre lo sacro y lo profano, como en el caso del profeta Ndoye, que afirmaba recibir libros y telegramas desde lo alto, y cuyo dios –recuerda Mahine– tenía como nombre *Simiti*, literalmente «cementerio»

---

18. Hunt propone la feliz expresión de «therapeutic insurgency» para definir esta y otras formas de protesta. Episodios como aquellos reportados son la mejor prueba de la célebre tesis expresada por Gramsci en el Quaderno 25, donde el autor recuerda como las manifestaciones de rebelión popular tienen un carácter prevalentemente fragmentario o *individual* y son normalmente definidas por grupos dominantes como manifestaciones *patológicas* o *primitivas*: «En lugar de estudiar los orígenes de un advenimiento colectivo, y las razones de su difusión, de su ser colectivo, se aislaba al protagonista y se limitaban a hacer la biografía patológica [...]: para una elite social, los elementos de los grupos subalternos han siempre algo de bárbarico y patológico» (Gramsci, 1975).

19. Balandier G., *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris, PUF, 1982, p. VI. Recientemente, Elis y Più ter Haar han afirmado sobre las relación entre política y religión en África, que la religión «constitutes a field of action that believers occupy and may control [...]. More than a reflection of external forces, religious action is a form of self-fashioning. Religious performances reconstitute people as moral agents, using techniques that have profound historical resonance» (Ellis, 2003, p. 15).

Lo que quiero recordar es un aspecto particular de aquel «trastorno». Al desencadenar la epilepsia, era de hecho la visión de un objeto: un elemento militar, como recuerda Neligan (1911) en una guía rápida con fotografías de un episodio ocurrido en su presencia. Una mujer al ver su casco, se había desplomado al piso presa de violentos temblores. El acontecer de los eventos descritos no es menos elocuente. Algunas horas después, cuando Neligan pide información sobre la salud de esta mujer, le dicen que ella habría estado mejor solo si él le hubiese escrito una carta. Neligan acepta diligentemente hacer lo que le pidieron por el bienestar de la mujer:

I tore off a piece of a magazine I was reading and just ran a pencil over it and sent it over. The woman then sent back for some matches, which I sent; she then lit the paper and put the lighted paper in her mouth, and the alleged devil was exorcised. From beginning to end this woman was in this fit about 31 hours. Next morning I saw her and she was perfectly all right and did not mind my helmet in the least (Neligan, 1911, p. 49).

La crisis de epilepsia, luego la cura realizada quemando y luego ingiriendo una «carta» escrita por el administrador colonial inglés, simbolizan perfectamente la relación de ambivalencia ahora instituida con la «cosa blanca». El primero, un objeto fóbico (el elemento militar) y el segundo, uno terapéutico (la carta), la colonia fue la división cotidianamente experimentada en el mundo de sus objetos, como Fanon había demostrado magistralmente.

El singular encuentro entre la exigencia colonial de medicar y de patologización del desacuerdo, y la ciencia antropológica y psiquiátrica, que presentaban sus propias teorías para interpretar en términos de sufrimiento físico los efectos de la modernización impuesta a las poblaciones colonizadas, habrían transformado estas manifestaciones de conflicto en el enésimo trastorno cultural. Los ejemplos no habrían faltado en las colonias italianas, como Libia, donde el psiquiatra Bravi habría utilizado fórmulas como «psicosis de civilización» y «temperamento paleopsicológico» para etiquetar el sufrimiento de una mujer libia sobre el fondo de las contradicciones que caracterizaban las relaciones entre las mujeres colonizadas y los hombres italianos.<sup>20</sup>

---

20. El caso se describe en detalle en la espléndida investigación de M. Scarfone (2014, p. 419-436).

En el conjunto, las polémicas del diagnóstico psiquiátrico en las colonias asumen a menudo el perfil de aquellas que han sido definidas como *políticas de la identificación* (Fuss, 1994). La cuestión racial, un «sistema semiótico disfrazado bajo la forma de etnología» (Young, 1995, p. 180), contribuyó por su parte a ofrecer nuevos criterios para distinguir y clasificar, que fueron rápidamente recogidos por una psiquiatría nutrida por el evolucionismo: la corteza cerebral de los africanos, más delgada que la de los europeos; la impulsividad criminal de los árabes; las inclinaciones a mentir y a robar de los norafricanos. Una referencia al tema de la así llamada *actitud persecutoria*, imaginada por mucho tiempo como una característica de la sociedad africana, permite resaltar un aspecto no lejano de la construcción de la diferencia recién evocada. La psiquiatría y la antropología han considerado por largo tiempo la interpretación persecutoria de las desventuras o de los sufrimientos (su atribución, es decir, a la intención hostil de un vecino un familiar) como el rasgo distintivo de una presunta «paranoia cultural». Aun cuando era fácil admitir que una propensión *culturalmente sancionada* no debiera ser necesariamente patológica, se pasaba por alto relacionarla con una historia hecha de expropiaciones y de abusos.

No obstante, hay trabajos<sup>21</sup> en los cuales la propensión al secreto y a la disimulación, la producción de un *habitus bellico* y de una retórica del secreto, pueden ser relacionados con un vasto horizonte de experiencias y de eventos históricos (la trata de esclavos, la explotación del trabajo forzoso, la traición por parte de miembros del mismo pueblo o de la propia familia). En un escenario de incertidumbre generalizada, de violencia y de terror, los «delirios de persecución» asumen también otro perfil, convirtiéndose en alegorías perfectas de los dramáticos cambios evocados. Por otra parte, el colonialismo era «por naturaleza persecutorio» (Sadowski, 1994, p. 70).

La generalizada propensión de sentirse víctima de agresiones «místicas» y de la *disposición* persecutoria muy común en estas sociedades, no son en definitiva una característica de las culturas locales, de su psicología, sino más bien la huella de la historia, como la neurosis de los Martiniqueses (Fanon). No deja de tener interés que una formulación de este problema se haya enfocado en los inmigrantes africanos, o en los Estados Unidos, en

---

21. Véase M. Ferme (2001) y R. Shaw (2000).

los Afro-Americanos, dentro los cuales se ha querido distinguir las dimensiones culturales (los motivos de la hechicería, por ejemplo) y dimensiones *clínicas* («racismo percibido») en el síntoma más frecuentemente observado, precisamente el del delirio paranoico. Tal modo de formular el problema, sin embargo, arriesga una vez más de ocultar la relación inseparable entre estilos culturales, experiencias históricas de expropiación y sufrimiento físico. Cuando hoy en los Estados Unidos se promueven conmemoraciones de Bedford Forrest, el fundador del Ku Klux Klan,<sup>22</sup> cuando en Francia un superior puede expresar su ironía llamando a tres hombres originarios de Guadalupe «Banania»,<sup>23</sup> ¿es todavía posible hablar de una percepción *paranoica* de las poblaciones africanas o tendremos que considerar su «síntoma» como el revelador epistemológico de un problema trágico y sin resolver? Los síntomas siempre incorporan múltiples nodos: la diagnosis que no sabe reconocer el doloroso tejido de la historia y el sufrimiento, el laberinto dibujado en ellos *del embarcarse de temporalidades*<sup>24</sup> distintas, procede de hecho a un nuevo acto de «cirugía social».<sup>25</sup> El dossier de la diagnosis psiquiátrica exige ser reabierto también por otras razones.

## **Cuerpos sospechosos**

El cuerpo enfermo del emigrante ha sido siempre percibido como un «cuerpo sospechoso», por retomar la bella expresión de Bennani. Si los extranjeros se ausentaban por enfermedad, la categoría de una pereza congénita de las sociedades norafricanas (como escribía Porot, en su *Manuel Alphabétique de Psychiatrie*) habría explicado aquel comportamiento, si después de un accidente de trabajo se quejaban de dolencias que no habían sido posible demostrar como una *lesión en un órgano*, recibían el diagnóstico de *sinistrosos*, una categoría retomada con

---

22. Agradezco a Simona Taliani por esta información.

23. Uno de ellos, obligado a trabajar nuevamente con el que lo había maltratado, tras el fracaso del caso interpuesto contra su superior, se suicidó.

24. Esta fórmula es utilizada Jean-François Bayart.

25. La expresión es de E. Chancelè, y retomada por G. Balandier (1951).

rapidez en Francia del léxico utilizado por la clase proletaria.<sup>26</sup> Sayad retomó en *La double absence*, los dilemas y la experiencia del inmigrante al respecto de la enfermedad, de su cuerpo ahora inútil para trabajar. También recuerda, como ya lo habían hecho Fanon y Bennani, el singular reverberar de sospecha entorno a su cuerpo maldito: porque el inmigrante, víctima de todos los posibles clichés, es sospechoso de perturbar el orden estético, social y nacional pero también, añade Sayad, del orden sanitario.<sup>27</sup> El inmigrante altera este orden sanitario en forma particular, cuando destroza los territorios diagnósticos.

En 1964, hace casi cincuenta años, Risso (raro *trait d'union* en Italia entre una psiquiatría iluminada por la antropología cultural y una psiquiatría crítica de las instituciones y de su violencia) publicó en Suiza con Böker un libro inolvidable, que debió esperar muchos años antes de ser traducido al italiano con el título de *Sortilegio e delirio* (Sortilegio y delirio). Risso y Böker se esforzaron en comprender el particular lenguaje de la enfermedad, las metáforas somáticas del sufrimiento y las estrategias de cura al interior de una prospectiva metodológicamente rigurosa, sensible a las culturas de origen de sus pacientes: inmigrantes italianos provenientes de las regiones del Sur, que estaban en Suiza, dominados por la idea de «ser movidos por», según la fórmula demartiniana.

Los autores estaban restringidos a admitir que en muchos casos aquellos pacientes habían estado «curados clínicamente» no de los psicofármacos o de otras terapias psiquiátricas, sino de amuletos enviados por los *magiari*, y la prudencia los llevaba a sostener que –a riesgo de confundir al lector con la descripción minuciosa de los síntomas– no era posible concluir por un diagnóstico tomado de uno de los manuales diagnósticos entonces disponibles. Su cautela cincuenta años después, no parecía haber enseñado mucho. Las ilusiones diagnósticas, la pretensión de reconducir la totalidad de las experiencias y los cuadros clínicos familiares, constituyen un límite persistente que proyecta una sombra sobre los tests y sobre las prácticas diagnósticas utilizadas hoy en el caso de pacientes extranjeros.

---

26. Con su habitual ironía, en 1953 el joven Fanon escribía que muchos médicos franceses, orientados por sus prejuicios racistas, eran propensos a hablar sobre un misterioso *Síndrome norafricano*. Desde un punto de vista no muy diferente, Sayad criticaba la banalización de la cultura y habló de una *jinnofobia*.

27. Si el inmigrante se siente «estar bajo vigilancia», según Sayan, terminará por tener desconfianza y sospechas en la medicina y en los servicios sociales del país de acogida.



Puede ser útil recordar el caso del Thematic Apperception Test (TAT), que ya en los años 50 y 60 había sido el centro de un intenso debate. Fanon y Geronimi, al aplicarlo en pacientes del hospital de Blida en Argelia, habían indicado de forma concisa los «límites del método». Esas mujeres, cuyas asociaciones no podían ser *libres* en el contexto de la colonia, que no podían apropiarse de un imaginario que para ellas era desconocido y hostil, permanecían mudas, o persistían en minuciosas descripciones de los detalles, haciendo así naufragar inevitablemente la aplicación del test. La imaginación poderse saciar de realidad para poder funcionar, escribían los autores, pero en un mundo separado y alienado como el colonial, el test está desprovisto de cualquier validez.

La conciencia de los límites de un test construido al interior de un horizonte particular simbólico-cultural había incitado a Ombredane, psicólogo en el Congo Belga, a formular con la ayuda de Duboscq, amigo y pintor, una versión del TAT que su autor imaginó como mejor *adaptada* al contexto africano. Nace así el «TAT Congo»: a las siluetas de hombres, mujeres y niños blancos, a la sombra de trajes y gestos inciertos, se sustituían por cuerpos de africanos cuyos perfiles recordaban las pinturas de Modigliani. Esbozados con los músculos tensos, la mirada asustada y como tragados por la oscuridad de la selva), desnudos o semidesnudos al lado de un colono con su típico casco o uno en frente al otro; cfr. Figura 2), estos perfiles ven gradualmente transformada su naturaleza: manos de garra y bocas feroces los «negros» pintados por Duboscq son el testimonio de la modalidad particular con la que eran percibidos y representados los cuerpos de los africanos, su sensualidad, sus gestos. No es de sorprender si las respuestas a aquellas tablas denotaban a menudo ansia o dejaban emerger fantasmas de agresividad oral.



## **Figura 02**

Planche 4. Diseño de J. Duboscq.<sup>28</sup>



Fuente: A. Bullard (1995).

Los intentos grotescos de aplicar un test que ya desde su origen revelaban no poca fragilidad en cuanto su constitución,<sup>29</sup> continúan a asediar como fantasmas inquietantes los procedimientos diagnósticos hoy utilizados en la clínica de la migración. Los desastrosos resultados derivados de tales prácticas nacen de la ingenua pretensión de extraer de estas estrategias elementos para

---

28. La imagen original se puede consultar en André Ombredane (1969); más sobre este asunto en Roberto Beneduce (2007).

29. Quizás es útil recordar que las tablas fueron construidas con material que reproducía en parte imágenes tomadas de revistas americanas de los años 30.

conocer, medir y predecir. Es de hecho, de procedimientos anónimos como este, que a menudo se alcanza la última pieza a partir de la cual las observaciones sobre los modos con los que una madre africana se relaciona con los hijos, cuidando su cuerpo, peinando su cabello, serán interpretados y un niño separado de sus padres.<sup>30</sup> De ellas, sin embargo, no basta dar un juicio moral, ni definir las como el producto de una ignorancia arrogante. El asunto, es aún más complejo, revelador de un auténtico conflicto de soberanía que justo en el cuerpo celebra su encuentro cotidiano (Sayad, decía que el inmigrante descubre su individualidad solo para perder la posesión de su propio cuerpo). Estas prácticas diagnósticas y los principios sobre los cuales se basan decisiones evocadas, constituyen una expresión particularmente eficaz de aquellas que se definen como «tecnologías de la ciudadanía» (Inda, 2006).<sup>31</sup> El uso de procedimientos diagnósticos inapropiados en asuntos como una madre extranjera estigmatizada por sus pasadas experiencias en la prostitución (Taliani, 2012),<sup>32</sup> constituyen un claro ejemplo de *violencia epistémica*.

Esta fórmula hace referencia a un conjunto de conceptos muy útiles para nuestro discurso. Propuesta por Spivak (1988), basándose en un análisis crítico del trabajo de Foucault y Deleuze,<sup>33</sup> la noción de la violencia epistémica ha sido utilizada en muchas formas. En el caso de la investigación psicológica, esta quiere evidenciar el impacto negativo de especulaciones teóricas, de prácticas y de representaciones que han hecho posibles afirmaciones sobre la presunta inferioridad del Otro o recomendaciones que violan sus derechos (Teo, 2008, p. 57). La referencia de Spivak a los *saberes dominados* (Foucault), también me da la clave para considerar otro problema, el estatuto de la alteridad cultural y de la soberanía cultural como formas de soberanía política.

---

30. Estos temas de la investigación de Taliani son tratados en Beneduce y Taliani (2013). Sobre la noción de «soberanía corpórea» como forma de soberanía cultural y política (Ecks, 2004).

31. La existencia de dispositivos de control cada vez más minuciosos de la existencia de inmigrantes acogidos en diversas comunidades, parecen repetir *ad infinitum* la misma lógica del *panóptico*: panóptico *miniaturizado* y difuso, con la diferencia que quien escruta y controla puede ser en estos casos a su vez escrutado, y que el lugar no es la prisión sino la vida ordinaria.

32. Se podría evocar lo que Foucault (1994) escribió al respecto, «potencia etiológica ilimitada de la sexualidad».

33. Aquí no tomó en cuenta este debate. Para la referencia consultar Foucault (1980).

## ¿Un diagnóstico psiquiátrico o «cultural»?

De Certau afirma un principio que en modos diversos también Sayad había tomado, relacionando la inmigración y el «*pensamiento de Estado*»: la presencia de los inmigrantes en nuestras sociedades *invierte poco a poco la relación etnológica*, es decir, las relaciones establecidas en el tiempo de la colonia. Su presencia tiene un efecto preciso: «Confunde nuestras distinciones étnicas (intelectuales o administrativas)» (De Certau, 2007, p. 221).

La pregunta planteada por De Certau es la premisa sobre la cual se mueve mi intento de sacar a la luz las debilidades de estos análisis, que pretenden inscribir en nuestras clasificaciones experiencias y metáforas recalitrantes, separando perfiles que sin embargo, mantienen una estructura de continuidad (entre lo económico y lo cultural, entre lo cultural y lo clínico y por ultimo entre lo político y lo cultural).<sup>34</sup>

El planteamiento en una reflexión sobre diagnóstico y disciplina de la alteridad tiene entre sus causas la aparición de algunos trabajos publicados por prestigiosas revistas antropológicas, que asumen una perspectiva *inusual*, por así decirlo, sobre el diagnóstico psiquiátrico. El primer trabajo publicado en la *American Ethnologist*, tiene un mayor interés: concierne a las prácticas del etnopsiquiatra en Italia y Francia. La autora afirma textualmente que para el etnopsiquiatra, «el recurso del bagaje cultural –o a la representación que le dé la etnopsiquiatría– es la premisa de la cura y para lograr adaptarse a la sociedad anfitriona sin abdicar a su propia diferencia» (Giordano, 2008, p. 589). Esta síntesis, un poco grotesca del trabajo clínico del etnopsiquiatra, se enriquece de una nueva definición: la etnopsiquiatría pretende conferir una «ciudadanía cultural» a sus pacientes, es más «rehacer otros» (*remaking other*) a los pacientes extranjeros (sic!). En el trabajo de campo en un centro etnopsiquiátrico, la autora declara también haber observado que «el olvido del sufrimiento tiene sus efectos colaterales. En algunos casos el uso de la cultura como sustituto del diagnóstico

---

34. De Certau recuerda como existen, por debajo de aquellas que nos parecen *formas culturales*, fragmentos de economía pertenecientes a lógicas diversas del mercado y por lo tanto no reconocibles como tales (y viceversa, existen perfiles culturales en aquellas que nos obstinamos a definir como simples leyes económicas). Desde aquí la invitación a repensar «las divisiones occidentales del conocimiento» y a mirar con atención a los «derechos de la colectividad» movilizados por un idioma o por una historia común.

provocaría «*ansiedad en el paciente*».<sup>35</sup> Esta afirmación requiere un breve comentario. Considerar la *cultura* como un sustituto del *diagnóstico psiquiátrico*, hace parte de aquellas dicotomías sin fundamento, que ni el etnopsiquiatra, ni la psiquiatría transcultural (me refiero a aquellas coherentemente inspiradas a la epistemología de Georges Devereux, Ernesto de Martino o Michele Risso) han empleado a su principio.

Una definición estricta de las nociones de *competencia cultural* (Kirmayer, 2008) tiene de hecho otras implicaciones que aquella de oponerse a un diagnóstico médico-psiquiatra, la cultura del paciente. Sin embargo, resulta aún más sorprendente el supuesto implícito en esta oposición: es como si el diagnóstico psiquiátrico no constituyese en sí mismo una práctica cultural. En el transcurso de los últimos veinte años, una extensa literatura no ha parado de recordar las dimensiones culturales y políticas de la diagnosis médica y psiquiátrica, sus efectos de naturalización y de camuflaje de conflictos sociales o interpersonales. En 1992 Nancy Scheper-Hughes escribe del modo en que era utilizada la categoría de «ansiedad» por parte de los médicos y psiquiatras brasileños en el caso de madres pobres de las favelas, cuyos síntomas de irritabilidad e insomnio eran tratados con psicofármacos, pero en realidad estaban afectadas por una condición muy común: desnutrición crónica. Bourgois, recuerda como en Los Ángeles los

---

35. Las limitaciones de espacio me impiden retomar otros apartados de este trabajo, sobre los cuales en cambio estoy de acuerdo. Sin embargo, nos deja perplejos el valor etnográfico de un «trabajo de campo» que al hablar de una historia precisa (el caso de una mujer nigeriana), funde en una especie de patchwork biográfico elementos tomados de historias diversas, como si pudiera fácilmente documentar sobre la base de los archivos clínicos existentes en el Centro Fanon. Por otro lado, habrían bastado otras medidas para proteger el anonimato, quizás más respetuosas con su historia. Lo que aquí estamos presenciando es de hecho la construcción de un maniquí narrativo, al que se le hacen usar diferentes vestidos con el único propósito de asegurarle a la narración una plena coherencia (un límite que Renato Rosaldo había denunciado como característico de muchas etnografías). Es un poco como si Dora, o el hombre de los lobos, o Tuhami, no fuesen otra cosa que «composiciones»: mujeres y hombres diferentes, a los cuales la alquimia de un nombre les ha dado una unidad mágica... Si así fuese la lectura de casos clínicos y de las narraciones etnográficas serían poco más que un pasatiempo! El nativo, que en este caso por una afortunada coincidencia también es antropólogo, puede, sin embargo tomar la palabra, a diferencia de lo que sucedió con Ogotemmel, Quesalid, Muchona el Calabrone, Nisa y otros personajes vueltos celebres por los antropólogos en el siglo pasado. Estas reflexiones críticas han de entenderse aquí como un acto de justicia hecha en su nombre.

consumidores de drogas que se lamentaban insistentemente en la salas de urgencia de dolores en la columna vertebral, eran considerados a menudo solo como individuos fastidiosos en busca de anestésicos: lo que se pierde de vista es la posibilidad concreta de que el origen de estos dolores sean lesiones tuberculosas en las vértebras, con consecuencias desastrosas. Aihwa Ong toma en consideración —a partir de los trabajos de Nancy Fraser— los perversos dispositivos de la *therapeutocrazie* y de la remoción sistémica de la dimensión cultural de la medicalización de las necesidades y del sufrimiento de los refugiados camboyanos que llegaron a los Estados Unidos entre los años 70 y 80 (Scheper-Hughes, 1992; Bourgois, 2008; Ong, 2003).

Asumir la alteridad como una cuestión sobre la cual interrogar nuestra epistemología clínica no significa esencializar la cultura, sencillamente significa explorar la gama completa de las experiencias y las identificaciones de un paciente, como lo hace cada psicoterapeuta que amerite llamarse así. Cuestionar el lenguaje del paciente, tomar *al pie de la letra* sus angustias sin traducirlas en simples *metáforas*,<sup>36</sup> en definitiva significa no exorcizar la alteridad, como continúan haciendo aquellos que sin tener en cuenta la historia del paciente y los mundos morales de las que sus palabras vacilantes son pruebas, a menudo solo tienen la urgencia de encontrar una etiqueta. Ian Hacking, reflexionando sobre temas no muy distantes a los aquí planteados (el modo en que han sido interpretadas las experiencias como el trance y la posesión), observa que han sido los psiquiatras, con la creciente hegemonía de las propias categorías, a continuar hoy el proceso de colonización de la conciencia, que en un tiempo era la labor de los misionarios (Hacking, 1996 [1994]). El mismo autor, en otros trabajos, ha explorado como las categorías psiquiátricas participan materialmente en la construcción de nuestro yo, de nuestra experiencia, dentro de un auténtico proceso de «making up» (invención): utilizamos estas categorías en un proceso de autoconstrucción, una ontología *histórica* en la cual se precipitan y se entrelazan las dimensiones del saber, del poder y de la ética. No estamos solamente interiorizando discursos hegemónicos y representaciones: estamos literalmente inventando aquello que somos (Hacking, 2002).

El segundo trabajo que pretendo recordar tiene la ventaja de hacernos avanzar aún más en nuestra reflexión sobre la pragmática de la diagnosis

---

36. Sobre estos temas ver también West (2007).

psiquiátrica. Nuestros autores narran las historias de tres mujeres vietnamitas en Australia, cuyo sufrimiento físico nacía al interior de un contexto familiar y social marcado por la violencia, la exclusión, la precariedad y la arbitrariedad. Cuando comenzaron los trastornos (alucinaciones auditivas), una de las mujeres cuya historia se narra pide ver a un psiquiatra. El diagnóstico que recibe (esquizofrenia), no hace mención al contexto en que se dieron las cosas, solo legitima un macizo tratamiento farmacológico. Aun así, según los autores, el recorrido psiquiátrico consentiría a esta mujer un auténtico proceso de «empowerment». Esta es su conclusión:

El significado del diagnóstico recibido por el psiquiatra no era muy claro en la historia de Nhu. Esto a pesar [...] que ella se identificaba como una persona afectada por la depresión y la esquizofrenia. Sin embargo, [...], al describirnos aquello que comprendía el diagnóstico de su enfermedad no tenía mucho que ver con el significado atribuido por los médicos australianos en aquellos términos [...]. Nhu parecía confundir su propia enfermedad con los efectos colaterales de las medicinas que le suministraban: «con la esquizofrenia mis brazos y mis piernas se han vuelto débiles y flácidas, y solo tengo ganas de permanecer acostada, tengo vértigo» (Killingsworth, Kokanovic, Huong Tran y Dowrick, 2010, p. 113).

La distancia entre la interpretación de los médicos y aquello que habían comprendido los pacientes de su propio sufrimiento, parecería, sin embargo, según los autores «no haber constituido fuente de alienación y disminución de poder». Al contrario, esta habría «ofrecido la posibilidad de dar un significado a sus enfermedades y producir sus propias historias médicas de redención (*medical redemptive narratives*)» Killingsworth, Kokanovic, Huong Tran y Dowrick, 2010, p. 21). Las conclusiones generadas me dejaron perplejo por diversas razones, y no creo que se pueda definir la brecha entre el discurso de los médicos y el de los pacientes como un caso de *feliz malentendido*. Los medicamentos produjeron en estas mujeres grandes efectos colaterales, el motivo de su administración es, por decir, un poco dudoso (el análisis de las historias narradas no tiene nada que ver con lo que entendemos con el término «esquizofrenia») y haber medicado conflictos de género y violencia familiar no aclara para nada las sombras de aquellos vínculos. El hecho de que los pacientes hayan podido beneficiarse de la distancia de las familias es comprensible, que hayan desarrollado una

forma de *resistencia* al poder ejercido en contra de ellos gracias a la hospitalización, también es probable. Sin embargo, la conclusión según la cual los diagnósticos recibidos harían parte de sus *historias de redención médica* no convencen: que una paciente confunda los efectos provocados por los medicamentos, de los que evidentemente fue poco o no informada, con la propia enfermedad, no tiene mucho que ver con un mayor poder social. Por el contrario, la soberanía de las pacientes es sacrificada en lo que respecta a sus propias experiencias. La violencia del diagnóstico, la mistificación de la cual pueden hacerse responsables las etiologías invocadas al interpretar un trastorno, no son de hecho monopolio de la psiquiatría occidental y del DSM. Incluso el conocimiento médico tradicional, en donde confirman el orden de las cosas o la «coherencia espiritual» del grupo (Lévi-Strauss) en detrimento de las otras preocupaciones, de otras narraciones, arriesga a reproducir una violencia análoga (Beneduce, 2012).

## **Revelar y esconder**

Lévi-Strauss había reconocido en la disparidad entre significados y objetos del universo a los cuales atribuir la naciente preocupación característica de la condición humana y el origen del pensamiento mágico. Atormentado entre estos dos sistemas de referencia (el del significante y el del significado), el hombre pediría a la magia un nuevo sistema de referencia por medio del cual los elementos contradictorios de los primeros dos puedan ser integrados.

La lógica de la diagnosis psiquiátrica, más allá de sus incertezas o de la violencia epistemológica que a menudo la caracteriza, o del carácter propiamente grotesco de sus nuevas *formaciones* (como el Síndrome de la alienación parental), parece repetir de cierta forma algo análogo al gesto de la magia y a intentar ser, como esta, el espacio donde el exceso de significantes (el mundo de los síntomas, las experiencias y los idiomas del sufrimiento, la necesidad obstinada de que esta sea reconocida como *verdadera* en un particular mundo de relaciones sociales) y de los pocos *objetos* que disponemos (las teorías etiológicas), puedan encontrarse e integrarse. Pero, sería aberrante sostener que los diagnósticos designen e identifiquen la realidad última del sufrimiento.

Después de todo, la incesante producción de categorías diagnósticas y de manuales, todos por definición efímeros, parecen expresar a su propio modo esta irreductible discrepancia.

Las aventuras sociales de aquello que ha sido definido como *diagnosticismo* sugieren innumerables temas de reflexión, la más importante de ellas relativa a la apasionada lucha llevada en nombre del *derecho a recibir* un diagnóstico. Los casos de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD por sus siglas en inglés) (Young, 1995) o del mas esquivo Síndrome de Fatiga Crónica SFC (Chronic Fatigue Syndrome CFS), son claros ejemplos de la necesidad de poner en el cauce de un discurso dotado de autoridad (la medicina, la psiquiatría), el propio sufrimiento, con la esperanza de darle un nombre de una vez por todas a la realidad escondida detrás de señales y trastornos obstinadamente rebeldes al orden de las cosas. El *deseo de diagnóstico* representa un fenómeno complejo, dentro de cuyas raíces operan motivos igualmente complejos que aquí no me es posible analizar, pero cuyo sentido puede ser comprendido solo en la medida en que se admita la puesta en juego del diagnóstico psiquiátrico: el de otra manera definir conflictos, naturalizar sufrimientos, gobernar aquella que Devereux reconocía como el núcleo de cada síntoma psiquiátrico, es decir, la crítica del orden social.

Por otro lado, en el caso de algunas categorías diagnósticas (el SFC por ejemplo), se ha asistido a un violento enfrentamiento entre pacientes y médicos, a una verdadera y propia lucha de clasificaciones (Bourdieu). La interpretación de los trastornos se ha transformado en un campo de lucha cuyo éxito fue, para quienes fueron diagnosticados como afectados por SFC, la devaluación de su propio sufrimiento, reducido a una mera condición psicósomática y de hecho a una enfermedad imaginaria (Cohn, 1999; Ware, 1992). Una conclusión preliminar podría ser la siguiente: el diagnóstico revela y nombra algo, pero con el precio de ocultar o de olvidar algo más, sin embargo, esto no significa que este «algo más», sea menos importante para quien sufre.<sup>37</sup>

---

37. La imagen del encuentro entre el médico y el tío de la protagonista (Faust) en la película *La teta asustada*, Claudia Llosa (2009), en este sentido es valiosa: el primero ha diagnosticado una fragilidad capilar en la nariz y una inflamación en los genitales de la joven mujer. Para el tío, se trata de otra cosa: es la consecuencia de la leche «envenenada» por el terror, tomada por Fausa cuando lactaba, víctima a su vez de una violencia atroz.



El éxito social de un diagnóstico es en definitiva el producto de un conjunto de fuerzas a menudo contradictorias y autónomas, que van desde la valorización social<sup>38</sup> que eventualmente ganan quienes las reciben, a las ventajas recíprocas (del enfermo y de la sociedad) que pueden derivar en la redefinición y reconfiguración de un problema en términos médico-psiquiátricos.

En un proceso complejo, en el cual las dinámicas de la exégesis colectiva (el rol de los familiares, de los vecinos, de otros pacientes que han recibido el mismo diagnóstico) son multiplicados, los intereses económicos de las industrias farmacéuticas juegan un rol para nada marginal y contribuyen a forjar el imaginario de la cura.

Benedetto Saraceno sostenía que hace muchos años la articulación entre diagnóstico y terapia, en el caso de la psiquiatría, es claramente débil, y otros estudiosos del Istituto Negri di Milano recuerdan en los mismos años los intereses económicos que precedieron a la proliferación diagnóstica. Se señaló, por ejemplo, cada vez más al Banco Mundial de medir el peso social de la enfermedad mental, y sobretodo pronosticar las amenazadoras tasas de incidencia para la epidemia del siglo veintiuno: la depresión. La multiplicación en los años noventa, de nuevos casos de psicofármacos antidepressivos y su creciente administración a personas jóvenes habría confirmado ese análisis, y demostrado de manera inequívoca los intereses operantes en sentido creciente en el discurso del diagnóstico (Bullard, 2002).

Cada pragmática del diagnóstico psiquiátrico es en definitiva, una economía política de su uso, de su circulación, de sus efectos de validez (mejor de ocultamiento), que debe integrar las reflexiones simbólicas y las historias pero también contribuir a analizar los esfuerzos enfocados en superar los límites que amenazan la legitimidad, aquellos que derivan, por ejemplo de la alteridad cultural, una verdadera barrera natural para la difusión de las categorías del DSM y de la voluntad de universalización de los procedimientos diagnósticos. Por otra parte, si se mira el panorama contemporáneo de la psiquiatría transcultural, nos atrapa una profunda desilusión: los modelos, las categorías

---

38. A Ernesto de Martino no se le había escapado que la progresiva e inexorable desaparición del tarantismo tuvo entre sus razones también el hecho de decirse agotado y deprimido, en el plano de la representación social, señal inequívoca de modernidad, mientras obstinarse a buscar en un Santo la respuesta a sus propios tormentos o a decirse mordido por una araña, significaba quedarse en un pasado que se estaba disolviendo.

y los cuestionarios que inspirándose en una perspectiva cultural, han provocado la fundación de una práctica diagnóstica más precisa en otros contextos, han terminado a menudo por hacer más intrusiva la psiquiatría occidental y a banalizar el sentido de la cultura.<sup>39</sup>

El furor taxonómico no para así de reproducirse bajo nuevas apariencias, revelando una ansiedad de enmascaramiento que lo histórico no para de reconocer en su naturaleza y en sus mecanismos subterráneos. Y es quizás a esto en lo que De Certeau pensaba cuando escribió:

Una cultura, a pesar de todo, no hace más que dislocar las representaciones (por ejemplo, no se cree más en el diablo) [...]. Borrando un imaginario (convertido en arcaico por causa de estos mismos cambios), estas representaciones creen en trabajar solo «en curar» o en suprimir aquello que, en realidad, se conforma con camuflar. En esta perspectiva, las terapias que se siguen se distribuirían a lo largo de la historia como pedidos para «sanar», curar o suprimir, pero permanecerían en definitiva siempre y solamente los modos de esconder (de Certeau, 1975, pp. 354-355).

## Referencias

- Balandier, G. (1951). La situation coloniale: approche théorique. *Cahiers internationaux de sociologie*, 11, 44-79.
- Balandier G. (1982). *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. Paris: PUF.
- Beneduce, R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, cultura e dominio*. Roma: Carocci.
- Beneduce, R. (2010). *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*. Roma: Laterza.

---

39. En el curso de los últimos meses, muchos psiquiatras alrededor del mundo han sido invitados a expresar su opinión respecto a una *Cultural Formulation Interview* para el inmigrante, para una nueva edición del DSM (la quinta). Viendo cómo fue construida la entrevista, son muchas las preocupaciones por el uso que se le da a la dimensión «cultural», banalizada y reducida a problemas de traducción del sufrimiento a otro lenguaje, y la producción de un consenso global entorno al acto de diagnóstico parece ser la única y dominante preocupación.

- Beneduce, R. (2012). Un imaginaire qui tue. Sorcellerie et violence en Afrique (Cameroun, Mali). En B. Martinelli, J. Bouju (Eds.), *Sorcellerie et violence en Afrique* (pp. 309-328). Paris : Karthla.
- Beneduce, R. (2013). Fantasmagories de la cure. Images de rédemption, routinisation de la vision et «textes cachés» dans les thérapies rituelles. *Cahiers d'Etudes Africaines*, *LIII*(4), 212, 895-913.
- Beneduce, R., & Taliani, S. (2013). L'archive impossible. Technologie de la citoyenneté, bureaucratie et migration En B. Hibou (Ed.), *Bureaucratie et néo-ibérisme* (pp. 231-261). Paris, La Découverte.
- Benjamin, W. (1977). *The Origin of German Tragic Drama*. New York and London: Verso.
- Benjamin, W. (1968). *Illuminations. Essays and Reflections*. [Edited and with an Introduction by Hanna Arendt]. New York: Random House.
- Boigey, M. (1908). Psychologie morbide. Étude psychologique sur l'Islam. *Annales médico-psychologiques*, *66*, VIII, 5-14.
- Bourgois, P. (2008). Sofferenza e vulnerabilità socialmente strutturate. Tossicodipendenti senz'attento negli Stati Uniti, *Antropologia Annuario*, *9*(10), 113-136.
- Brockmeier, J. (2009). Stories to Remember: Narrative and the Time of Memory. *Storyworlds. A Journal of Narrative Studies*, *1*, 115-132.
- Bullard, A. (2002). From vastation to Prozac nation. *Transcultural Psychiatry*, *39*, 267-294.
- Bullard, A. (2005). The critical impact of Frantz Fanon and Henri Collomb: Gender, Race and Personality testing of North and West Africans. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, *41*(3), 225-248.
- Carothers, J. C. D. (1955). *The Psychology of Mau Mau*. Nairobi: Government Printer.
- Castoriadis, C. (1987) [1975] *The Imaginary Institution of Society*, New York, Polity Press.
- Cohn, S. (1999). Taking time to smell the roses: accounts of people with Chronic Fatigue Syndrome and their struggle for legitimization. *Anthropology & Medicine*, *6*( 2), 195-215.
- Comaroff, J. L., Comaroff, J. (1992). *Ethnography and the Historical Imagination*. Chicago: University of Chicago Press.

- De Certeau, M. (1975). *L'écriture de l'histoire*. Paris: Gallimard
- De Certeau, M. (2007). *La presa di parola e altri scritti politici*. Roma: Meltemi.
- Douglass, F. (2003). *Narrative of the Life of Frederick Douglass, an American slave. Written by himself*. New York: Barnes & Noble Classics.
- Du Chaillu P. B. (1868). *L'Afrique sauvage: nouvelles excursions au pays des Ashangos*. Paris: Michel Lévy.
- Ecks, S. (2004). «Bodily sovereignty as political sovereignty: “self-care” in Kolkata, India», *Anthropology & Medicine*, 11(1), 75-89.
- Ellis, S. & ter Haar J. (2003). *Worlds of Power. Religious Thought and Political Practice in Africa*, New York: Oxford University Press.
- Fassin, D. (2008). The Humanitarian Politics of Testimony. Subjectification through Trauma in the Israeli-Palestinian Conflict. *Cultural Anthropology*, 23(3), 531-558.
- Fassin, D. & D'Halluin, E. (2007). Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies. *Ethos*, 35(3), 300-329.
- Ferme, M. (2001). *The Underneath of Things: Violence, History, and the Everyday in Sierra Leone*. Berkeley: University of California Press.
- Fortes, M. (1959). *Oedipus and Job in West African religion*. New York: Octagon.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Harvester Press.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits. Vol. I, 1954-1975*. Paris: Gallimard.
- Fuss, D. (1994). Interior Colonies: Frantz Fanon and the politics of identification, *Diacritics*, 24, 20-42.
- Giordano, C. (2008). Practices of translation and the making of migrant subjectivities in contemporary Italy. *American Ethnologist*, 35( 4), 588-606.
- Goody J. (1986). Writing Religion and Revolt in Bahia. *Visible Language*, 20, 318-343.
- Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere*. Einaudi: Torino.
- Hacking, I. (1996 [1994]). *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*. Milano: Feltrinelli.
- Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. London: Harper University Press.

- Hunt, N. R. (2016). *A Nervous State. Violence, Remedies and Reverie in Colonial Congo*. Durham Duke University Press.
- Inda, J. X. (2006). *Targeting Immigrants, Targeting Immigrants: Government, Technology, and Ethics*, Oxford: Blackwell Publishing, Inda.
- Keller, K. R. (2007). *Colonial Madness. Psychiatry in French North Africa*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Killingsworth, B., Kokanovic, R., Huong Tran T. & Dowrick, C. (2010). A Care-Full Diagnosis: Three Vietnamese Australian Women and Their Accounts of Becoming Mentally Ill. *Medical Anthropological Quarterly*, 24 (1), 108-123.
- Kirmayer, L. (2008). Empathy and Alterity in Cultural Psychiatry. *Ethos*, 36(4), 457-474.
- Lyle, D. (1995). « 'Pibloktoq' (Arctic hysteria): A construction of European relations?», *Arctic Anthropology*, 32(2), 1-42
- Mahone, S. (2006). The Psychology of Rebellion: Colonial Medical Responses to Dissent in British East Africa. *The Journal of African History*, 47(2), 241-258.
- Morrison, T. (2005). *Beloved*. New York: Vintage.
- Neligan, C. W. (1911). Description of Kijesu Ceremony among the Akamba, Tiva River, East Africa. *Man*, 11 (34/35), 48-49.
- Ombédane, A. André. (1969). *L'exploration de la mentalité des noirs, le Congo T.A.T.* Paris, P.U.F.
- Ong, A. (2003). *Buddha is hiding: Refugees, citizenship, the New America*. Berkeley: University of California Press.
- Rella, F. (2005). *Scritture estreme. Proust e Kafka*. Milano: Feltrinelli.
- Sadowski, J. (1994). *Imperial Bedlam. Institutions of Madness in Colonial Southwest Nigeria*. Berkeley: University of California Press.
- Scarfone, M. (2014). *La psichiatria coloniale italiana Teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni 1906-1952*, Tesi per il Dottorato di ricerca in Storia sociale europea dal Medioevo all'età contemporanea, ciclo 26 (Università Ca' Foscari, Scuola Dottorale di Ateneo Graduate School).

- Scheper-Hughes, N. (1986). Breaking the Circuit of Social Control: Lessons in Public Psychiatry from Italy and Franco Basaglia, *Social Science and Medicine*, 23 (2), 159-178.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.
- Shaw, R. (2000). «*Tok Af, Lef Af*». *A Political Economy of Temne Techniques of Secrecy and Self*, in I. Karp e D.A. Masolo (Eds.), *African Philosophy as Cultural Inquiry* (pp. 25-49). Indiana University Press: Bloomington.
- Simons, R. C. & Hughes C. C. (1985) (Eds.), *The Culture-Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht: Reitel Publ. Company.
- Sperber, M. A. (1972). Freud, Task, and the Nobel Prize Complex. *Psychoanalytic Review*, 59, 283-293.
- Spivak, G. C. (1988). Can the subaltern speak? In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the interpretation of Culture* (pp. 271-313). Urbana: University of Illinois Press.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against «global mental health». *Transcultural Psychiatry*, 49, (3/4), 519-530.
- Taliani, S. (2012). Coercion, fetishes and suffering in the daily lives of young Nigerian women in Italy. *Africa*, 82(4), 579-608.
- Tartakoff, H. H., (1966). The Normal Personality in Our Culture and the Nobel Prize Complex. En R. M. Lowenstein *et al.* (Eds.), *Psychoanalysis: A General Psychology* (pp. 222-252). New York: International University Press.
- Taussig, M. (1987). *Shamanism, Colonialism and the Wild Terror*. Chicago: University of Chicago Press.
- Teo, T. (2008). From Speculation to Epistemological Violence in Psychology: A Critical-Hermeneutic Reconstruction. *Theory & Psychology*, 18(1), 47-67.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Ware, N. C. (1992). Suffering and the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(4), 347-361.

West, H. (2007). *Ethnographic Sorcery*. Oxford: Oxford University Press.

Young, R. J. C. (1995). *Colonial Desire. Hybridity in Theory, Culture and Race*. London: Routledge.

Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

# **04**

## **Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental**

---

**Ximena Castro Sardi**

Universidad Icesi | [xcastro@icesi.edu.co](mailto:xcastro@icesi.edu.co)



Los profesionales y trabajadores de la salud mental en Colombia enfrentamos con desconcierto una frase que se ha vuelto un lugar común en los foros que reúnen al gremio en torno a la formulación y discusión de políticas públicas del sector: «la salud mental es la cenicienta del sistema de salud». Esta frase de cajón no solo revela una realidad sentida por los diferentes actores del campo, sino que pareciera alimentar un círculo de conformismo y desesperanza que poco aporta a la búsqueda de una transformación de dicha realidad. La Ley 1616 de 2013, «Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones», también conocida como la Ley Esperanza, condensa los esfuerzos que desde finales de la década de 1990 se vienen realizando para construir un marco normativo y político cuyo propósito sea el posicionamiento de la atención sanitaria en salud mental y el mejoramiento del acceso, la cobertura y la calidad esté en todas sus fases.<sup>1</sup> Si bien es cierto que tomará un tiempo y grandes voluntades políticas para que dicha Ley se traduzca en el funcionamiento efectivo del Sistema Nacional de Salud Mental, su promulgación puede leerse como una oportunidad para proponer, desde la academia y la sociedad civil, procesos de investigación aplicada con miras a fortalecer la oferta de servicios y mejorar la calidad de la atención. En este capítulo se exponen una serie de reflexiones sobre un dispositivo de intervención psicosocial en salud mental, el cual fue diseñado con el propósito de contribuir tanto la asistencia de poblaciones vulnerables, así como a la formación de talento humano e investigación en salud mental. En la última parte del capítulo, se aborda específicamente la pregunta por las posibilidades de tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales crónicas, particularmente la psicosis, en dicho dispositivo.

---

1. La Política Nacional de Salud Mental fue publicada en 1998, enmarcada en la Resolución 02358, la cual estaba vigente en ese momento. Para una descripción de dicha política consultar a N. Ardón-Centeno y A. Cubillos-Novella (2012).

## **La salud mental en nuestra época y en el contexto colombiano**

---

Fue la necesidad de fortalecer la formación clínica de los psicólogos en la Universidad Icesi de Cali, la que nos embarcó en el diseño de este proyecto. Un grupo de profesores nos reunimos durante varios semestres en el seminario de salud mental del Departamento de Estudios Psicológicos afín de discutir aspectos relacionados al desarrollo de competencias clínicas de los futuros psicólogos, considerando las características del contexto actual en el ámbito de la salud mental. En dichas discusiones se abordaron algunos nodos problemáticos de la salud mental en la actualidad que retomaré a continuación.

### **La reforma psiquiátrica y la nueva salud mental**

Según Desviat (1994; 2010), la reforma psiquiátrica es el nombre que se le da a una serie de procesos de transformación de la atención a la salud mental que se producen principalmente en los países de Occidente durante la segunda mitad del siglo XX, y cuyos objetivos son: en primera instancia, el cierre o transformación de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia basadas en la comunidad; en segundo lugar, la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general; en tercer lugar, la modificación de la legislación de los países con el fin de garantizar los derechos de los pacientes mentales; y en cuarto lugar, la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental, promoviendo la aceptación y la inclusión de las personas con padecimientos psíquicos. Aunque este movimiento reformista tiene sus raíces en la modernidad ilustrada y en la confianza en la ciencia y el progreso, la preocupación por la situación de los enfermos mentales internados en los grandes manicomios se incrementa tras la Segunda Guerra Mundial, en un clima de reconstrucción social, de mayor tolerancia por las minorías y de desarrollo de los nuevos movimientos cívicos. Contribuyen a esta reforma tanto motivos éticos como técnicos: primero, la toma de conciencia por parte de la sociedad de la situación indigna de los enfermos mentales internados y de la falta de respeto de los derechos fundamentales de los etiquetados con trastornos mentales; segundo, la institucionalización psiquiátrica no solo demuestra carecer de eficacia terapéutica, sino que añade

deterioro a buena parte de las patologías psiquiátricas. El clima de cambio se percibe igualmente en la proclamación de una nueva definición de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1952: la salud es más que la ausencia de enfermedad; está relacionada con el bienestar físico, psíquico y social. Surgen así los sistemas de cobertura universal en Europa y Canadá donde se organizan sistemas públicos, con un nuevo enfoque de la atención en salud, incorporando las acciones de prevención y promoción y fundando una nueva epidemiología. Es en este marco que se desarrollan los procesos de reforma psiquiátrica, cuyo modelo de asistencia es la llamada salud mental comunitaria.

De acuerdo con Galende (1997), es a partir de la década de 1960 que se constituirá propiamente el campo de la salud mental, cuya principal característica es la reconversión de los sistemas de atención psiquiátrica. La nueva salud mental o salud mental comunitaria implicará una serie de cambios fundamentales en las concepciones de paciente, de enfermedad, de intervenciones terapéuticas y de disciplinas participantes. Se comenzará a cuestionar la categorización del padecimiento psíquico como enfermedad, re-vinculándolo con la complejidad de la existencia humana. En cuanto a las disciplinas intervinientes, se criticará con fuerza la hegemonía médico-psiquiátrica para incluir terapeutas de otros campos y promover un abordaje pluridisciplinar e intersectorial. La institucionalización psiquiátrica ocupará el punto más álgido de la crítica, a partir de la cual se promoverá una mejor comprensión de los efectos de la internación sobre los pacientes y se propondrá un abanico más amplio de dispositivos y prácticas asistenciales, tales como los centros de salud mental de proximidad, los hospitales día, los servicios en hospital general y las acciones comunitarias. Finalmente, dicha transformación acarreará una nueva forma de entender la relación terapéutica, pasando de un vínculo jerárquico y vertical a uno más horizontal donde el paciente emerge como el principal partícipe y sujeto activo en su tratamiento. Sin embargo, estos procesos de transformación positivos y dignificantes en el ámbito de la salud mental no estarán exentos de las consecuencias de otros cambios socio-económicos profundos, tales como la globalización económica, las reformulaciones del rol del Estado, el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la redefinición de lo público, la crisis de los saberes tradicionales y la masificación de los individuos en ausencia de proyectos colectivos unificadores.

Las complejas tensiones entre lo privado y lo público, entre lo local y lo global, no solo tienen su correlato en las condiciones actuales de existencia de los ciudadanos, sino que afectan directamente el campo de la salud mental. El «estallido de sus prácticas con el ingreso de nuevos irracionalismos terapéuticos» (Galende, 1997, p. 33), la medicalización de la vida, así como el retorno de objetivismo médico por vía del uso generalizado de los psicofármacos, son algunos efectos de las nuevas coordenadas de la época. Lo anterior implica nuevos desafíos cuando se piensa en cómo llevar a cabo la transición del modelo centrado en la institucionalización y la centralización de la atención psiquiátrica a uno cuyo eje sean las redes comunitarias y los servicios de proximidad, en un país como Colombia que apenas estrena una Ley de Salud Mental y que aún no resuelve sus múltiples contradicciones y brechas: en primer lugar, la disonante coexistencia de un modelo biopsiquiátrico basado en trastornos con un modelo psicosocial comunitario que vincula explícitamente la salud mental a la convivencia social;<sup>2</sup> en segundo lugar, la enorme brecha entre un marco normativo basado en los derechos fundamentales, que prioriza a los grupos más vulnerables reconociendo un enfoque diferencial, promueve la intersectorialidad y la atención primaria en salud mental frente a una realidad caracterizada (Ley 1616 de 2013) por «una oferta desigual de paquetes de atención en salud mental» en las diferentes localidades y empresas sociales del Estado (ESE), con «diversas deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos y en la organización de la atención sanitaria en salud mental» (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012, p. 38).

## La crisis epistémica, las lógicas del mercado y la exclusión del sujeto en salud mental

Son varios los autores que señalan, no sin preocupación, el rechazo de la teoría en el campo de la psicopatología, promovido principalmente por la psiquiatría (Galende, 1997; Desviat, 2013; Laurent, 2014). Desde la publicación del DSM-III en 1980, reivindicando explícitamente su a-teoricidad, y evidenciando un

---

2. La coexistencia de estos dos paradigmas se lee claramente en el capítulo titulado “Salud mental y convivencia” del Plan Decenal de Salud Pública 2014-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2012).

retorno a una concepción organicista de la enfermedad mental, el objetivismo empírico se ha vuelto dominante en psiquiatría, tildando de anacrónicos los abordajes fenomenológicos y subjetivistas que hicieron prolífica la psiquiatría clásica europea a principios del siglo XX. El paso de un modelo basado en descripciones clínicas detalladas y en el «mejor juicio clínico», a uno basado en exámenes diagnósticos y en *check-lists* que enumeran criterios observables y objetivos, ha desembocado en la actualidad en un compromiso hegemónico con abordajes biológicos e hipótesis genéticas y bioquímicas.

Según Desviat, el histórico debate en psiquiatría y psicología, entre cuerpo y alma, entre cerebro y mente, «parece haberse resuelto en falso en las últimas décadas, cuando el predominio de la psiquiatría biológica se pretende como única verdad» (2013, p. 8). Este autor argumenta que dicho debate cobra enorme relevancia pragmática a la hora de planificar y organizar los servicios de asistencia en salud mental:

En cuanto convertido el síntoma en falla neurológica, el contenido del delirio en ruido, quedan los fármacos como respuesta predominante, cuando no como única respuesta. Si el contenido de la alucinación y el delirio no tiene sentido biográfico, si la tristeza tiene su base originaria en un desequilibrio de los neurotransmisores –¿no podría ser al revés?–. ¿Cuál es el papel del terapeuta, del psiquiatra, del psicólogo, de los profesionales de la salud mental? (Desviat, 2010, p. 8).

La pretendida objetividad científica, a espaldas de los debates epistémicos, no es solamente una ficción sino que además ignora las consecuencias prácticas de sus planteamientos. El verdadero debate, en palabras de Desviat, se traduce en perspectivas opuestas en el momento de proponer servicios y dispositivos de atención en salud mental:

Por un lado una clínica sin escucha, atrincherada en los hospitales como detentadores de lo científico y, por otro, las redes de salud mental comunitaria, donde se articula un eje clínico con un eje social y se hace plural la mirada, donde no hay una única verdad, y donde la reflexión sobre la práctica se hace teoría (2013, p. 8).

Efectivamente el debate debe mantenerse para garantizar en la arena democrática el pluralismo de las voces que participan en ella. El campo de la salud mental convoca no solo una diversidad de actores, entre ellos las asociaciones de pacientes y familiares de pacientes, los profesionales y trabajadores de la

salud mental, sino también una pluralidad de abordajes disciplinares cuyos aportes enriquecen las propuestas y modos de intervención. Es manteniendo vivos estos debates epistémicos, revisitando los textos clásicos de la psicopatología, recuperando la riqueza del lenguaje descriptivo e interpretativos de un historial clínico, que podremos hacer frente a este vacío epistémico que se traduce ya sea en un imperativo reduccionista o en un eclecticismo irresponsable de tipo «todo vale».

Otra de las tendencias que atraviesa el campo de la salud mental en la actualidad está relacionada con factores económicos. La privatización y la reducción de la responsabilidad estatal ha dado vía libre a la entrada de los criterios del mercado en el sector salud y a la consecuente reducción de la salud a su valor de consumo (Galende, 1997). Lo anterior redundante en la privatización de los riesgos y la promoción del avance de empresas médicas y los seguros privados de enfermedad. Por lo tanto son las empresas las que deciden sobre la duración de los tratamientos, su frecuencia, sus métodos, desconociendo los tiempos singulares del paciente, de su padecer, así como el juicio clínico del profesional sobre los aspectos que deben orientar un tratamiento. Frente a esto, los profesionales de la salud mental deben adaptarse a nuevas modalidades de atención que están regidas por criterios de eficacia y eficiencia, en detrimento de otros principios terapéuticos respetuosos de la singularidad y de la responsabilidad subjetiva de quienes manifiestan una dolencia psíquica. Lo anterior redundante en una progresiva exclusión del sujeto que sufre de los sistemas sanitarios, en la medida que lo humano es reducido a una cifra en el marco de lo que algunos autores han denominado la ideología de la evaluación la cual ha permeado los programas en salud mental (Castro, 2013).

Un tema económico ineludible cuando se aborda el panorama de la salud mental en nuestra época es el lugar de poder que tiene la industria farmacéutica y sus efectos en las formas de comprender y tratar los padecimientos mentales. Sin desconocer ni subestimar el valor de alivio que pueden tener los nuevos medicamentos y la necesidad de usarlos en ciertos casos agudos y crónicos, es necesario abordar la cuestión desde una perspectiva social y crítica. En palabras de Galende (2008), un mercado de miles de millones de dólares, como lo es el de la industria farmacéutica, «no puede dejar de proteger e incrementar sus intereses económicos, y estos intereses vienen de la mano de la investigación

científica» (p.49). Es bien sabido que la industria invierte cuantiosos recursos económicos en la investigación neurobiológica y genética, particularmente dirigidos a la producción de nuevas moléculas químicas; «un noventa por ciento de la investigación actual en este sector está financiada por la industria» (Galende, 2008, p.50); evidentemente la producción científica está condicionada por esta dinámica y el conocimiento psiquiátrico se nutre de ella. Asimismo, con la promulgación en los años 2000 de la llamada «década del cerebro», la industria realiza una campaña de comunicación dirigida a desarrollar su mercado a través de la difusión de hallazgos «científicos» sobre el comportamiento humano, normal y patológico, prometiendo nuevos medicamentos para los malestares que descubre.

Pensar acerca de la salud mental en la actualidad demanda estar advertido de estas dinámicas políticas, sociales y económicas, interrogándonos permanentemente por los efectos que estas coordenadas tienen en las formas actuales de manifestación, comprensión y tratamiento del malestar subjetivo. Hemos visto como con la crisis de los marcos epistémicos, el consecuente retorno del objetivismo reduccionista, el atravesamiento de las lógicas del mercado y el uso extendido de los psicofármacos, se constata una fuerte tendencia hacia la expulsión de la subjetividad en el ámbito de la salud mental: el sujeto que sufre es reducido a un usuario y como tal es el primer excluido de la atención. No debemos olvidar que la salud mental, antes que nada, es una cuestión de un sujeto que tiene algo que decir sobre lo que padece, y por lo tanto su lugar y su palabra no pueden ni deben ser eliminados (Castro, 2013).

## **Subjetividad y lazo social: la invención de un dispositivo de atención primaria en salud mental**

La discusión sobre los aspectos contextuales mencionados derivó en el diseño de un dispositivo de atención psicológica dirigido a personas en situación de vulnerabilidad de la ciudad, a través del cual se llevan a cabo procesos formativos e investigativos en psicopatología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Es así como se crea el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) que abre sus puertas al público en enero de 2014, compartiendo su

sede en el centro de la ciudad con el Consultorio Jurídico de la Universidad Icesi de Cali, como un lugar de atención gratuito basado en el principio de la «utilidad social de la escucha» (Miller, 2004, p. 1) y en el rescate de la subjetividad, posicionándose críticamente frente al aplacamiento farmacéutico, el condicionamiento adaptativo y las prácticas segregativas y estigmatizantes que tienden dominar el campo de la salud mental en la actualidad.

A pesar de no estar formalmente asociado a la red de salud pública por ser una iniciativa que surge en una institución privada,<sup>3</sup> el CAPsi tiene las características propias de un dispositivo de atención primaria en salud, tal como son descritos por Desviat y Moreno (2012) en la medida que: (i) presta un servicio extra-hospitalario ubicado en una zona céntrica de la ciudad de fácil acceso; (ii) se ancla en una razón ética como lo es la necesaria restitución de la dignidad de las personas a quienes se les han vulnerado sus derechos fundamentales; (iii) propone proyectos de intervención comunitaria en cooperación con instituciones públicas y ONG; (iv) promueve la interconsulta y la colaboración interdisciplinar con profesionales de otros campos como psiquiatras, terapeutas ocupacionales y del lenguaje, educadores, abogados, sociólogos y antropólogos; (v) y propende por la creación de redes efectivas de derivación e interconsulta con unidades hospitalarias, centros de salud, hospitales día, unidades de rehabilitación, talleres de capacitación en oficios, centros comunitarios y culturales. Además, el CAPsi propone un servicio oportuno, ligero en procesos burocráticos, con un sistema de «triage» con enfoque diferencial, de tal forma que se superen las barreras de atención de las que adolecen la mayoría de los centros de salud de la red pública en la ciudad.

En cuanto a los programas de formación e investigación articulados al Consultorio de Atención Psicosocial, partimos del reconocimiento de la enorme brecha existente entre los currículos de las universidades y los servicios de salud. Tal como lo describe Desviat (2011), existe «una capacitación ajena o como mínimo distante de las necesidades de las poblaciones y una investigación que no está encaminada a las poblaciones que la afecta» (p.

---

3. La Universidad Icesi es una institución de educación superior, de carácter privado y sin ánimo de lucro, creada en 1979. Es hoy reconocida en Colombia por su alto nivel académico y excelencia educativa.



4619). La OMS y el Global Forum for Health Research realizaron un estudio en los países en desarrollo «donde se mostró claramente que la investigación y la atención marchan por distintos derroteros» (Desviat, 2011, p. 4619). A través del CAPsi entonces se pretende, que las preguntas investigativas surjan de la misma experiencia clínica y que los hallazgos investigativos tengan directa aplicación en la práctica clínica cotidiana. Se trata entonces de promover una articulación orgánica entre práctica e investigación, recuperando tanto los indicadores clínicos y diagnósticos, así como los modos de escucha e interpretación inspirados en la clínica clásica. En la práctica cotidiana esto se logra a través de un registro riguroso de los datos socio-económicos de los consultantes, la sistematización de cada una de las sesiones de consulta y el procesamiento de la información acudiendo a herramientas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Para promover los procesos investigativos a partir de la experiencia de atención en el Consultorio, se han creado semilleros de investigación donde participan estudiantes de psicología, específicamente en lo que concierne a las preguntas propiamente clínicas y terapéuticas, así como estudiantes de sociología, antropología y derecho para trabajar cuestiones socio-económicas y demográficas, etno-culturales, y aspectos relacionados con los derechos humanos, respectivamente.

En lo relativo a la formación clínica, el CAPsi se ha concebido desde sus inicios como un laboratorio de aprendizaje experiencial, donde los estudiantes de último año de psicología se enfrentan directamente a las demandas de los consultantes provenientes de los sectores menos favorecidos de la ciudad y municipios aledaños. La práctica clínica de los estudiantes es supervisada individualmente y semanalmente por psicólogos clínicos con mayor trayectoria con el doble propósito de velar por la calidad de la atención y acompañar el proceso formativo. La formación clínica de los estudiantes de psicología de la Universidad Icesi cuyo recorrido curricular culmina con la posibilidad de práctica en el CAPsi, se fundamenta en una serie de principios que se explicitan a continuación y que parten del reconocimiento de: (i) la centralidad de lo clínico, como *práctica de escucha del otro*, en la formación de los psicólogos; (ii) la importancia de una *postura ética* en relación al acto clínico; (iii) la apuesta por la *subjetividad* y el *lazo social* situada siempre en un contexto histórico-cultural.

La formulación de los siguientes principios orientadores constituye un fundamento ético, teórico y epistemológico para la formación y práctica clínica que se lleva a cabo en el CAPsi:<sup>4</sup>

- En medio de la diversidad de terapéuticas en el campo de la salud mental en la actualidad, que van desde la oferta farmacéutica promovida por la psiquiatría biológica hasta las terapias alternativas, homeopáticas y espiritualistas, consideramos que el psicólogo sigue teniendo un lugar privilegiado en nuestras sociedades cuando se trata de abordar el malestar subjetivo a través de *la escucha y la palabra*.
- Lo anterior implica necesariamente preguntarse por la posición subjetiva y ética del psicólogo clínico, evidenciando que su trabajo y los efectos que sus palabras y sus actos tendrán en el sujeto que le formula una demanda, pasan necesariamente por *su subjetividad*. El psicólogo que interviene clínicamente debe estar advertido del poder que tienen las palabras y los actos que desde su posición se enuncian; de estos él/ella tendrá que hacerse responsable. Tal como lo plantea Miller (2003) «no hay clínica sin ética».
- Considerando que la subjetividad en el campo de la psicología clínica no es una mera variable sino que constituye el eje de la intervención, la formación permanente del clínico debe articularse en torno a tres dimensiones: la *dimensión ética* (la posición del psicólogo), la *dimensión teórica* (su comprensión de la subjetividad y del malestar psíquico) y la *dimensión práctica* (el método de psicodiagnóstico y la dirección de un tratamiento).
- Entendemos la clínica psicológica ante todo como una *praxis*. Es una práctica que responde a una demanda de un sujeto que sufre y se dirige a un psicólogo en búsqueda de una salida de su malestar. Sin la formulación de una demanda no hay clínica. Esto excluiría de lo clínico cualquier intervención que se realice con un individuo o un grupo basada en una suposición de malestar atribuida *a priori* desde el lado del psicólogo o de la institución donde este labora.
- La respuesta que proporciona el psicólogo a la *demanda clínica* que un sujeto le dirige dependerá de la lectura y la interpretación de la demanda. Por ello, el psicólogo debe contar con un marco interpretativo sobre la subjetividad y sobre el malestar psíquico. Desde esta perspectiva, no es posible intervenir clínicamente sin situarse en una concepción epistémica.
- La noción de *subjetividad* que se propone aquí implica el abordaje de los sujetos en su singularidad, sabiendo que la realidad psíquica y la realidad social están estrechamente

---

4. A lo largo de este ejercicio nos orientamos por algunas referencias contemporáneas del psicoanálisis aplicado a la terapéutica y a la re-inserción social, en la vertiente trazada desde lo que se ha denominado «la política y la acción lacaniana» (Miller, 2003, 2004; Laurent, 2006).

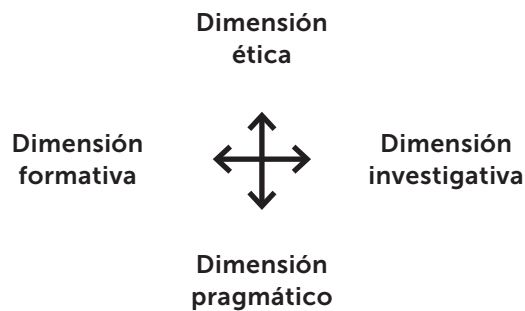
vinculadas hasta tal punto que sería superfluo tratar de diferenciarlas. Esta noción de subjetividad va más allá de la tradicional dicotomía individuo-sociedad, aproximándose al malestar del sujeto en relación con los contextos y significados sociales que lo han constituido y lo constituyen. El abordaje de la singularidad incluye la posibilidad de realizar intervenciones grupales, siempre y cuando la subjetividad no quede eclipsada por la identidad del colectivo.

- De la misma manera que la subjetividad solo puede ser abordada en relación con un *registro social-simbólico* (mundo de lenguaje), el sufrimiento psíquico, tampoco puede comprenderse aquí sin la referencia a las coordenadas de la cultura donde este sujeto se desenvuelve. En otras palabras, el síntoma de un sujeto es entendido como una construcción singular frente al malestar que se vive en el lazo social. El sufrimiento del sujeto remite siempre a una dificultad en la relación con el Otro, llámese desinserción, exclusión, precarización del lazo social. Desde nuestra perspectiva, el síntoma y el lazo social son indisolubles. Más que buscar la restitución de los lazos sociales previos, la clínica que aboga por la singularidad y la libertad subjetiva, apunta a la reinención de nuevos lazos, «lazos menos cargados de pathos» en palabras de Laurent (2006).
- Al tomar partido por la subjetividad y al desciframiento de los síntomas con base en la *historia singular situada en un contexto social*, nuestra orientación clínica se posiciona de manera crítica frente a la reducción de lo clínico a un conjunto de técnicas de adiestramiento adaptativo, al silenciamiento producido por el uso generalizado de los psicofármacos y a las prácticas estigmatizantes que resultan de la medicalización de la vida. Nuestra propuesta de intervención clínica apunta prioritariamente a la reinserción y a la inclusión social, a través de la identificación y potencialización de los recursos subjetivos y las redes de apoyo socio-comunitarias de los sujetos que consultan (Galende, 2008).
- En lo que concierne al método y la técnica en la clínica, nos distanciamos de la protocolización y estandarización de un tratamiento, para priorizar en su lugar el despliegue de una *escucha desprejuiciada* y alejada del ideal de vida de la persona del terapeuta. Una escucha que esté atenta a lo nuevo, lo sorprendente, lo impredecible que constituye la singularidad de un sujeto (Laurent, 2006). Una escucha que surja de una posición de no-saber y que permita al sujeto sufriente construir sus propias respuestas. Si bien esta perspectiva es crítica de los rótulos y etiquetas diagnósticas con base en los manuales basados en un *checklist* de signos y síntomas (tipo DSM), se reconoce la utilidad y necesidad del arte del diagnóstico como *acto clínico*, que debe surgir del *juicio clínico* necesariamente basado en un *saber clínico*, y cuyo fin único es orientar una intervención (Miller, 2003). Nos alejamos de toda concepción de diagnóstico automático, precipitado y estigmatizante; en su lugar optamos por favorecer un trabajo responsable y riguroso sobre hipótesis diagnósticas que siempre serán objeto de discusión y debate en el marco de una postura epistémica.

Los principios anteriormente descritos se cristalizan en una serie de prácticas institucionales articuladas que se despliegan cotidianamente en el CAPsi y que pueden resumirse en el siguiente esquema o modelo de intervención:<sup>5</sup>

### **Figura 01**

Modelo clínico comunitario-CAPsi



#### **Dimensión ética**

Por la responsabilidad social que implica el trabajo clínico, es necesario supervisar la forma cómo se conduce un caso, los efectos que la intervención del psicólogo tiene en el consultante, posibilitando la identificación honesta de errores y la rectificación de la posición subjetiva del psicólogo cuando esta última obstaculiza la conducción de un proceso.

#### **Dimensión pragmática**

En la terapéutica se trata de apuntar a la responsabilidad subjetiva del consultante, evitando que este quede eclipsado por demandas colectivas que lo fijan a posiciones victimizantes; la identificación de recursos subjetivos e invenciones propias del consultante que le permiten arreglárselas frente al malestar social o familiar; y la identificación de recursos comunitarios que contribuyan a la reinserción social del consultante (redes de remisión, interconsulta con instituciones jurídicas, vínculos con colectivos e instituciones de proximidad).

5. El término modelo no implica necesariamente que se trata de una propuesta acabada; por el contrario, esta forma de funcionamiento es revisada y discutida permanentemente, en una política de reflexión, evaluación y mejoramiento continuo.

**La dimensión formativa**

La supervisión es central para la formación clínica. Esta es definida como un espacio dialógico de aprendizaje donde el practicante narra los aspectos que considera relevantes de las sesiones atendidas y el supervisor escucha atentamente, enfocando su atención en tres aspectos: la posición subjetiva del practicante; las intervenciones realizadas por este y sus efectos, así como los aspectos relativos al caso; orientar una escucha de la singularidad del caso.

**La dimensión investigativa**

Se proponen espacios académicos donde se revisan y revisitan los referentes conceptuales que pueden servir para orientar el trabajo sobre los casos clínicos. Se trata de ubicar referentes conceptuales y promover el vínculo entre la praxis y la teoría en lo que atañe a la psicopatología, el diagnóstico diferencial, la relación terapéutica y la conexión con otros saberes.

Finalmente, con respecto al proceso de atención que siguen los consultantes que acuden al Consultorio, este se puede describir en términos generales como un proceso terapéutico breve o de corta duración, con una regularidad de un encuentro semanal, cuyos efectos se evalúan en supervisión en la sexta o séptima sesión, para tomar una decisión con respecto a la continuación, cierre o derivación a otros servicios especializados en salud o a centros comunitarios de capacitación en oficios, oficinas de reinserción laboral, actividades deportivas y recreativas u otros. Los procesos terapéuticos son conducidos por los practicantes de psicología, quienes tienen a su cargo los consultantes designados en una sesión de revista grupal de primeras citas que se realiza semanalmente. Las primeras citas son atendidas sin excepción por una psicóloga graduada, con experiencia clínica, capaz de realizar una primera entrevista donde se provee información clara sobre el proceso, se firma un consentimiento informado, y se indaga sobre el motivo de consulta a fin de realizar un «triage» inicial de los casos para su asignación a los practicantes o a psicólogos graduados en caso de mayor complejidad o, cuando el caso lo exija, hacer una derivación externa oportuna y dirigida. Aproximadamente tres meses después de finalizado o interrumpido un proceso se realiza una llamada de seguimiento donde se hace una corta entrevista para evaluar la percepción de los consultantes sobre la atención que recibieron en el Consultorio. A lo largo del proceso de atención, cabe resaltar como los momentos más importantes, la primera entrevista y su

posterior discusión en una sesión de «triage» semanal con el equipo completo, así como las sesiones de supervisión individual semanal de los practicantes. Asimismo se ha determinado, con el propósito de salvaguardar el dispositivo en su triple propósito asistencial, de formación e investigación, que la atención a consultantes se realice medio tiempo, cinco días a la semana, lo que permite destinar la misma porción de tiempo a las labores de registro, sistematización, discusión, supervisión e investigación. El equipo permanente que conforma el CAPsi a lo largo de sus primeros dos años de funcionamiento está compuesto por una psicóloga de planta, dos practicantes de último año de la carrera de psicología con una rotación semestral o anual, tres supervisoras clínicas y una directora académica. Monitores de investigación, estudiantes en tesis de grado y voluntarios (estudiantes y egresados) trabajan de forma temporal en el CAPsi de acuerdo a las necesidades y proyectos en curso.

### **Algunos datos sobre la experiencia de atención psicológica en el CAPsi (2014-2015)**

Desde que el CAPsi inició la atención al público en enero de 2014 hasta la fecha en que se procesaron los últimos registros en la base de datos –mediados de diciembre de 2015– se han atendido 369 casos. Esto incluye consultantes que asistieron a una primera cita y no siguieron el proceso, aquellos que hicieron un proceso hasta el cierre o la derivación, así como los consultantes que por diversos motivos interrumpieron el proceso. A través del diligenciamiento en la primera cita de una ficha que recoge información socio-económica de los consultantes, se cuenta con datos que permiten dar cuenta de la recepción e impacto del dispositivo en la ciudad. A continuación se presentan aquellos que se consideran más relevantes.

#### **¿Cómo llegan los consultantes al CAPsi?**

Con respecto a la forma como se enteran de los servicios del Consultorio, se destacan los siguientes medios: Remisión de instituciones educativas, del Consultorio Jurídico y de otras instituciones públicas como la Personería

y Defensoría Municipal, la Unidad de Atención a Víctimas del conflicto, Cajas de Compensación, página web y referencia personal. Cabe subrayar que durante el primer semestre de funcionamiento del CAPsi, el 40% de los consultantes llegaron por los avisos publicados en prensa; a finales del 2015 este porcentaje disminuyó a 12%, evidenciándose, por otro lado, un aumento significativo en las remisiones por referencia personal 21%, de instituciones educativas 19% y del Consultorio Jurídico 16%; el porcentaje restante corresponde a remisiones de otras instituciones públicas. En este sentido, hay dos aspectos que vale la pena analizar con miras a una mejor comprensión del funcionamiento del dispositivo de atención en la ciudad. En primer lugar, el importante incremento de la referenciación personal puede interpretarse como un indicador de la acogida del dispositivo por parte de la población objetivo; a partir de este indicador, el cual ha redundado en un aumento significativo de la demanda más allá de las posibilidades de atención, se ha tomado la decisión de no publicitar los servicios del Consultorio en la prensa. Asimismo un aumento progresivo y constante tanto en el número de remisiones de instituciones escolares como del número de instituciones que remiten, puede analizarse en relación a uno de los motivos de consulta que más se acoge en el CAPsi: los problemas de aprendizaje y convivencia escolar.

### **¿De qué sectores, comunas de la ciudad y estrato socio-económico provienen los consultantes?**

Por razones de clasificación y para facilitar el análisis de la información recogida, se han agrupado por sectores las 22 diferentes comunas de la ciudad de Santiago de Cali, estableciendo 6 categorías (Tabla 1).

## Tabla 01

Categorización de los sectores de la ciudad de Cali

Sector	Comunas de Santiago de Cali
Oriente (Distrito de Aguablanca)	7, 13, 14, 15, 16, 17, 21
Centro	3,4, 8, 9, 10, 11, 12
Occidente (Laderas de la cordillera Occidental)	1, 18, 19, 20, 22
Norte	2, 4, 5, 6
Municipios aledaños	Jamundí, Yumbo, El Carmen, Palmira, Santander de Quilichao.

Fuente: CAPsi-Icesi, 2015

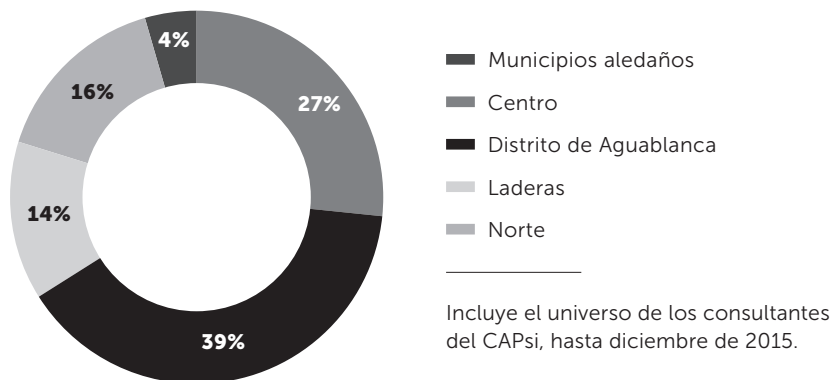
Con respecto a la proveniencia de los consultantes por sector de la ciudad, vale la pena resaltar que el porcentaje de personas que residen en el oriente de la ciudad, en las comunas que conforman el Distrito de Aguablanca ha ido en aumento: de 31% en el 2014 a un 39% en el 2015. Asimismo, se constata la proveniencia de consultantes de todos los sectores de la ciudad, incluyendo municipios aledaños evidenciando la carencia de servicios de atención primaria de proximidad que acojan estas demandas. El porcentaje significativamente inferior de consultantes provenientes del sector que hemos denominado Laderas, puede explicarse por la existencia de una red de salud de proximidad que opera en el sector, así como a un número importante de organizaciones no gubernamentales que ofrecen programas de asistencia social en estas comunas, sin mencionar el nivel más alto de organización comunitaria y de redes de apoyo que funcionan en dicho sector, particularmente en las comunas 18 y 20.

En relación con la proveniencia de los consultantes por estrato socio-económico, vale la pena recordar que la condición de acceso al servicio gratuito del CAPsi es demostrar, a través de la factura de servicios públicos, que se reside en un barrio catalogado en los estratos 1, 2 o 3, y dar fe de ingresos inferiores a dos salarios mínimos por unidad familiar. Se ha hecho excepciones a esta



### Gráfica 01

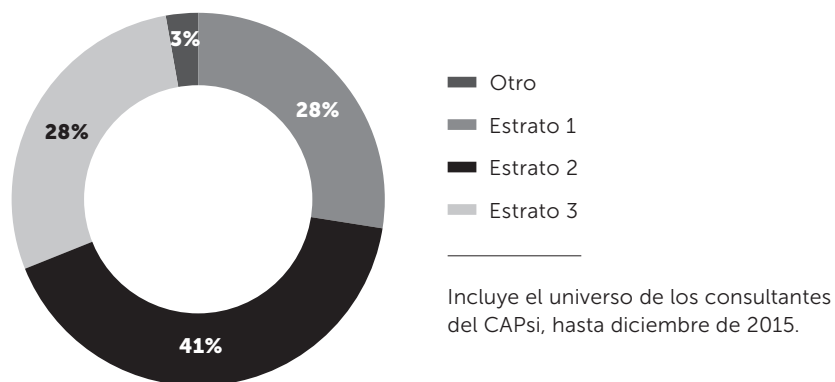
Sector de proveniencia de los consultantes del CAPsi



Fuente: CAPsi-Icesi

### Gráfica 02

Proveniencia de los consultantes del CAPsi por estrato socio-económico



Fuente: CAPsi-Icesi, 2015

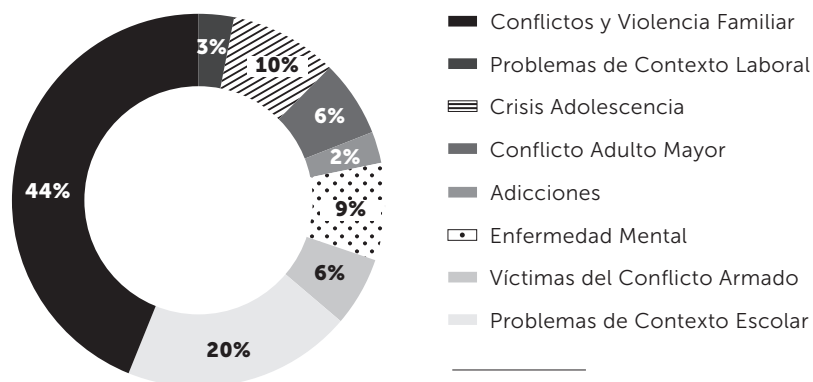
norma de acceso al servicio en caso de personas, que aun perteneciendo a estratos superiores, tienen condiciones de vulnerabilidad, en particular aquellos que sufren de enfermedades mentales graves.

### ¿Cuáles son los motivos de consulta?

La clasificación de las problemáticas que manifiestan los consultantes evidencia que los conflictos familiares y lo que hemos llamado problemas en el contexto escolar, constituyen el grueso de la demanda que se presenta al CAPsi. Las problemáticas ligadas a las relaciones de pareja, como lo son las separaciones conflictivas, las discordias en torno a las custodias y cuotas alimentarias, así como la violencia conyugal, familiar y dificultades de crianza en parejas jóvenes son algunos de los motivos más comunes. En cuanto a las remisiones escolares, usualmente realizadas por maestras o coordinadoras académicas de instituciones educativas públicas, conciernen problemas de disciplina, de acatamiento de normas, de matoneo y violencia entre pares, particularmente durante la pubertad, así como consumos adictivos, autoagresiones y depresiones en la adolescencia. Los motivos del consulta referenciados dan cuenta también de un porcentaje muy bajo de problemas relacionados con el consumo adictivo de sustancias psicoactivas en una ciudad donde los datos epidemiológicos revelan cifras más alarmantes. Esto se puede explicar por la existencia en la ciudad de instituciones y fundaciones que ofrecen tratamientos específicos de desintoxicación en dispositivos de internación. De igual forma, se encuentra que los adultos mayores que consultan en el CAPsi presentan problemáticas comunes relacionadas con el abandono, desamparo y soledad, particularmente de mujeres que han enviudado y que tienen situaciones económicas precarias y lazos familiares muy frágiles. El dispositivo de escucha y de reconstrucción de lazos que ofrece el CAPsi, ha demostrado ser efectivo en estos casos, en la medida que se logra revincular a estas personas con actividades productivas y de ocio a través de las redes comunitarias, en lugar de redireccionar estos casos a dispositivos sanitarios donde tienden a ser diagnosticados con depresión y tratados con psicofármacos.

### Gráfica 03

Motivos de consulta en el CAPsi



Incluye el universo de los consultantes del CAPsi, hasta diciembre de 2015.

Fuente: CAPsi-Icesi, 2015

Finalmente, un dato que ha resultado de gran interés en el marco de nuestros procesos tanto formativos como investigativos, es el porcentaje importante de consultantes cuyas problemáticas hemos categorizado en la gráfica como «enfermedad mental», que está compuesto por personas que padecen de psicosis y que consultan al CAPsi en una fase de estabilización de su condición, pero que perciben que se avecina una crisis y buscan una alternativa a los dispositivos de internación y de medicalización. Aunque inicialmente no se esperaba que llegase un número significativo de estos casos al Consultorio, un análisis del contexto local en lo que respecta a una carencia de dispositivos extra-hospitalarios o de proximidad para la rehabilitación de enfermos mentales, más allá de una fase aguda, permite explicar esta tendencia. Fue a partir de una serie de preguntas sobre los casos de psicosis, que se formuló un proyecto de investigación, el primero del CAPsi formalmente establecido, sobre los alcances y limitaciones de un dispositivo de atención primaria basado en la escucha para la atención y rehabilitación de pacientes con psicosis. A continuación se presentan algunas reflexiones a partir de los hallazgos clínico-investigativos.

## Las psicosis en la atención primaria: reflexiones a partir de la experiencia del CAPsi

Referirnos a una categoría como la psicosis en la clínica que se lleva a cabo en el Consultorio supone de entrada que estamos asumiendo una postura acerca del modo como abordamos el psicodiagnóstico. Como ya se mencionó anteriormente, en el modelo clínico del CAPsi se asume el diagnóstico como una pregunta o hipótesis de investigación, que es objeto de discusión de la información que se extrae del caso a partir de una escucha muy atenta a la luz necesariamente de un marco epistémico. Considerando que los manuales clasificatorios, de tipo DSM y CIE, comúnmente utilizados en los dispensarios donde se atienden pacientes con padecimientos mentales, se presentan como ateóricos y en esa medida han perdido su valor orientador y diferenciador en la clínica (Laurent, 2014; Desviat, 2013), hemos optado por no tenerlos como la principal herramienta de trabajo. Más allá de un furor puramente descriptivo y clasificatorio, lo que interesa a la hora de iniciar un proceso clínico, es tener alguna noción de la condición psíquica y funcionalidad del consultante a fin de establecer una terapéutica adecuada.<sup>6</sup> En este sentido hemos encontrado de indiscutible utilidad al momento de discernir y diferenciar condiciones mentales en el dispositivo CAPsi, la teoría y la clínica de las psicosis del psiquiatra y psicoanalista francés Jacques Lacan.

Quizás en este punto sea prudente recordar que Lacan se formó como médico-psiquiatra en la época más fecunda de la disciplina psiquiátrica en Europa. En su tesis de doctorado sobre la psicosis paranoica, donde desarrolla el célebre caso «Aimée», no solo se reconocen las referencias a los grandes psiquiatras de su tiempo y sus maestros, sino que expone una teoría original en la que retoma conceptos psicoanalíticos, tales como el superyó y el narcisismo, para sostener su hipótesis sobre la auto-punición (Lacan, 1932). Se afirma entonces con razón que Lacan hace su entrada en el psicoanálisis por vía de la clínica de la psicosis, tema que Freud había tratado en su importante teorización apenas en algunos textos, que distan de ser menores por cierto, para insinuar al final de su obra

---

6. Desde nuestro punto de vista, el diagnóstico tiene ante todo una función de orientación en la dirección de un tratamiento. Tenemos como principal referencia la etimología de la palabra «diagnóstico» (del griego *diagnosis*) que significa la capacidad de discernir, distinguir o reconocer.

que el método psicoanalítico demostraba ser poco eficaz en la terapéutica de dichos pacientes. Será después de Freud que otros psicoanalistas, principalmente Melanie Klein en Inglaterra y Lacan en Francia, avanzarán en el desarrollo de una teoría y clínica psicoanalítica de las psicosis. Como mi propósito en este texto es referirme al uso de ciertas categorías lacanianas que resultan ser de gran utilidad en el psicodiagnóstico, no será este el lugar para abordar más a fondo la complejidad y la profundidad de estos desarrollos conceptuales. Me excuso de antemano si lo que sigue a continuación presenta los rasgos de una suerte de síntesis producto de un esfuerzo de pragmatismo.

### La cuestión del diagnóstico y los fenómenos elementales en la clínica de la psicosis

En el marco de la clínica estructural, la cual considera tres grandes categorías diagnósticas –neurosis, psicosis y perversión–, Lacan sitúa respectivamente la represión, forclusión y renegación como los mecanismos psíquicos que determinarían la posición subjetiva resultante de la tramitación de la metáfora paterna.<sup>7</sup> Si tenemos como referente la clínica estructural se trata entonces de contar con algunos indicios para delimitar un fenómeno mínimo o elemental a través del cual pueda verificarse una estructura. Los llamados «fenómenos elementales» tienen un lugar central en la clínica de las psicosis de Lacan, constituyéndose en un desarrollo conceptual «fruto de la herencia de debates centenarios tanto en la psiquiatría francófona y germanófona de las que no es nada inútil retener un cierto número de enseñanzas» (Sauvagnat, citado por Mazzuca, 2012a). El concepto de «fenómeno elemental» es importante en la clínica diferencial de las neurosis y las psicosis porque pone en juego la especificidad de cada una de las estructuras; es un concepto que acopla la teoría –definición de una estructura clínica–, con los fenómenos singulares que se presentan en la experiencia (Mazzuca, 2012a). Aunque Lacan siempre se refirió

---

7. En su teoría estructuralista, Lacan introduce lo simbólico –el lenguaje, la metáfora paterna– como la potencia que establece el orden, la jerarquía, la constancia y que estabiliza el mundo hasta el momento imaginario movedido. Lacan condensa esta lógica ordenadora de lo simbólico, con el significante Nombre del Padre. Cuando se dice que un elemento funciona como Nombre del Padre para el sujeto quiere decir que éste elemento es el principio que ordena su mundo. En la clínica estructural, se dice que cuando no ha operado el Nombre del Padre para el sujeto, hay psicosis (Lacan, 1957-58).

a los «fenómenos elementales» en relación a las psicosis, recientemente se ha propuesto que dicho concepto se generalice en la clínica en la medida que contribuye a esclarecer los ejercicios diagnósticos (Miller, 2014). En las neurosis, lo sabemos por Freud, el retorno de lo reprimido se demuestra fehacientemente en las formaciones del inconsciente, como lo son los sueños, lapsus, chistes, actos fallidos y manifestaciones sintomáticas. Entonces podría decirse que el fenómeno mínimo o elemental que caracteriza una neurosis es una manifestación que dé cuenta del retorno de lo reprimido, lo cual permite realizar un diagnóstico diferencial. Trabajar con el concepto de «fenómenos elementales» en la clínica de las psicosis tiene un valor especial en el caso de las estructuras psicóticas que no han desencadenado, es decir que no han presentado una crisis o episodio psicótico y que por lo tanto no es claramente manifiesto que se trate de una psicosis.

Vale la pena aclarar que desde este marco epistémico, cuando se habla de psicosis se está considerando que se trata de una estructura que da cuenta de una posición subjetiva, así no se haya presentado un episodio caracterizado por las manifestaciones extraordinarias propias de la psicosis, como lo son principalmente el delirio y las alucinaciones. En este marco se considera como categoría la «psicosis ordinaria» para nombrar aquellos casos en un principio «inclasificables», con una psicosis «disimulada», «velada» o «no desencadenada» (Miller, 2010):

¿Qué intentamos captar hablando de la psicosis ordinaria? Es decir, cuando la psicosis no va de suyo, cuando no tiene el aspecto de ser una neurosis, cuando no tiene la firma de la neurosis ni la estabilidad ni la consistencia ni la repetición de la neurosis. Una neurosis es algo estable, una formación estable. Cuando ustedes no comprueban —es también una prueba para el clínico— que tienen los elementos bien definidos, bien recortados de la neurosis, la repetición constante y regular de lo mismo, y cuando no tienen claros fenómenos de psicosis extraordinaria, entonces llegan a decir que es una psicosis, aunque no sea manifiesta sino, por el contrario, disimulada. Deben entonces darse a la búsqueda de pequeños índices. Es una clínica muy delicada. A menudo es una cuestión de intensidad. Una cuestión de más o menos. Eso los orienta hacia lo que Lacan llama «un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto» (Lacan, 1957-58, p. 224). Es la frase sobre la cual insisto desde hace años en mis cursos y en las discusiones con mis colegas [...] (Miller, 2010, p. 17).

Se trata entonces de tener en cuenta casos que aunque no han presentado los rasgos distintivos de lo que se ha denominado en psiquiatría psicosis paranoide o esquizofrenia con sus múltiples apellidos, presentan pequeños indicios clíni-

cos, llamados aquí «fenómenos elementales», que dan cuenta de una estructura psicótica y que podrían pasar desapercibidos para un clínico que se oriente únicamente por un manual basado en un *check-list* de síntomas y signos. Entonces los fenómenos elementales en el marco de la clínica de las psicosis, pueden también denominarse, *fenómenos iniciales* –en oposición a tardíos–, o *fenómenos primarios* –en oposición a secundarios–. También se habla de dichos fenómenos como indicadores clínicos en una «pre-psicosis» (Mazzuca, 2012a).

Una de las referencias más destacadas en el desarrollo de la noción de «fenómenos elementales» es el psiquiatra francés Gaëtan Gatian de Clérambault, a quien Lacan reconoció como su gran maestro en psiquiatría. El concepto de «automatismo mental» propuesto por aquel, al lado de su «pasión del detalle clínico» (Dewambrechies-La Sagna, 2013, p.1) de la que dio cuenta a lo largo de su rica experiencia institucional adquieren valor de brújula en la clínica lacaniana de las psicosis. El estudio de lo que denominó psicosis basadas en el automatismo, entre las que se encuentra la psicosis alucinatoria crónica, le permitió a Clérambault situar un fenómeno inicial que preceden, en mucho tiempo, a la formación delirante (Mazzuca, 2012a). Anteriormente se relacionaban este tipo de fenómenos con las alucinaciones, motivo por el cual para construir su definición de «automatismo mental», este autor clásico introduce una distinción dentro del campo de los fenómenos alucinatorios:

Entiendo por automatismo mental los fenómenos clásicos: anticipación del pensamiento, enunciación de los actos, impulsiones verbales, tendencias hacia fenómenos psicomotores [...] los pongo en oposición a las alucinaciones auditivas, es decir, a las voces a la vez objetivadas, individualizadas y temáticas; los opongo también a las alucinaciones psicomotrices caracterizadas; en efecto, estos dos tipos de voces, las auditivas y las motrices, son tardías respecto de los fenómenos más arriba mencionados (Clérambault, 1926, p. 95).

Establece así los rasgos que caracterizan esencialmente los fenómenos de automatismo mental: carecen de tonalidad afectiva, son atemáticos, anidéticos o no sensoriales, y son «iniciales en el curso de una psicosis» (Clérambault, 1926, p. 96). En términos generales, afirma que tienen un carácter mecánico y carecen de sentido y significación. Sin pretender entrar en la riquísima taxonomía y fenomenología que este psiquiatra desarrolla sobre los fenómenos de automatismo mental, destaco aquí una característica esencial de los fenómenos

iniciales o de pequeño automatismo, en oposición a los de gran automatismo, y es que el sujeto los experimenta como si fuesen ajenos, autónomos, independientes y fuera de su control, distinguiéndose de los fenómenos llamados de influencia, en los cuales el sujeto cree que le son impuestos por una instancia externa y que constituyen un fenómeno de gran automatismo que caracteriza una psicosis ya desencadenada. Algunos ejemplos son la sustitución del pensamiento, juegos verbales (fenómenos positivos) y vacío o detenciones del pensamiento (fenómeno negativo); también hay fenómenos en el registro de lo sensitivo, como las sensaciones cenestésicas o automatismos motores, en los que el sujeto se siente impulsado a hacer un movimiento simple o complejo, como lo que se denomina vagabundeo, cuando el sujeto sale a caminar sin rumbo y sin propósito (Mazzuca, 2012a).

Es en su *Seminario 3* sobre las psicosis que Lacan (1953-54) va a proponer los fenómenos elementales, retomando la noción de automatismo mental de Clérambault, y repensándola a la luz de las concepciones sobre la paranoia desarrolladas en su tesis doctoral en la cual se basa en los aportes de la psiquiatría alemana, en particular de Jaspers. Los «fenómenos elementales» de la paranoia propuestos por Lacan, a diferencia de aquellos del «automatismo mental» descritos por Clérambault como anidéticos, se producen en el registro del significado y tienen que ver ante todo con una vivencia de transformación del mundo. Es una experiencia de extrañamiento que ocurre previamente o en el momento de un desencadenamiento, en la que de manera repentina los significados que daban sentido al sujeto pierden validez sin ser remplazados por otros inmediatamente. Surge entonces un vacío de significación, una experiencia enigmática, que en algunos casos se acompaña de un estado de inquietud o de perplejidad (Mazzuca, 2012a). Quizá el ejemplo más claro para dar cuenta de dicho fenómeno puede tomarse del caso «Aimée» que Lacan describe con detalle en su tesis, en el cual el comienzo del episodio psicótico aparece marcado por un cambio abrupto en el ambiente familiar: «Durante todo el tiempo que amamantaba –dice la paciente– todo el mundo estaba cambiando alrededor de mí [...] Me parecía que mi marido y yo nos habíamos convertido en extraños el uno para el otro» (Lacan, 1932, p.189). Se nota claramente que en esta afirmación aún no hay nada del orden de un delirio, sino más bien de un fenómeno sutil de extrañeza enigmática que llama una respuesta que pueda responder a dicho interrogante. Pero el aporte mayor de



su tesis será la delimitación original que hará del fenómeno de interpretación delirante, el cual sucede el momento enigmático del fenómeno elemental, y que define como un acto intuitivo, instantáneo en el que se presenta de forma inmediata la nueva significación. En el caso «Aimée», sería el modo en el que de repente surge lo que constituirá el núcleo de su construcción delirante posterior y que se resume en: «quieren matar a mi hijo». Esto constituye una respuesta al momento enigmático, otorgando un significado estabilizador de la intención del Otro. Posteriormente vendrá la sistematización del delirio de persecución, donde lee los signos de su cotidianidad en función de la respuesta «quieren la muerte de mi hijo», lo que la conducirá al pasaje al acto homicida que comete en contra de la famosa actriz de quien estaba segura que había amenazado la vida de su hijo.

En su elaboración conceptual sobre las psicosis, Lacan también retoma y reelabora de la psiquiatría clásica los llamados fenómenos de significación personal, al lado de los fenómenos enigmáticos, de extrañeza, de *déjà-vu* y de perplejidad. La significación personal se refiere a la certeza que puede tener un sujeto de que algo cobra significado, y está seguro que esto le concierne particular y decisivamente a él. En lo que respecta al valor diagnóstico y clínico de los fenómenos elementales, tal como son propuestos por Lacan es que son específicos de la estructura de la psicosis, se presentan como iniciales y primarios, es decir previos o en el momento del desencadenamiento de un episodio psicótico caracterizado ya por grandes fenómenos notorios como un delirio sistematizado o un pasaje al acto, y se presentan de forma sutil e idiosincrática resumiendo en conjunto la problemática delirante que se manifestará ulteriormente (Mazzuca, 2012b).

La elaboración lacaniana de las psicosis ha continuado su desarrollo hasta nuestros días a través del trabajo clínico de numerosos psicoanalistas. La noción de los fenómenos elementales, por ser un referente fundamental a la hora del psicodiagnóstico ha seguido enriqueciéndose. Miller (2003, 2014) ha demarcado con una claridad remarcable tres categorías de fenómenos elementales que deben tenerse en cuenta en el psicodiagnóstico y en el diagnóstico diferencial.

En primer lugar se refiere a los fenómenos de automatismo mental, tal como son descritos por Clérambault, y que pueden resumirse en una experiencia subjetiva de perplejidad, de extrañeza inefable, de vacío de significación y de sentido, de palabras impuestas. Por ejemplo, una paciente que dice «cuando

me di cuenta, tenía el cuchillo en la mano, no recuerdo como llegué allí» (Caso A del CAPsi). Otro caso, un joven que sufre de una melancolía actualmente, describe los momentos previos a su crisis: «Todos en la clase sabían lo que me pasaba, sabían todo, se me blanqueó la mente, fue como un relámpago...» (Caso J del CAPsi). Una característica notoria que presentan estos fenómenos es que cuando se le pregunta al sujeto por dichos momentos, hay una imposibilidad de encadenar esa experiencia con un significado que le otorgue un sentido; es como si se toparan con un límite en la posibilidad de narrar y de historizar a partir de dicha experiencia.

En segundo lugar, Miller (2003) delimita los fenómenos que conciernen al cuerpo, como lo son las experiencias de fragmentación corporal, de extrañeza o de separación con relación al propio cuerpo y de alucinaciones cenestésicas. Algunos ejemplos de casos clínicos: «siento que se me desprende la cabeza» (Caso de presentación de enfermos en el Hospital de Clamart en Francia), «mi estómago tiene una voz que me habla» (Caso descrito en Miller, 1999), «tengo la sensación de que todo mi cuerpo es atraído hacia el piso por una fuerza rara que atraviesa la suela de mis zapatos y reduce mi estatura de manera extraña» (Caso descrito en Miller, 1999), «recibí una paliza, no sentí nada, observaba desde lejos como me daban golpes» (Caso G del CAPsi). Los fenómenos ligados al cuerpo usualmente se presentan en los casos de esquizofrenia.

En tercer lugar, este autor (2003) se refiere a los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad y que son experimentados por el sujeto como un testimonio de una revelación y de certeza, expresiones de sentido o de significación personal. Por ejemplo: «Quieren matar a mi hijo» en el caso Aimée; «quiero ser un cadáver para alguien; me habría gustado ya estar muerto» (Caso descrito en Miller, 1999); o «un día voy a hacer algo que cambiará todo el sistema y todo el mundo sabrá mi nombre y me recordará», las palabras que le dice el Piloto Lubitz a su compañera unos días antes de estrellar el avión de German Wings, en abril de 2015. Estas afirmaciones de sentido y significación usualmente se presentan en el momento previo o inicial de una construcción delirante o, en el peor de los casos, de un pasaje al acto. Es importante señalar que las psicosis tienen episodios y momentos de desencadenamiento, y en ese sentido captar clínicamente los fenómenos elementales es muy útil, en la medida que dan cuenta del momento preciso de la ruptura de equilibrio de un sujeto. En algunos casos es posible situar un primer momento donde se da el vacío de significación, en

el cual domina la perplejidad o las palabras impuestas, y en un segundo momento ocurre la producción de una significación nueva, la cual usualmente es extraña o bizarra y se presenta como certeza. En el célebre caso del Presidente Schreber retomado por Freud, se ubican estos dos momentos: cuando aún está aparentemente sano, surge en él este pensamiento «que hermoso sería ser una mujer sufriendo el acoplamiento», después vendrá la construcción de un delirio altamente sistematizado y elaborado. En el caso de «Aimée», se ubican también varios momentos: (1) Extrañeza cuando está amamantando. (2) Surge la certeza interpretativa delirante como respuesta al momento de extrañeza «Quieren matar a mi hijo». (3) Construye un delirio de persecución sistematizado. (4) Realiza un pasaje al acto homicida apuñalando a una actriz.

### El diagnóstico y el tratamiento de las psicosis en el CAPsi

Pasado este recorrido por la definición, descripción e ilustración clínica de lo que serían los fenómenos elementales psicóticos, es importante introducir en este punto la relevancia de este concepto en el trabajo del CAPsi. Cuando nos referimos en nuestra categorización a casos de enfermedad mental o de psicosis, se trata de personas que acuden al Consultorio de forma autónoma –nunca en un estado agudo o en una situación de urgencia–, y en cuya presentación inicial –su forma de hablar y de establecer un vínculo con el dispensario y las personas que allí trabajan– exhiben rasgos de vacío, de anomia o de extravío, diferenciándose, a veces sutilmente, del grueso de los consultantes del CAPsi. Desde la primera entrevista, aquella donde se acoge y se interpreta la demanda inicial del consultante, se pueden identificar algunos de los fenómenos elementales que permiten formular hipótesis diagnósticas que orientarán el proceso. Los consultantes, que para nuestros propósitos investigativos y estadísticos, hemos incluido en la categoría de psicosis presentan las siguientes características: (i) todos, excepto los menores de edad, han llegado al dispensario por sus propios medios, sin acompañantes o acudientes, con un nivel aceptable de autonomía y funcionalidad, lo cual indica que se trata de psicosis relativamente estabilizadas o «psicosis ordinarias»; (ii) el 85% de ellos han pasado por tratamientos psiquiátricos (internación y medicación) y manifiestan explícitamente que no desean volver a la institución hospitalaria donde fueron atendidos o internados; el porcentaje restante cuenta con

prescripción psiquiátrica más reciente pero tiene problemas de adherencia a dicho tratamiento; (iii) todos, sin excepción, se encuentran en situación de desinserción laboral o en alto riesgo de desinserción escolar y manifiestan tener relaciones familiares y sociales altamente conflictivas, y en algunos casos se evidencia una ruptura radical en el lazo social; (iv) una importante mayoría exteriorizan desde la primera sesión una necesidad de escucha y de reconocimiento lo que se refleja en una adherencia al dispositivo de escucha que se les propone, y que se traduce en una asistencia puntual a las citas y en una apropiación rápida del espacio que resulta, en la mayoría de los casos, en una prolongación de atención más allá de las seis/siete semanas.

En cuanto al proceso diagnóstico en estos casos donde hemos trabajado con la hipótesis de una psicosis, consideramos que lo más importante es lograr un diagnóstico oportuno, con el fin de evaluar posibles riesgos (de pasaje al acto) y hacer una derivación especializada si es necesario. Por esta razón, estos casos son priorizados a la hora de discutirlos en las sesiones de supervisión. Es en la supervisión que se decide acerca de la conducción del caso, que se analizan los indicios clínicos a la luz de los elementos teóricos y que se examinan concretamente las posibilidades de interconsulta y derivación. Asimismo, optamos por una política de no etiquetamiento, en el sentido de comunicar al consultante el nombre de su padecimiento con un término diagnóstico específico. Se reconoce el malestar subjetivo, su forma singular de manifestación, se dan recomendaciones precisas en muchos casos, pero se evita darle una etiqueta a dicho malestar. En términos concretos, no se le dice a un consultante «usted sufre de psicosis» o «su diagnóstico es esquizofrenia paranoide», ni nada de ese estilo, ya que se considera que la rotulación diagnóstica genera efectos de identificación que obstaculizan el vínculo terapéutico y la dirección de un tratamiento; y en el caso de diagnósticos relacionados con enfermedades mentales más graves, como lo son la esquizofrenia y la psicosis, se abre la puerta a la estigmatización y segregación. Entonces de lo que se trata en lo que denominamos proceso diagnóstico en el CAPsi es de plantear una hipótesis e iniciar una investigación clínica a través de un método indiciario con base en una escucha atenta, caso por caso, sesión por sesión. Aunque en las sesiones solo interviene un practicante psicólogo, lo que llamamos investigación clínica no es un trabajo que se realiza en solitario; siempre es un trabajo de al menos dos, cuando no interviene todo el equipo y se consultan especialistas externos, según la problemática.

Es pertinente aclarar que con el propósito de realizar un diagnóstico oportuno en el CAPsi, hemos considerado de enorme utilidad clínica otro aporte de Miller (2010, 2014) en el desarrollo de lo que él ha denominado la psicosis ordinaria. Analizando lo que Lacan define, en relación con la psicosis, como «un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto» (Lacan, 1957-58, p. 224) este psicoanalista contemporáneo sostiene:

Ese desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto. «*Sens of life*» se traduce por «sentimiento de la vida» o «cómo viven ustedes su propia vida». Es muy difícil de analizar ese término. Los psiquiatras intentaron delinear ese «sentimiento de la vida». Ellos hablan de síntesis, de sentimiento general del sujeto, de «estar en el mundo». El desorden se sitúa en la manera en que sienten el mundo que los rodea, en la manera en la que sienten su cuerpo y en la manera de referirse a sus propias ideas. Pero, ¿qué hay de ese desorden, dado que los neuróticos también lo sienten? (Miller, 2010, p. 18).

Para responder esta pregunta este autor nos provee algunos elementos que él nombra «una triple externalidad» con relación al mundo: una externalidad social, una externalidad corporal y una externalidad subjetiva. En lo respectivo a la externalidad social en la psicosis, el índice más claro se encuentra en la relación negativa que el sujeto tiene con su identificación social. Cuando se constata que el sujeto es incapaz de asumir su función social: se observa un desamparo misterioso, una errancia, un desajuste o desconexión social. Lo anterior es una identificación social negativa, pero hay también casos que presentan identificaciones sociales positivas, es decir, cuando los sujetos presentan una identificación demasiado fuerte con su trabajo y posición social (Miller, 2010). Es común encontrarse con psicóticos cuya pérdida del trabajo o, por el contrario el nombramiento en un cargo altamente anhelado, como en el caso del Presidente Schreber, desencadenan la psicosis. La segunda externalidad, la corporal, se fundamenta en la concepción psicoanalítica lacaniana con respecto a la relación del sujeto con su cuerpo y que se resume en la frase: el sujeto tiene un cuerpo, no es un cuerpo. Esto implica que la relación del sujeto con su cuerpo es siempre problemática en la medida que no nace con él, sino que debe «hacerse a un cuerpo» a lo largo de su constitución psíquica. En la psicosis se observan fenómenos que dan cuenta de un desajuste o una extranjería más radical con respecto al

cuerpo, como los descritos en las referencias clínicas anteriormente citadas que dan cuenta de fenómenos de fragmentación corporal (partes del cuerpo que cobran autonomía y se separan del conjunto) o literalmente sensaciones de descorporeización y anestesia. Finalmente, lo que Miller (2010) llama la externalidad subjetiva se refiere principalmente a la experiencia del vacío, la vaguedad «de una naturaleza no dialéctica» (p. 19) que se detecta por ejemplo en la imposibilidad de historizar, de ligar un acontecimiento a otro en una lógica cronológica, de construir una narrativa familiar u otra.

Desde que asumimos como una tarea investigativa y clínica la pregunta por el psicodiagnóstico y por un tratamiento posible de las psicosis en el CAPsi, hemos acogido a estos consultantes en el dispositivo, ofreciéndoles un espacio de escucha desprejuiciada y, más importante, procurando palpar el momento de una crisis o desencadenamiento. Partiendo del supuesto de que la psicosis rara vez abarca la totalidad de la vida de un sujeto y que muchos de ellos pueden encontrar lugares, lazos y períodos durables de estabilización, se trata entonces de detectar clínicamente tanto los factores disparadores de las crisis, con el fin de orientar al sujeto hacia la evitación de estos, como los recursos subjetivos y sociales que les proporcionan elementos estabilizadores, para promoverlos y fortalecerlos. Asumimos también, tal como Freud lo concibió, que el delirio es en sí una tentativa de cura que viene a otorgar un sentido en un momento de vacío; es una construcción subjetiva para poder enfrentar un agujero que se impone radicalmente en el sentido de vida de un sujeto. Frente a esto tomamos la recomendación cautelosa de no contradecir un delirio con base en un llamado a un supuesto sentido de realidad objetiva, sin necesariamente alimentar una construcción delirante; por el contrario, buscamos modos que contribuyan al acotamiento del delirio de tal manera que no invada todas las dimensiones de la vida de un sujeto restándole funcionalidad. En esta terapéutica de las psicosis en el CAPsi, hemos encontrado igualmente que la reflexión sobre la posición subjetiva del practicante, terapeuta o psicólogo, es primordial, procurando no devenir un otro persecutorio o excesivamente demandante para los sujetos psicóticos, para quienes, por estructura, el Otro tiende a devenir absoluto. La relativización sutil de las certezas, la evitación de la mirada fija o de preguntas directas en ciertos ámbitos íntimos y la posición de ingenuidad interesada por la novedad, son algunas de las estrategias que utilizamos en el manejo del

vínculo terapéutico. Finalmente, es fundamental aclarar que al no seguir un protocolo estandarizado de tratamiento en el dispositivo CAPsi, por ser una escucha basada en el reconocimiento de la singularidad de los consultantes, trabajamos con el principio de no dar recomendaciones, recetas, consejos ni soluciones sobre la base de que han tenido eficacia terapéutica en otros casos, ya sea del mismo Consultorio o de la literatura. Estamos convencidos de que no hay soluciones estándar, ni respuestas que puedan ser válidas para todos. Por ejemplo, es mucho lo que se ha dicho y escrito sobre el valor estabilizador de la escritura y el arte en los casos de psicosis. Sería ingenuo pensar que esto es aplicable universalmente. Se trata entonces de encontrar caso por caso, de preguntarse por lo que funciona para cada uno, siguiendo las claves y pistas dadas por el mismo sujeto en su decir. Los modos de estabilización, tanto los subjetivos como los recursos comunitarios, son singulares y se trata en la terapéutica de acompañar al sujeto para que él mismo los invente.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos entonces mencionar algunos logros terapéuticos del CAPsi en el tratamiento de los casos de psicosis, que podrían dar cuenta de cierta eficacia del dispositivo en lo que Desviat (2010) ha denominado la fase de rehabilitación de la enfermedad mental crónica:

En primera instancia, quizás el logro más generalizado y notorio desde los primeros encuentros, es el apaciguamiento de la angustia a través de un lazo terapéutico que prioriza la dignidad de la persona y aloja su singularidad. Segundo, se ha alcanzado la relativa pacificación de las relaciones familiares, inclusión en la comunidad y aceptación del sujeto con sus «rarezas» en la dinámica familiar y comunitaria. En este aspecto hemos encontrado ciertos límites al tener una baja asistencia al momento de convocar a los familiares al espacio de consulta, cuando ello se ha considerado necesario. Tercero, se ha trabajado conjuntamente con el Consultorio Jurídico cuando se han necesitado acciones de restitución de derechos, en aquellos casos donde es necesario tramitar pensiones, atención hospitalaria oportuna, acceso a medicamentos y otros procesos jurídicos. La proximidad con esta instancia, así como la disposición colaborativa, ha demostrado ser de gran valor en estos casos por su condición de alta vulnerabilidad social. Cuarto, en aquellos casos que se dicen refractarios frente al tratamiento psicofarmacológico y que tienen problemas como insomnios prolongados, momentos agudos de angustia, agresividad,

intenciones manifiestas de pasaje al acto suicida u homicida, hemos trabajado en la mitigación de dicha resistencia, logrando en un porcentaje importante de los casos una interconsulta eficaz con psiquiatría, manteniendo el dispositivo de escucha del CAPsi. Finalmente, se ha promovido la identificación y construcción de modos singulares de estabilización, logrando en la mayoría de los casos una reinserción social a través tanto de actividades laborales en funciones específicas y muy estructuradas que no impliquen una exigencia muy alta, como de actividades de intervención comunitaria y de ocio que permiten restaurar y establecer lazos sociales con familiares y vecinos, entre otros. Algunos ejemplos de estas actividades son: trabajos de limpieza y servicios varios, fabricación de objetos artesanales, escritura, pintura y dibujo, liderazgo de organización de actividades comunitarias, juego de ajedrez con un grupo de vecinos. Quizás sea este último punto el más valioso, desde la visión del proceso clínico-terapéutico, a la hora de analizar los hallazgos y que merece ser visto a la luz de la presentación de los casos, lo que podrá ser objeto de otro escrito sobre la experiencia del CAPsi.

## **Algunas conclusiones**

En un contexto que carece de dispositivos intermedios y extra-hospitalarios de atención en salud mental como lo es la ciudad de Cali, la oferta del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) ha sido bien acogida por los ciudadanos provenientes de los estratos socio-económicos y sectores menos favorecidos del municipio. El aumento progresivo de la demanda de consultantes, así como la rápida ampliación de la red de instituciones educativas oficiales, entre otras, que remiten casos al CAPsi, da cuenta de la necesidad de este tipo de dispositivos. Asimismo, la diversidad de problemáticas de salud mental y de grupos poblacionales que se atienden, además de la posibilidad de contar con un modelo de atención basado en un marco ético y epistémico en constante construcción y discusión, constituyen un valor agregado que dinamiza el Consultorio como laboratorio de aprendizaje experiencial y de investigación clínica. Uno de los mayores desafíos que tenemos reside precisamente en el equilibrio necesario entre la función asistencial y la función formativa y de



investigación. La demanda acuciante de los consultantes ha redundado en la pregunta por la ampliación de los horarios de atención. Hemos optado por no hacerlo por la sencilla razón de que esto nos llevaría a reducir los tiempos destinados a la docencia y la investigación. Si bien la labor social y asistencial no es solo fundamental sino necesaria en un contexto de vulnerabilidad y de exclusión social como el nuestro, al ser el CAPsi un dispositivo universitario no podemos descuidar el aspecto formativo e investigativo. Es en este sentido que hemos optado por apostarle al fortalecimiento de las líneas investigativas, destinando más recursos a la investigación clínica y diseñando modos de vinculación de un mayor número de estudiantes a las actividades clínicas y comunitarias del Consultorio.

En este capítulo se han presentado algunos de los primeros hallazgos de la primera investigación del CAPsi, a partir de la pregunta por el tratamiento posible de las psicosis en un dispositivo centrado en la utilidad social de la escucha. Hemos visto como el abordaje de condiciones mentales más graves y crónicas, como es el caso de las psicosis, exige un posicionamiento epistémico para enfrentar una casuística que no puede dar la espalda al psicodiagnóstico y que demanda de los practicantes y terapeutas no solo una disciplina de estudio constante sino un interés decidido por los casos clínicos. La pasión por el detalle clínico, el interés por la singularidad de un caso, el estudio de los textos e historiales clínicos clásicos y contemporáneos, el registro narrativo y discusión de los casos propios y del grupo, la supervisión y reflexión sobre la propia práctica, así como la toma de una posición epistémica orientadora y que alimente permanentemente el acto clínico, se consideran elementos esenciales en la pretensión que tiene el CAPsi de cerrar la brecha entre la praxis y la teoría.

Es muy usual en nuestro contexto encontrar que los casos de psicosis y de enfermedades mentales graves y persistentes, rara vez son tratados en dispositivos de baja complejidad y mucho menos por profesionales que no sean psiquiatras. Aquí hemos presentado y descrito una alternativa de prevención, tratamiento y rehabilitación para personas que sufren de enfermedades mentales y que han superado una fase aguda, en la cual se propone un abordaje a través de la escucha y la palabra, donde atienden psicólogos en formación, sin desconocer la necesidad de acudir al saber psiquiátrico y a la medicación en los casos donde se avecinan episodios críticos. La desinstitucionalización

y la llamada salud mental comunitaria, efecto de lo que se conoce como la reforma psiquiátrica, exige la creación de programas sanitarios, sociales y alternativos de «rehabilitación psicosocial» capaces de acoger las «nuevas formas de cronicidad incapacitante» que se visibilizan con el cierre de los hospitales (Desviat, 2010). Tal como lo expresa este autor, «el objetivo ya no es “curación”, término médico que hay que decir siempre entre comillas en una realidad sanitaria plagada de cronicidades de todo tipo; el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad a la persona enferma» (Desviat, 2010, p. 8). Es con complacencia que podemos afirmar aquí que el CAPsi puede incluirse en esta nueva serie de dispositivos de rehabilitación psicosocial con la esperanza de que pueda aportar con su experiencia a la creación de otros lugares de escucha donde el sujeto que sufre jamás quede excluido de su lugar protagónico en la salud mental.

## Referencias

- Ardón-Centeno, N. & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11,(23), 12-38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200002&script=sci_arttext)
- De Clérambault, G. G. (1926) El automatismo mental. En *Colección clásicos de la psiquiatría*. [http://www.atopos.es/images/biblioteca/clasicos/automatismo\\_mental.pdf](http://www.atopos.es/images/biblioteca/clasicos/automatismo_mental.pdf)
- Dewambrechies-La Sagna, C. (2013) Clérambault, una anatomía de las pasiones. *Revista Virtualia*, 27, 1-14. <http://virtualia.eol.org.ar/027/Clinica-de-la-psicosis/pdf/Clerambault-una-anatomia-de-las-pasiones.pdf>
- Desviat, M. (1994) *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dorsa. <http://www.atopos.es/index.php/biblioteca/coleccion-basicos-de-la-psiquiatria#.U8KpSfJPSUg>
- Desviat, M. (2010). El devenir de la reforma psiquiátrica. En A. Pastor, *et al.* (Eds.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 29-58). Madrid: Síntesis.
- Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (12), 4615-4621 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300010)

- Desviat, M. (2013). Presentación. De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva. En: A. Retolaza, *Salud mental y atención primaria. Entender el malestar* (pp. 1-3). Madrid: Editorial Grupo 5.
- Desviat, M. & Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Lacan, J. (1984). *Seminario 3, Las Psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1984). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1957-58). En *Escritos II*. México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1987). *De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI.
- Laurent, E. (2006) Principios rectores del acto analítico. Asociación Mundial de Psicoanálisis. Recuperado el 9 de noviembre del 2015: <http://ampblog2006.blogspot.com.co/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html>
- Laurent, E. (2014) La crisis post-DSM y el psicoanálisis. En *Latigo Lacaniano*. Primera parte. Recuperado el 6 de diciembre del 2015:<http://www.latigolacaniano.com/assets/la-crisis.pdf> Segunda parte:<http://www.latigolacaniano.com/assets/lgtzo-4-la-crisis-post-dsm.pdf>
- Mazzuca, R. (2012a). Fenómenos elementales. En: F. Schejtman (Comp.) *Elaboraciones Lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Mazzuca, (2012b). Sobre la prepsicosis. En: F. Schejtman (Comp.) *Elaboraciones Lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Miller, J.A. (1999). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, J.-A. (2003). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Miller, J.-A. (2004). De la utilidad social de la escucha. *Revista Virtualia* No. 10. Ver: <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/jamiller-01.html>

Miller, J.-A. (2010) Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria. *Freudiana*, 58, 7-32.

Miller, J.-A. (2014) *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia (2012). “Salud mental y convivencia”. En *Plan Decenal de Salud Pública 2014-2021*. Tomado el 5 de enero de 2016, de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

República de Colombia. Ley de Salud Mental: Ley 1616, 21 de Enero 2013 de enero de 2013. DO. N° 48680.



**05**

# **Psiquiatría en Atención Primaria. Experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle**

---

**María Adelaida Arboleda Trujillo**

Universidad del Valle | [maria.arboleda@correounivalle.edu.co](mailto:maria.arboleda@correounivalle.edu.co)

El campo de la salud mental como espacio social de prácticas no está exento de tensiones y conflictos, un punto álgido precisamente es la delimitación del campo desde la perspectiva médica, en particular de la especialidad psiquiátrica, frente al desarrollo de acciones desde otros agentes que intervienen en el mismo (Galende, 2013).

La noción de campo hace alusión a un conjunto de relaciones, un sistema de posiciones objetivas que han sido logradas en función a competencias presentes y pasadas (García, 2001; Bourdieu, 2003), un lugar donde los participantes rivalizan por el posicionamiento del discurso hegemónico, a partir del cual establecer definiciones, interpretaciones y valores, que finalmente guían las prácticas consideradas autorizadas. En tal sentido, hablamos de un espacio dinámico, con una lógica particular, en relación con el tipo de capital en juego válido para los participantes, pero también un sistema de diferencias, enmarcado justamente por la posesión del capital específico y las posiciones históricas que los agentes han ocupado, que les lleva a tener una percepción particular de la realidad y del campo mismo (García, 2001).

Visto desde este punto, la atención al sufrimiento mental y a la salud mental como perspectiva y como práctica tienen diferencias importantes; comenzando por el momento histórico en que surgieron. La psiquiatría nació de la mano de la medicina mental asilar, hace poco menos de doscientos años; mientras que la salud mental se originó ya en el siglo XX luego de la terminación de la segunda guerra mundial (Galende, 2013). Más adelante es el grupo de agentes psiquiátricos quienes ingresan como unos participantes a integrarse al campo de la salud mental. Un segundo punto está representado por los conflictos que las preceden, como las determinaciones causales, principalmente con explicaciones biologicistas desde el positivismo médico, versus las experiencias subjetivas del malestar desde las perspectivas fenomenológicas y psicoanalíticas. Esto lleva a un tercer aspecto, el de los espacios y los agentes designados para asumirlas. Estas diferencias no pueden ser obviadas ni borradas, ya que se podría caer en el error de asimilar al campo psiquiátrico y al de la salud mental como sinónimos y terminar estableciendo posturas reduccionistas. Por lo tanto, salud mental no es un campo disciplinar, es un espacio social de confluencia multidisciplinar y multisectorial, con límites poco claros, prácticas diversas –tanto en el cuidado como en la curación y

atención de recursos medioambientales y sociales—, con cuidados formales e informales, establecidos algunos, por las propias comunidades.

Desde la psiquiatría comunitaria, como grupo de agentes que participan en el campo de la salud mental, se busca comprender el sufrimiento mental desde una lógica compleja, en la que no se plantean causalidades lineales, se establece la multideterminación, y a los sujetos como agentes situados en un territorio, en un momento histórico, que permite estar abierto a diversos procesos curativos, más allá de las propuestas farmacológicas o psicológicas. Este nivel de comprensión solo es posible al facilitar la presencia del profesional en psiquiatría en la baja complejidad, en los territorios, sin embargo una tarea poco sencilla es evitar, de manera simultánea, la medicalización, o la mal llamada psiquiatrización de la vida cotidiana.

Además de los aspectos teóricos relacionados a la práctica clínico-comunitaria en psiquiatría, en este texto, se describirán aportes de la experiencia de trabajo en el programa de Psiquiatría Comunitaria del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, programa docente asistencial desarrollado en el Centro de Salud Siloé de la ciudad de Cali, Colombia, desde hace 30 años, que fueron objeto de investigación para la tesis doctoral: «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*» (Arboleda, 2014), y de la cual se extraen algunos aportes. El recorrido personal y grupal de los miembros de la academia y de la Red de Salud de Ladera, nos ha permitido evidenciar las oportunidades y dificultades en el desarrollo de las actividades, tanto en relación a aspectos epistemológicos como normativos y metodológicos. Se espera que esto sea un insumo más para aquellas propuestas que se desarrollan en la actualidad en nuestra región.

## **La psiquiatría en el marco de la Atención Primaria**

Para comprender el lugar de la psiquiatría en el marco de la atención primaria, es necesario aclarar primero, la manera en que usamos las nociones de Atención Primaria de Salud y de Atención Primaria, ya que las implicaciones prácticas demarcan diferencias en las acciones que son sustanciales.



## Atención Primaria como modelo de comprensión de la salud

En el informe mundial de salud de la Organización Mundial de la Salud de 2008, justo cuando se conmemoraban los 30 años de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) (1978), se recuerda la importancia de este documento precisamente porque representaba un cambio de paradigma en relación la forma de concebir la salud, desde aspectos políticos, sociales y económicos; con valores como la justicia social, el derecho a una mejor salud para todos, la participación y la solidaridad de los individuos como miembros de una comunidad (OMS, 2008). Era claro que este cambio conceptual debía ir acompañado de cambios en los sistemas de salud, que se encontraban centrados en la enfermedad, con atomización de los problemas, y una actitud del personal, principalmente asistencialista. Se esperaba un modelo centrado en el sujeto como miembro de una comunidad, Estados en capacidad de garantizar el acceso a los servicios de salud, con equipos interdisciplinarios con alta calificación técnica y humana, con capacidad de atender de manera integral a la población, enfoque de actividades con predominio hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, evaluación de determinantes no solo individuales, también familiares, sociales y medio ambientales, descentralización de los servicios y coparticipación de la comunidad (Echeverri, 2011).

Infelizmente, el modelo tuvo desarrollos desiguales en los países que se suscribieron a la Declaración de Alma-Ata. Se ha logrado documentar, a lo largo de 30 años, las marcadas desigualdades sanitarias al interior de los países, además, las nuevas dinámicas sociales han evidenciado nuevos retos en relación al envejecimiento, el crecimiento rápido de las ciudades, la falta de conservación del medio ambiente, el fenómeno de la globalización y la mercantilización de los servicios (OMS, 2008). El resultado ha sido la fragmentación de servicios, la persistencia de una orientación curativa de los problemas en salud con una óptica hospitalocéntrica, el aumento en la brecha de atención entre poblaciones vulnerables y las que tienen disponibilidad de recursos, la instrumentación de procesos y deshumanización de la atención en salud (OMS, 2008).

La instrumentalización del modelo llevó también a pensar, especialmente en países de bajos recursos, en la adopción del modelo solo para manejar enfermedades denominadas «prioritarias» determinados por expertos y no por la propia comunidad, a lugares específicos o a un personal de salud con entrenamiento

básico, poco calificado, excluyendo los especialistas, y destinado para realizar un conjunto de funciones específicas generalmente ligadas a las actividades prioritizadas; también produjo una escisión entre las actividades de promoción, prevención y la atención clínica (OMS, 2008; OPS/OMS, 2005).

En Colombia, se utilizó el enfoque de la APS selectiva, que orientó sus acciones principalmente como un número limitado de servicios de alto impacto, con estrategias de control de crecimiento y desarrollo, programas de rehidratación oral, inmunización, lactancia materna, planificación familiar, etc., desarrollados pensando en población económicamente vulnerable (OPS/OMS, 2005; Echeverri, 2011). El enfoque de la APS selectiva, difundido desde las fundaciones filantrópicas norteamericanas, con gran presencia en nuestro país entre los setenta y los noventa, despoja a la APS del componente político y relega la participación de la comunidad en la planificación y control de los procesos a un segundo plano (Stolkiner y Solitario, 2007).

La recopilación de experiencias a lo largo del mundo, llevó a repensar algunos presupuestos en relación a la APS y su aplicación que transcribimos en la siguiente tabla (Tabla 1):

**Tabla 01**

<b>Primeros intentos de implementar la APS</b>	<b>Actuales cuestiones de interés para las reformas en pro de la APS</b>
Primeros intentos de implementar la APS	Actuales cuestiones de interés para las reformas en pro de la APS
Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural	Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en la salud materno-infantil	Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas	Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas	Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades	Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de estos

Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada	Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos	Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
Ayuda bilateral y asistencia técnica	Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
Atención primaria como antítesis de los hospitales	Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
La APS es barata y requiere solo una pequeña inversión	La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones

Fuente: OMS (2008)

Al considerar la Atención Primaria de la Salud como una estrategia que construye una red, se concibe al *centro de atención primaria* como la plataforma o punto de anclaje hacia las comunidades, desde donde se orientan las actividades y la infraestructura profesionalizada.

Se resume a continuación lo que considero son los puntos clave del modelo de APS:

### Elementos clave del modelo de Atención Primaria de Salud

- Concepción general de la salud centrada en la persona y no en la enfermedad.
- Integral, integrada y con continuidad a través de los diferentes niveles de atención.
- Los individuos como miembros de una comunidad con participación responsable de su salud.
- Intervención desde diferentes sectores.
- Reordenamiento de los recursos económicos y de talento humano.
- Equipos multidisciplinarios con conocimiento del territorio y la comunidad.
- Equidad entre los diferentes niveles de atención.
- Salud en relación al concepto de bienestar general.

## Atención Primaria como modelo de organización asistencial

La mayoría de las veces cuando se habla de Atención Primaria (AP), se refiere a la puerta de entrada al sistema de salud y de servicios sociales. Se trata de un primer nivel de atención que actúa de interfase entre la comunidad y el sistema de salud, en donde se asume la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud, esperando resolver la mayor parte de estos allí (OPS/OMS, 2005; Echeverri, 2011). La AP nació en Europa y Norteamérica a principios del siglo XX. Oscar Echeverri (2011), citando a Barbara Stanfield describe como características de la AP, además de las anteriormente enunciadas, como «el suministro coordinado y continuo de servicios de cuidado primario de alta calidad mediante el uso eficiente de recursos humanos [...] orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de servicios médicos [...]» (p. 3). Desde la perspectiva de servicios, entonces el hospital no es el centro del sistema, sino que son los centros de primer nivel, que además de realizar las acciones colectivas de promoción y prevención, permiten realizar detección e intervención temprana de situaciones problemáticas, con mayor especificidad en relación con determinantes locales.

Por desgracia, la interpretación de la Atención Primaria como el nivel esencial de atención para poblaciones desfavorecidas con prestación de servicios a bajo costo se acompañó de la desvalorización de su papel y la estigmatización del mismo, señalándolo como un servicio de baja calidad, «para pobres» (Stolkiner y Solitario, 2007).

## Salud mental en Atención Primaria y Atención Primaria de Salud Mental

La reorientación desde la atención psiquiátrica a la salud mental no es una propuesta nueva; entre 1950 y 1953, los comités de expertos en salud mental de la Organización Mundial de la Salud destacaron la necesidad de sustituir la tendencia a aumentar el número de camas de los hospitales psiquiátricos por la creación de servicios alternativos (Galende, 1990). Proponían que los psiquiatras deberían dedicar una tercera parte de su tiempo a actividades comunitarias y a capacitación de personal (Arboleda, 2014, p. 78). Posteriormente, la OMS publicó el documento: «La introducción de un componente de salud

mental en la Atención Primaria» (OMS, 1990), producto de diferentes proyectos, incluyendo un trabajo conjunto de un grupos de expertos reunidos en Groningen, Países Bajos, en diciembre de 1985. En el documento se establecía como estrategia la delegación de funciones, con el adiestramiento de agentes generales de salud en técnicas «sencillas pero eficaces», de tipo psicosocial, que llevara a la movilización a la comunidad; estimular la conformación de grupos de autoayuda y la educación sanitaria, con énfasis en promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y neurológicos. La asistencia en la AP de sujetos con enfermedad mental grave era otro de los elementos clave, especialmente en las fases de mantenimiento. Para que estos cambios fuesen viables, se insistía en la necesidad de formular políticas nacionales de salud mental acordes a estas recomendaciones que posteriormente se plasmaran en planes y programas.

Contemporáneo a este documento, ya en el contexto latinoamericano, en noviembre de 1990 en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, los países miembros suscribieron la Declaración de Caracas, donde cuestionaban el papel central de los hospitales psiquiátricos como única modalidad asistencial y la atención psiquiátrica convencional como obstáculo para realizar una atención comunitaria «descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva» (OPS, OMS, 1990). Un aspecto importante de ese documento, fue la insistencia desde organismos internacionales en el respeto por los derechos humanos y civiles de los consultantes, esto incluía favorecer la permanencia del sujeto enfermo dentro de su comunidad a través de mecanismos terapéuticos y dispositivos asistenciales que no llevaran a la exclusión y el aislamiento. La internación de sujetos en fase aguda de una enfermedad mental se debería llevar a cabo en unidades mentales de hospitales generales.

En el informe mundial de salud de 2001, nuevamente la OMS instaba a analizar y replantear la atención en salud mental, los lineamientos que proponía eran: el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la disponibilidad de psicofármacos esenciales, generación de vínculos con otros sectores y la garantía de servicios (Stolkiner y Solitario, 2007), nada diferente a lo sugerido 11 años antes.

Siguiendo el trabajo elaborado por Alicia Stolkiner y Romina Solitario (2007), realizamos un paralelo entre el enfoque de Atención Primaria en Salud Mental –entendido desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud ampliada (tal como lo redefine OMS/OPS en el 2005)–, es decir con todo el componente epistemológico y político, versus el enfoque de la Salud Mental en la Atención Primaria, más cercano a lo que previamente se ha denominado como Atención Primaria en salud selectiva, pero que además lleva el elemento de la Atención Primaria, esto es, la comprensión de la misma como en primer nivel de atención esencial. Este paralelo nos permite comprender un poco esta fragmentación entre las actividades comunitarias por un lado, y la clínica por el otro, que en salud mental se hizo evidente por la interpretación de la APS en salud mental como el desarrollo de la promoción en integración con servicios generales de salud, frente a la clínica descentralizada, con atención comunitaria de pacientes con enfermedad mental.

#### Atención Primaria en Salud Mental y APS ampliada

- Políticas públicas y planes de salud integrados que contemplan el bienestar físico, mental y social.
- Promoción de la salud mental integrado a los cuidados de la enfermedad mental.
- Participación de la comunidad en la identificación de necesidades, planeación y desarrollo de estrategias, contando con las organizaciones naturales.
- Restitución de derechos ciudadanos a pacientes con patología mental, que lleva al desarrollo de dispositivos asistenciales que rompen con el encierro, desarrollados en espacios comunitarios.

#### Salud Mental en Atención Primaria y APS selectiva:

- Agentes generales de salud y agentes de la comunidad, con entrenamiento en detección e intervención temprana en problemas psicosociales y patologías mentales frecuentes, en un esquema de delegación de funciones; con uso de estrategias como la aplicación de test estandarizados tipo el SRQ (Cuestionario de Autoreportaje de Síntomas) y el RQC (Cuestionario de Reportaje de Síntomas en Niños).
- Desinstitucionalización de enfermos mentales, atención en servicios comunitarios y provisión de medicamentos psiquiátricos esenciales.
- El papel de los agentes especializados se limita a acciones de supervisión y capacitación.

## El modelo comunitario en psiquiatría

La psiquiatría comunitaria surgió a partir de las políticas de desinstitucionalización en los años sesenta en Europa y los Estados Unidos; tomó además elementos de la medicina social (salud pública) incluyendo elementos de la epidemiología, integración de abordajes (preventivos, asistenciales y de rehabilitación) y atención territorializada, estableciendo una atención prioritaria a poblaciones vulnerables, participación de la comunidad, con desplazamiento de la atención de sujetos enfermos a colectivos en espacios no hospitalarios (incluso por fuera de los dispositivos de salud) y al igual que la salud mental, con una intención de trabajo grupal «en equipo» (Desviat, 2000).

La estrategia de «desinstitucionalización», no solo implica políticas de descentralización de la asistencia en hospitales psiquiátricos, generalmente alejados geográficamente y culturalmente de los consultantes, hacia espacios comunitarios; se trata de un nuevo modelo de relación con el consultante, con dispositivos alternativos de asistencia, el reagrupamiento de las acciones clínicas con las acciones comunitarias, integrando la salud mental al sistema general de salud en cooperación con otros sectores, incorporando recursos no convencionales en salud (Cohen, 2009).

La desinstitucionalización no tiene como objetivo principal el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin embargo cuando una persona está en crisis y requiera una internación, esta debería realizarse en hospitales generales, lo que evitaría el estigma asociado a las instituciones mentales, para ello es necesario primero preparar la red de servicios hospitalarios con camas asignadas a salud mental y personal capacitado en sus instalaciones. Estos servicios deberán además complementarse con otras estrategias de carácter comunitario, como los centros día, equipos móviles, seguimiento domiciliario, entre otros.

Cuando hablamos entonces de psiquiatría comunitaria, no hacemos referencia únicamente a la consulta psiquiátrica realizada por fuera de los hospitales o clínicas mentales –aunque este es un aspecto operativo importante– sino a la asistencia lo más cerca posible del trabajo o vivienda del consultante. Este elemento por sí solo no da cuenta del componente epistemológico que es central desde la psiquiatría comunitaria y que permite ubicarse de manera diferente frente a quienes consultan, así como a las otras disciplinas que confluyen en este espacio social de la salud mental

comunitaria. La psiquiatría comunitaria entonces busca relacionarse con un consultante como miembro de una comunidad, no con un enfermo o una enfermedad, abordajes clásicos desde la medicina.

Al pensarse al consultante como miembro de una comunidad se entiende que este podría tener un sufrimiento psíquico que podría ser abordado, pero además este se entremezcla con determinantes protectores o que le vulneran desde diferentes niveles: individual, familiar /relacional, comunitario, social (cultural, geográfico, institucional, político). Como se puede ver, la extensión del conocimiento para abordar cualquier problemática que incluya todos estos niveles es enorme y sería imposible pensar que se tiene el saber suficiente como disciplina para plantear cada uno de estos aspectos; de allí que sea necesaria la concurrencia con otras disciplinas que permitan comprender al sujeto en su malestar o que permita sostener su bienestar.

El otro aspecto tiene que ver con las actividades realizadas: Además de la atención al sufrimiento mental en consultas individuales o grupales, los profesionales de esta disciplina participan en el diseño y desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades mentales y rehabilitación basada en comunidad a través de intervenciones psicosociales. Estas actividades se complementan con actividades de formación, capacitación y asesoría tanto a miembros de la comunidad como a agentes de salud del territorio.

Cohen (2009) enumera las bases del trabajo comunitario, desintitucionalizado, a partir de una serie de principios, que pueden resumirse de la siguiente manera (pp. 120-121):

- Identificación, fortalecimiento y validación de los recursos propios de las personas y las redes sociales, que se traduce en el fomento del autocuidado y el desarrollo de los cuidados informales.
- El trabajo territorializado permite la elaboración de diagnósticos basados en problemas y necesidades específicas de los individuos y comunidades, de manera que se puede diseñar programas acordes a estos.
- Estrategias de educación y capacitación en salud mental dirigidas a trabajadores de salud, comunidad, agentes de otros sectores presentes en el territorio; este principio va de la mano con el trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- Coordinación de agentes técnicos en salud mental con los gestores de políticas públicas y agentes sociales del territorio.



- La resolución de problemas debe realizarse en los entornos habituales de las personas, cerca al sitio donde viven y trabajan, evitando al máximo el ingreso a los hospitales psiquiátricos; esto como veíamos, reconoce los recursos propios, además permite una mayor participación de las personas del entorno y a la larga, una desestigmatización de los problemas mentales y los sujetos que los sufren.
- Recuperación de las personas con sufrimiento mental a partir de programas continuos que estimulen la rehabilitación basada en la comunidad, con respeto y garantía de los derechos ciudadanos.

## De la psiquiatría comunitaria a la salud mental comunitaria

Queda claro que la psiquiatría como disciplina no es suficiente por sí misma para abarcar las necesidades en salud mental de un individuo y su comunidad, de manera que su posición es como parte de un equipo de salud mental comunitaria con capacidad para intervenir en acciones promocionales, preventivas, asistencia y rehabilitación.

No basta con la conformación de equipos interdisciplinarios, las modalidades de trabajo también deben adaptarse con nuevas prácticas tales como visitas domiciliarias, acompañamiento terapéutico, equipos móviles de salud mental, clubes de pacientes y familias, dispensarios de medicamentos, etc. Para que el trabajo sea efectivo, es necesario que este sea accesible, continuo, continuado, integrado a los equipos básicos de salud, actualizado, con agentes motivados y sensibles al cambio y con recursos logísticos que permitan el desarrollo de sus funciones.

## La normatividad colombiana y la psiquiatría comunitaria

La primera norma que explicita la salud mental en la legislación colombiana es el Decreto 3224 de 1963, a través del cual se creó la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de Salud Pública. Posteriormente en 1965 se determinaron las funciones del Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por representantes de diferentes ministerios (Ardón y Cubillos, 2012). En consonancia con las nuevas corrientes asistenciales en Estados Unidos (Ley Kennedy de 1963) y Europa (principalmente de Francia

e Italia) y las sugerencias realizadas desde los años cincuenta por la Organización Mundial de la Salud, se estableció la política de implantación de unidades mentales en hospitales generales con la Resolución 679 de 1967 (Arboleda, 2014). Ya en la década de los setenta se creó la División de Salud Mental con dos secciones: la sección de promoción y prevención, y la sección de programas asistenciales por el otro (Ardón y Cubillos, 2012), infortunadamente, con la reestructuración del Ministerio de Salud en las siguientes décadas esta División desapareció y fue incluida dentro de otros estamentos.

El Decreto 056 de 1975 que estableció el Sistema Nacional de Salud buscaba ampliar la oferta de servicios, en particular en zonas rurales alejadas y zonas urbanas marginadas; organizó la asistencia con una disposición piramidal—en la base contaba con el Modulo Anual de Cobertura (MAC) que servía a una zona específica, cuya extensión era la que el promotor pudiese recorrer a pie en un día—. Arriba del MAC se encontraba el Centro de Salud, le seguía el hospital regional—donde además del equipo básico descrito se disponía de médico internista, cirujano, pediatra y obstetra—. En la punta de la pirámide se encontraban los centros especializados, incluyendo los hospitales psiquiátricos (Arboleda, 2014). Esta disposición permitió la apertura de programas piloto con modelos de asistencia comunitaria, apoyados en estos equipos básicos del MAC (promotores de salud, auxiliares de enfermería, médicos rurales). Ya entonces se hablaba de la reducción de las estancias hospitalarias, la organización de consultas ambulatorias, centros comunitarios, servicios de farmacodependencia, hospitalización parcial y granjas talleres para estancias prolongadas (Ardón y Cubillos, 2012, p. 15).

Como en el resto de Latinoamérica, Colombia comenzó en la década de los noventa la reorganización del sistema de salud y las responsabilidades territoriales de acuerdo al nuevo modelo neoliberal, esto, a partir de dos leyes: La Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993, la primera introdujo un modelo descentralizado, fijó los niveles de atención en salud y los grados de complejidad con sistemas de referencia y contra referencia (Art.1); a través de la subsidiariedad y la complementariedad permitía que las entidades públicas prestaran servicios correspondientes a niveles inferiores o superiores, si se evidenciaba que los responsables del nivel no estuvieran en capacidad de hacerlo o la capacidad técnica se lo permitiera. La segunda estableció un modelo de prestación del servicio de acuerdo a reglas del

mercado reguladas por el Estado; no se hacía mención explícita a salud mental en ninguna de estas dos normas. Sin embargo, la organización en actividades de atención básica (PAB) y de asistencia individual obligatoria (POS) se tradujo en la fragmentación de acciones clínico-comunitarias, además la reglamentación de los servicios sancionada en la Resolución 5261 de 1994 estableció que las especialidades médicas como la psiquiatría realizaran sus acciones desde los niveles de mediana y baja complejidad, decisión que terminó de fortalecer el manejo hospitalario del sufrimiento mental (Arboleda, 2014, pp. 155-158).

Con respecto a la participación de la comunidad en salud, el Decreto 1757 de 1994 del Ministerio de Salud estableció las modalidades de participación social en la prestación de servicios de salud que comprendían la participación ciudadana, de carácter individual, la participación comunitaria, de las organizaciones comunitarias y la participación en las instituciones de salud como usuarios de los servicios (Arboleda, 2014, p. 156).

No sorprende entonces, que el diagnóstico de la red de servicios de salud desde el cual partió la Política Nacional de Salud Mental de 1998 mostrara que el país tenía una distribución de cobertura desigual, centrada en lo manicomial, con poca participación de la comunidad en actividades de salud mental y pobre utilización de técnicas de tratamiento basadas en la comunidad (Ministerio de Salud, Resolución 2358 de 1998). Esta política retomó la indicación que ya había realizado la OMS en 1990 de usar de manera preferencial las unidades de salud mental de hospitales generales en fases agudas de la enfermedad, así como intentar inicialmente el manejo de situaciones agudas o crónicas en ambientes comunitarios, con integración social del sujeto con sufrimiento mental y participación de la familia, apoyados por actividades de rehabilitación basada en comunidad. Sin embargo, esta norma no se acompañó de un Plan Nacional de Salud Mental que permitiera volverla operativa.

En el año 2007 se introdujo la reforma a la Ley 100 con la Ley 1122 de 2007, que incorporó el Plan Nacional de Salud Pública (reemplazaba al PAB), dentro del cual se contemplaba la presencia de modelos de atención comunitaria y atención primaria; incluía acciones de promoción de la salud mental, el tratamiento de trastornos mentales prevalentes, prevención de la violencia, la «drogadicción» y el suicidio (República de Colombia, Ley 1122 de 2007, Art. 33-Inciso k). Desde el Plan Nacional de Salud

Pública 2007-2010 (Ministerio de Protección Social, Decreto 3039 de 2007) había acciones que posibilitaban las actividades de psiquiatría comunitaria: desde la línea de promoción de la salud y la calidad de vida, así como en la línea de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en salud. A partir de esos lineamientos se desarrollaron las estrategias a nivel territorial (Resolución 435 de 2008), donde nuevamente se indicó la promoción de la red comunitaria en salud mental para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y del consumo de SPA, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria e implementación de la estrategia que denominaban de atención primaria en salud mental. Para este momento no se especificaba cuáles dispositivos de atención intervendrían en el montaje de estas acciones o el papel de las diferentes disciplinas del campo (esto llevó a acciones desde proyectos a término fijo, con poca intervención o cambio en el esquema de acciones de las instituciones mentales) (Arboleda, 2014, pp. 201-202).

La segunda reforma al sistema de salud realizada en el año 2011 (República de Colombia, Ley 1438 de 2011) también nominaba el marco de la APS como central en el sistema de salud. Allí se indicó la elaboración de Planes Decenales de Salud Pública con inclusión del componente de salud mental. Esta ley anunciaba el fortalecimiento de la baja complejidad y la participación social y comunitaria, además del desarrollo de equipos multidisciplinarios (Art.6); incluía las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Art.61), modelo impulsado desde OMS-OPS. En el Artículo 65 se establecía la atención integral en salud mental; sin embargo, en diciembre de ese mismo año, la Comisión Reguladora en Salud (CRES), para entonces encargada de establecer el listado de procedimientos y servicios del Plan Obligatorio de Salud, ratificó que la atención psiquiátrica se realizaría desde el segundo nivel de atención (Acuerdo 029 de 2011), por lo tanto, era claro que las acciones en salud mental en comunidad eran objeto de práctica de otras disciplinas. Frente a documentos anteriores no establecía nuevas posibilidades de atención en dispositivos diferentes, se continuó hablando de consultas ambulatorias, incluyendo visita domiciliaria por medicina especializada e intervención en salud mental comunitaria por psiquiatría (desde el nivel 2), hospital día e internación. Desde el año 2012

nuevamente el Ministerio de Salud asumió el control de la determinación de procedimientos y servicios del POS; a la fecha, se encuentra vigente la Resolución 5521 de 2013, que no modificó las condiciones de servicios comunitarios de psiquiatría y salud mental.

En el año 2013, por primera vez Colombia sancionó una Ley de Salud Mental (República de Colombia, Ley 1616 de 2013), que estableció como derecho de las personas con sufrimiento mental recibir las intervenciones lo menos restrictivas de las libertades individuales. La prestación de servicios debía estar dispuesta como parte de la red general de salud, prestada en todos los niveles de complejidad y proponía como servicios de atención: atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención prehospitolaria, centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centros de salud mental comunitarios, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospitales día para adultos, para niños y adolescentes, rehabilitación basada en comunidad, unidades de salud mental y urgencias psiquiátricas (Art. 13). Esta ley propuso que los equipos interdisciplinarios de salud mental fueran conformados por: psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional, terapeuta psicosocial y médico general, pero aclaraba que los niveles de complejidad donde se encontraran era definido «[...] de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social» (Art.18).

La regulación de prestación de servicios, realizada por el Ministerio de Salud y Protección social (Resolución 2003 de 2014), establece dentro de la estructura de servicios que posibilitarían un trabajo comunitario en psiquiatría, ya sea en modalidades extramurales, intramurales y por telemedicina: la consulta externa por medicina especializada, la internación parcial (hospital día), la atención domiciliaria a paciente agudo y a paciente crónico sin ventilador, atención ambulatoria al consumidor de sustancias, atención en unidad móvil y telemedicina para prestador remitido (pp. 14-16).

Finalmente, tenemos la Ley estatutaria 1751 de 2015 (República de Colombia) que regula el derecho fundamental a la salud. Entre los mecanismos de protección del derecho a la salud descritos se encuentra la participación de las personas en las decisiones adoptadas por agentes del sistema de salud (Art. 12).

## **La experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle**

El Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle diseñó el «Proyecto Piloto de Psiquiatría Social», un ícono de la psiquiatría comunitaria a partir del cual, durante más de dos décadas, se estableció una línea de trabajo que lo diferenciaba de otros centros de formación de psiquiatras del país. Este proyecto marcó el comienzo de la inserción del discurso psiquiátrico por fuera de la institución asilar en Cali y municipios aledaños; se desarrolló entre 1967 y 1974 en Cali, en los centros de salud de los barrios El Guabal y Villanueva al oriente de Cali, la cárcel para mujeres «El Buen Pastor», además del Centro Médico de Candelaria, en el municipio de Palmira, donde la Universidad del Valle —a través del Departamento de Medicina Preventiva (ahora Salud Pública)— había desarrollado actividades con residentes y estudiantes de medicina desde 1962 (Arboleda, 2014, p. 83). Este programa tenía como objetivos el entrenamiento y práctica de médicos residentes de psiquiatría, estudiantes de medicina, enfermería, auxiliares de enfermería en salud pública y trabajadores sociales, en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales en la comunidad; buscaba además que la comunidad desligara el manejo de las enfermedades con el asilo y permitiera que este se llevara a cabo por personal no especializado (Arboleda, 2014, p. 84). Posteriormente, ya en el Barrio Unión de Vivienda Popular, entre 1975 y 1980, el Departamento de Psiquiatría participó en un estudio multicéntrico de la OMS que buscaba la identificación personas con trastornos, evaluando tratamientos, discapacidad y perturbación en su unidad social, luego capacitación de personal primario en atención de algunos trastornos, evaluación de actitudes, conocimientos y habilidades del personal adiestrado y el impacto de su intervención en la comunidad (Arboleda, 2014, p. 93). Como producto de este trabajo, se diseñó un cuestionario autogestionado de síntomas (SRQ), publicado posteriormente por la serie Paltex de la OMS/OPS.

Un principio de los programas de psiquiatría social y psiquiatría en atención primaria era la delegación de funciones, estrategia pensada desde el modelo de APS, entendida como la ejecución de tecnologías «seguras, efectivas y estandarizables» por personal no profesionalizado, a través de algoritmos (Echeverri,

2011, p. 4). Esta delegación está precedida de delegación de saber: detección, manejo temprano y estrategias de seguimiento de casos. Los auxiliares de salud realizaban las visitas domiciliarias (ya estructuradas en los programas de salud pública) y el residente de psiquiatría actuaba como supervisor.

En 1985 la Universidad del Estado de Michigan (MSU) en convenio con la Fundación W.K. Kellogg desarrolló el programa «Kellogg International Fellowship Program in Health» (KIFPH). Con becarios de 18 países se enfocó en el desarrollo de proyectos de educación médica centrada en la comunidad y la atención primaria en salud (Millett, Reinelt y Weber, 1990), Carlos Climent docente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, lideró el proyecto en Cali, que tenía por objeto, la formación de estudiantes de pregrado de medicina en centros de atención primaria y la prestación de servicios de psiquiatría en el nivel primario de atención, utilizando el modelo de delegación de funciones ya usado previamente (Arboleda, 2004, p. 112). Se eligió trabajar en el Centro de Salud Siloé, centro donde ya se contaba con experiencia en programas especializados de corte comunitario y que tenía como área de influencia la ladera occidental de Cali, allí se asentaba en la década de los ochenta una población estimada de 150.000 habitantes, la mayoría con vulnerabilidades sociales y económicas (Arboleda, 2004).

El Programa inicialmente se llamó «Atención Primaria en Psiquiatría», las personas ingresaban al programa remitidas por los médicos del centro de salud o «captados» a través de la aplicación de la escala SRQ (Self Reporting Questionnaire), o la escala RQC (Report Questionnaire for Children) si eran niños; en principio se capacitó a auxiliares de enfermería para la aplicación de los instrumentos, técnicas de relación con los pacientes, métodos básicos de entrevista y signos y síntomas de los síndromes psiquiátricos considerados más frecuentes. La capacitación de médicos y enfermeros graduados tuvo menos acogida. Las capacitaciones también se extendieron a líderes de la comunidad, quienes aplicaban las escalas en terreno (Arboleda, 2004).

En el esquema de atención había dos modalidades de trabajo, por un lado el paciente que tenía elementos positivos de la escala pasaba a valoración psiquiátrica donde se realizaba el diagnóstico y manejo del mismo, luego se retornaba el paciente a la consulta del médico general y el psiquiatra pasaba a ser un supervisor. Después, cuando los estudiantes de pregrado de medicina comenzaron a realizar sus prácticas en el Programa, estos realizaban las

entrevistas psiquiátricas, elaboraban las historias clínicas, hacían seguimiento en consultas de control y ocasionalmente realizaban las visitas domiciliarias en compañía de una enfermera del Departamento de Psiquiatría adscrita al Programa (Arboleda, 2004, p. 130).

Los últimos quince años estuvieron enmarcados por cambios que limitaron el alcance del Programa, entre ellos, problemas administrativos de la Universidad del Valle, la ausencia de financiación propia para el Programa y principalmente, los cambios normativos en el sistema general de salud que se produjeron a partir de la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993 con la redistribución de competencias y la exclusión de las especialidades como la psiquiatría de los niveles de baja complejidad. Aunque la voluntad de los directores del Centro de Salud y de los profesores del Departamento de Psiquiatría llevó a que se continuaran actividades con estudiantes de medicina y residentes de psiquiatría en este espacio, los nuevos aseguradores de salud (en este caso del régimen subsidiado) no contemplaban la posibilidad de incluir las acciones de psiquiatría en la Atención Primaria, de manera que todas las actividades se ofrecían sin costo o con un pago simbólico al Centro de Salud.

En la década de los noventa, además de la consulta psiquiátrica ambulatoria programada –asumida ahora por completo por los estudiantes y residentes–, se comenzaron a realizar acciones de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, con la estrategia Escuela de Padres, liderada entonces por una psicóloga miembro del Departamento de Psiquiatría (Arboleda, 2004, p. 154). Ya para la primera década del siglo XXI, las actividades realizadas incluían: atención psiquiátrica ambulatoria programada, dirigida a habitantes de la Comuna 20, entre los cuales había un grupo de consultantes con trastorno mental crónico que en razón a los controles periódicos no requirieron manejo intrahospitalario y pudieron ser manejados en comunidad; consultantes derivados para valoración y manejo con situaciones como cuadros depresivos, ansiosos, problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas o problemas relacionados a las violencias; consulta domiciliaria para casos especiales de pacientes cuando estos tenían alguna condición física o social que les impidiese asistir al Centro de Salud.

Las actividades preventivas en salud mental se han realizado en los últimos diez años en instituciones educativas del área de influencia (estrategias de prevención de las violencias); se ha trabajado con grupos de embarazadas consul-



tantes a los programas de control prenatal (actividades de psicoprofilaxis) y con adultos en el programa de escuelas de padres, donde se desarrolla la estrategia de crianza con cariño (Arboleda, 2004).

Otro abordaje propuesto ha sido el del grupo de rehabilitación de la Universidad del Valle que en colaboración con el Programa, ha liderado un proyecto de rehabilitación basada en comunidad para pacientes con trastorno mental crónico que los propios pacientes han denominado «Mentalmente sanos» (Arboleda, 2004).

En la actualidad, aunque el marco normativo aun no posibilita la presencia de psiquiatría en la baja complejidad, la presencia de la Ley de Salud Mental de 2013 y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 –en los que se incluye actividades de salud mental (de manera integral e integrada)– ha permitido reposicionar al Programa nuevamente dentro de los servicios que oferta el Centro de Salud, ahora como parte de la Red de Salud de Ladera ESE. Las actividades que se llevan a cabo incluyen a estudiantes de pregrado de cuarto año de medicina y residentes de segundo año de psiquiatría, estas son:

### **Con los equipos locales de salud**

- Estudios conjunto de casos clínicos.
- Capacitación en temas de salud mental.
- Investigación conjunta.
- Enlace con el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Psicoeducación a través de Telesalud.

### **Con la comunidad del área de influencia de la Red de Salud de Ladera ESE**

- Participación en la Red del Buen Trato.
- Participación en el Comité intersectorial.
- Apoyo en jornadas promocionales y preventivas en terreno.
- Actividades con grupos específicos.
- Consulta externa psiquiátrica para pacientes remitidos por profesionales de la Red de Ladera o remitidos desde el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

- Atención en visita domiciliaria para pacientes con dificultades para el desplazamiento y en riesgo de descompensación.
- Actividades de rehabilitación basada en comunidad (Grupo «Mentalmente sanos»).

## Referencias

- Arboleda, 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*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Ardón-Centeno, N. & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 11(23), pp. 12-38.
- Bourdieu, P. (2003). *Los usos sociales de la ciencia. Por una sociología clínica del campo científico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cohen, H. (2009). De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En: J. J. Rodríguez (Ed.). *Salud mental en la comunidad* [2 ed.], pp. 119-131. Washington, D.C.: OPS.
- Comisión de Regulación en Salud (2011, 28 de diciembre). Acuerdo 029 de 2011 «Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud» Bogotá D.C.
- Desviat, M. & Fernandez Liria, A. (2000). Salud Mental comunitaria como estrategia o utopía. *Psiquiatría Pública*. 12(1), 7-8.
- Echeverri, O. (2011). «Atención Primaria de la Salud: una nueva oportunidad». 5to foro Atención Primaria de la Salud, APS: Una nueva oportunidad. Documento previo al foro. Plan de Desarrollo Facultad de Salud 2011-2030 Universidad del Valle. Recuperado el 15 de octubre de 2012 de: <http://salud.univalle.edu.co/>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2013). Editorial. *Salud Mental y Comunidad*. Año 3(3), 7-15.

- García Inda, A. (2001) Introducción. La razón del derecho: entre Habitus y Campo. En P. Bourdieu. *P. Poder, Derecho y Clases sociales* [2 ed.] (pp. 9-60). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Ministerio de Salud, República de Colombia (1994, 5 de agosto). Resolución 5261 de 1994 «Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud». Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud, República de Colombia (1998, 18 de junio). Resolución 2358 de 1998. «Por la cual se adopta la Política Nacional de salud Mental» Santa Fe de Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia (2007, 10 de agosto). Decreto 3039 de 2007. «Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010». Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia (2014, 28 de mayo). Resolución 2003 de 2014. «Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud». Bogotá D.C.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. pp. xii-xxi; pp. 12, 31. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. pp. 1-5. Caracas: Organización Panamericana de la Salud, 14 de noviembre de 1990
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 46º Consejo Directivo 57ª Sesión del Comité Regional (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. pp. 3-5, 13. Washington, D.C.: 26 Al 30 de septiembre de 2005

- Millet, R., Reinelt, C. & Weber, W. (1990). *A summary of the Final Evaluation Report of the Kellogg International Leadership Program II*. [En línea]. Recuperado en internet el 30 de agosto de 2013 de: <http://www.wkkf.org/-/media/6d1ef1d5c8c34bf69c3e83a86a96b02e/60764.pdf>
- República de Colombia (1990, 10 de enero). Ley 10 de 1990 «Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones» Bogotá D.E.
- República de Colombia (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993. «Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones». Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2007, 9 de enero). Ley 1122 de 2007. «Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Santa Fe de Bogotá D.C.
- República de Colombia, (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011. «Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Bogotá D.C.
- República de Colombia (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015 «Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones» Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2013, 21 de enero). Ley 1616 de 2013 «Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones» Bogotá, D.C.
- Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. Buenos Aires: UBA [en línea] [Recuperado en internet el 16 de enero de 2014] Disponible en internet en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_3/stolkiner\\_solitario\\_aps\\_y\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf)



**06**

# **Salud Mental Comunitaria y Política Criminal. Aporte de la Psicología Jurídica a la construcción de un espacio común**

---

**Flavio Andrés D'Angelo**

Universidad Nacional del Comahue | arconte9@gmail.com

En su aspecto práctico, la Psicología Jurídica interviene sobre una serie de *problemáticas* en las que se pone de manifiesto la relación del sujeto con la ley y las instituciones públicas —entre ellas, las de control social—.

Así, el psicólogo jurídico en función forense aborda la descripción y análisis del estado mental de toda persona de interés jurídico, sea en función de las categorizaciones civiles (por ejemplo, las relativas a incapacidad mental, daño psicológico y competencia parental) y de las categorizaciones penales (relativas a la correlación patología-delito en el procesado, estado mental de víctimas y riesgo de violencia en sujetos condenados).

Pero el campo de problemas al que nos vamos a referir es al de la *violencia interpersonal*, específicamente a un aspecto crítico de su intervención jurídico-institucional, el cual es el del *lugar que se le reserva al tratamiento de la violencia interpersonal dentro del marco de las políticas de salud mental*.

En el desafío de ofrecer alternativas de respuesta a los problemas sociales integrando perspectivas jurídicas, sociales y de salud mental, interesa hablar de estos casos que no entran de lleno en los supuestos de la legislación sobre Salud Mental, puesto que su estatuto es limítrofe entre esta y la criminología. Casos particularmente actuales dentro del ámbito penal, que se expresan en los delitos contra las personas y contra la integridad sexual, por citar solo los de mayor afectación subjetiva, y cuyo tratamiento frecuentemente fallido, desde las políticas públicas, son el síntoma institucional de lo que «no funciona». En efecto, los operadores saben cuán rápido las políticas públicas encuentran su límite —por no decir su fracaso— en el abordaje de un caso de este tipo; límite cuantificado por las elevadas tasas de recaída o reincidencia en actos agresivos.

Ahora bien, el comportamiento violento no es tan solo uno de los elementos característicos de la delincuencia grave, sino que forma parte de lo que podríamos llamar, parafraseando un título freudiano, la *psicopatología de la vida cotidiana*: de ello testimonia la violencia asociada al maltrato infantil y conyugal, a la violencia de género y al abuso sexual en el ámbito doméstico. Problemas que demandan de la Psicología (Social, Comunitaria, Clínica) su participación en el abordaje de los mismos, tanto como se le solicita a la Psicología Jurídica y Forense su aportación para establecer la correlación patología-delito en el procesado, analizar el estado mental de las víctimas sobrevivientes o para evaluar el riesgo de reincidencia en sujetos condenados.

En tanto fenómeno interpersonal y social, la violencia afecta seriamente al bienestar y a la salud de los individuos, causando graves consecuencias sobre el bienestar general, y por ende sobre el desarrollo político, económico y social, lo que ha determinado que se reconozca su carácter de problema colectivo (Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi, y Lozano, 2002). Definida como el «daño real, la intención o la amenaza de llevar a cabo daño o perjuicio a una o más personas» (Webster, Douglas, Eaves, y Hart, 1997, p. 29), es asimismo, de acuerdo a la OMS:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Krug *et al.*, 2002, p. 329).

Y tiene diversas formas de expresarse, aunque por lo general, debido a sus efectos, se considera a la violencia física como su modelo más representativo. Como un subgrupo dentro de este variado conjunto, la *violencia sexual* se ha definido como «el intento, la amenaza o el comportamiento de contacto sexual con una persona que no ha dado su consentimiento o no es capaz de darlo» (Boer, Hart, Kropp y Webster, 2005, p. 11). No obstante, hay otros tipos de violencia, no necesariamente física, como la psicológica, la económica, la negligencia, etc., que forman parte de este fenómeno.

Simultáneamente, el desarrollo de la conciencia social acerca de esta problemática, con la concomitante reacción de alarma que suscita en un contexto de rechazo e intolerancia a la agresividad en las relaciones interpersonales, por un lado, y de reconocimiento y ampliación de derechos, por otro, exige de los operadores políticos e institucionales la implementación de respuestas acordes con el estado de derecho y la conciencia jurídica internacional.

Dicha preocupación ha llevado a establecer nuevos delitos asociados a la violencia de género, como el femicidio y, antes inclusive, a dotar a los jueces de Familia con instrumentos procesales propios de la justicia penal –como las medidas cautelares previstas en las leyes sobre violencia familiar– para intentar su prevención. Asimismo, los requerimientos atencionales que requieren las víctimas del delito y los encargos jurisdiccionales que solicitan del profesional de la salud mental su aporte para la determinación pericial del riesgo de violencia



en procesados y condenados, son responsabilidades sociales que solicitan, de los profesionales de la Psicología, su actuación en la prevención para evitar la ocurrencia y el mantenimiento de cualquier tipo de agresión.

Los operadores judiciales y de salud sabemos de las consecuencias de la violencia: los hechos violentos son sucesos negativos, generalmente vividos como un ataque, que irrumpen de forma brusca en la vida de una persona causando una vivencia de terror e indefensión y poniendo en peligro la integridad física o psicológica de la víctima, a la que dejan en tal situación emocional que la dificultan o incapacitan para afrontar sus consecuencias con sus propios recursos psicológicos habituales. Es lo que llamamos el problema *victimológico* de la violencia y del delito. Pero su abordaje integral no puede soslayar la cuestión de su prevención y esta, a su vez, no puede descuidar la solución de las *causas*: lo que llamaremos el problema *criminológico* del delito y del delincuente.

Las conductas antisociales de los jóvenes, el maltrato conyugal e infantil, las agresiones sexuales, el consumo de alcohol u otras sustancias cuando se vincula a la comisión de otros delitos, el crimen organizado, etc., son fenómenos de la violencia que, si bien tienen un origen multifactorial, algunas de sus dimensiones psicológicas resultan ser claves no solo para la comprensión del sujeto que realiza la conducta antisocial, sino también para la explicación y predicción del comportamiento delictivo, y para el diseño y aplicación de los correspondientes programas preventivos y de tratamiento.

En fin, la violencia es una de las problemáticas sociales por la que suele reclamarse una mayor necesidad de contribución de la psicología, de la cual reconocemos su utilidad y potencial de aplicación.

Pero sean cuales sean sus distintas modalidades de intervención –actividad pericial, asesoramiento experto, asistencia– y ámbitos de desenvolvimiento –tribunales y juzgados, establecimientos tutelares, penales, psiquiátricos y de seguridad– una actitud de compromiso legal y social inscribe su práctica dentro de un campo que considera al *bienestar psíquico* –y, por lo tanto, a la *salud mental*– como uno de los derechos humanos fundamentales que se encuentra en el horizonte de su acto: no otra cosa se desprende del *Preámbulo* del Código de Ética de la FePRA (2013).

Desde el marco conceptual y operativo de la ley argentina (Ley Nacional 26.657) la *Salud Mental* puede entenderse como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y

psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La modalidad de abordaje propuesta en el cap. V de dicha Ley consiste en la construcción de una *Red de Servicios con Base en la Comunidad*, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de la comunidad (paradigma de la Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas como psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y el saber de la comunidad), en una relación de trabajo intersectorial, solidario y participativo.

Ahora bien: ¿Pueden (deben), las políticas de salud mental, contribuir a tratar la violencia desde los lineamientos estratégicos del modelo de atención de salud mental que impulsa la OMS, priorizando un enfoque de atención comunitaria basada en la atención en hospitales generales o servicios públicos ambulatorios?

Trataremos, en lo que sigue, de comenzar a desarrollar una respuesta a esta pregunta. Por nuestra parte, propondremos que la *evaluación del riesgo de violencia* es un punto de intersección en la que se encuentran política criminal y salud mental

## Desarrollo

---

### Problemas actuales en Salud Mental

Si, metodológicamente, descartamos la prevalencia de alcoholismo y depresión para nuestra región y el Caribe —señalada en el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los dos problemas más frecuentes en salud mental—,<sup>1</sup> una gran parte de los problemas actuales en salud mental (SM) concierne a la violencia y otras condiciones adversas (tales como el abuso de menores, guerra, etc.), según el Informe Compendiado *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas* (OMS, 2004).

---

1. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* (OMS, 2001) señala a la depresión, los trastornos por consumo de sustancias, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia.

Dicho informe destaca el significativo impacto en el desarrollo de los problemas mentales y el inicio de los trastornos mentales que tienen tales condiciones. Digamos, además, que ya en 1966 la Organización Mundial de la Salud había declarado a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública y, más recientemente, en octubre de 2002, publicó su primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2002) en el cual señalaba que su prevención es un campo emergente en las acciones de las políticas de salud.

Por otra parte, la misma violencia está asociada a trastornos conductuales y de personalidad en comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias: especialmente, los *trastornos de la personalidad* (TP) representan un riesgo clínico significativo de conductas violentas. En efecto, todos los TP pueden tener relación con conductas violentas, unos con más frecuencia que otros, en lo cual van a influir múltiples factores endógenos, exógenos (sociales o situacionales) y, especialmente, de interacción con la víctima. Los estudios de prevalencia y valoración del riesgo tienden a coincidir en este punto: por una parte, que solo una pequeña parte de la violencia es obra de enfermos mentales (alienados), y, por otra, que la asociación entre TP y violencia está muy fundamentada (Esbec y Echeburúa, 2010, pp. 249-250).

Los trastornos de personalidad constituyen en la actualidad un problema teórico, considerando las dificultades para su precisión conceptual y su diagnóstico. Pero constituyen, además, un problema *práctico* para las políticas de salud mental, particularmente por las complicaciones que conllevan para su manejo clínico en general, y en particular el manejo de aquellos casos que, por su repercusión criminológica, están implicados en un proceso judicial.

Cabe aquí hacer una precisión conceptual: los llamados *trastornos de personalidad* en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales es lo que se conoce en psicopatología forense como «anormalidad psíquica». Dichas «anormalidades» no son, estrictamente hablando, trastornos *mentales*. Para entender esta distinción, hay que tener en cuenta los fundamentos de la psicopatología general (Jaspers, 1975), que emplea la diferenciación entre *explicación* y *comprensión* proveniente de la fenomenología de Dilthey como dos formas de acercamiento a lo mental mediante la explicación científica y la comprensión fenomenológica.

En efecto, en psicopatología hay dos tipos de fenómenos psíquicos: los *comprensibles* y los *explicables*. Las manifestaciones psíquicas comprensibles se caracterizan por tener una relación de sentido, por ejemplo, entre el falle-

cimiento de un ser querido y la tristeza, entre una amenaza real y el miedo. Las diferencias de intensidad, conforme al temperamento de cada sujeto (por ejemplo, entre un sujeto frío e impasible y otro excitable o impulsivo) serán cuantitativas, pero *comprensibles* y producidas por *motivos*.

En cambio, hay manifestaciones que no guardan ninguna relación de sentido entre la vivencia subjetiva del sujeto y algún acontecimiento objetivo que lo explique, por ejemplo: una certeza delirante. La causa de estos fenómenos mentales no comprensibles el psicopatólogo la ubica en una enfermedad mental que opera como agente. Es decir, se establece una diferencia entre (1) los hechos psíquicos comprensibles por motivos y (2) hechos explicables por causas: en la psicopatología jasperiana lo psíquico sano y enfermo se *comprende* y se *explica*.

Entre los primeros (hechos psíquicos comprensibles por motivos) tenemos las *reacciones vivenciales*, que son manifestaciones afectivas comprensibles que aparecen como una respuesta oportuna, motivada y adecuada a la vivencia que la originó. Es decir, no es una respuesta automática ni un reflejo mecánico del psiquismo. En psicopatología se llama *desarrollo* a una secuencia psíquicamente comprensible de vivencias o hechos psíquicos a lo largo de un tiempo, que se manifiesta mediante relaciones o nexos entendibles entre los hechos de la vida psíquica de un sujeto.

Pero a lo largo de un desarrollo se pueden presentar fenómenos psíquicos de ruptura o interrupción de la relación de sentido, fenómenos que son cualitativamente diferentes a los fenómenos normales o anormales, y no deducibles de la biografía del sujeto ni de su circunstancia. Esta ruptura se denomina *proceso*. Es decir que frente a una noxa material identificable (como en la sífilis) o hipotética (como en la esquizofrenia), con expresión de trastornos mentales cualitativos –psíquicamente incomprensibles–, hablamos de *proceso*.

Proceso es, pues, sinónimo de *enfermedad mental o psicosis* y tiene dos formas de manifestarse: sea como *fase* (la que es un episodio de enfermedad mental cuyos síntomas luego de un tiempo desaparecen y el sujeto cura totalmente; por ejemplo, en la psicosis maníaco-depresiva, que alterna fases de excitación y de depresión); sea como *brote*, episodio que al cesar deja un deterioro (como en la esquizofrenia).

Esta conceptualización es la que permite, en Psicopatología Forense, reconocer tres posibilidades o valores: la *salud* (o normalidad), la *enfermedad mental* (de manera paradigmática, la psicosis), y la *anormalidad psíquica* (neurosis y

personalidades anormales) (Zazzali, 2007, p. 54). Así como en el hombre *normal* hay una relación comprensible entre él y su mundo, un encadenamiento causal entre sus hechos psíquicos; en el *enfermo mental* está rota la relación con el mundo de todos, con el pensamiento de la colectividad: vive en su propio mundo, se dice, mundo que al resto se le hace incomprensible.

Pero en las llamadas *personalidades anormales* (es decir, en los trastornos de personalidad) en cambio, no hay ruptura con el entorno, se conserva la capacidad de comprensión: los fenómenos psíquicos son entendibles pero desmesurados; tanto, que afectan el lazo social del sujeto con su entorno. Anomalía, pues, es desmesura de la expresividad psíquica, no ruptura. Esta diferenciación es de capital importancia en el mundo jurídico, pues los normales y los anormales son, en principio, jurídicamente responsables, mientras que los enfermos mentales (alienados) no lo son.

Cuando hablamos de una *personalidad anormal*, patológica o trastornada, hacemos referencia a *todo el modo de ser del sujeto*, y no a aspectos parciales de este. El trastorno de personalidad se refiere a que el modo de ser habitual de ese individuo es enfermizo, patológico o anormal. Mientras que cuando decimos que el sujeto *tiene* una depresión, o tiene un trastorno de ansiedad, podemos suponer que presenta una *alteración* en su modo de ser o de comportarse habitual pero es una alteración porque *normalmente* no es así.

En resumen, si la enfermedad significa la irrupción de un cambio cualitativo –ruptura de la normalidad– los TP se ubican en un *continuum* cuya frontera lo hace muchas veces casi indistinguible de la normalidad.

Tal como lo define el capítulo 16 del DSM-IV, un *trastorno de personalidad* (TP) es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto. De igual modo, el DSM-IV define a los *rasgos de personalidad* como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son *egosintónicos* (la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su

manera de ser y comportarse) se hacen *inflexibles y desadaptativos* (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable) y cuando causan un *deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo*.

Un hecho fundamental diferencia al paciente con trastorno de personalidad del paciente neurótico: mientras los síntomas de este último son *autoplásticos*, es decir, repercuten en su propio perjuicio y sufrimiento, y son por ello experimentados como egodistónicos; los síntomas del trastorno de la personalidad son *aloplásticos*, esto es, repercuten en los demás y son plenamente aceptados por el ego del paciente.

En el eje II de la cuarta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y todavía en su más reciente versión DSM-V, como también en el manual CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, se distinguen diez tipos de trastornos de personalidad, reunidos en tres grupos, (o *clusters*) por las similitudes de sus características, y que se resumen a continuación:<sup>2</sup>

### A. Raros o excéntricos:

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales:

- Trastorno Paranoide de la Personalidad (desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva).
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad (dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica).
- Trastorno Esquizotípico de la Personalidad (anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia).

---

2. En lo relativo a las categorías diagnósticas que contemplan, estos dos sistemas de clasificación difieren en una pequeña porción de los cuadros descritos, ya que el CIE-10 no incluye el trastorno narcisista e incluye al trastorno esquizotípico como una forma de la esquizofrenia. La diferencia más sustancial reside en lo relativo a criterios nosográficos: el CIE no utiliza el sistema multiaxial, con lo cual pierde la distinción precisa entre trastorno mental y trastorno de la personalidad.

## B. Dramáticos, emotivos o inestables

Los trastornos de este grupo se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia comportamientos tipo *acting-out* como exteriorización de sus rasgos:

- Trastorno Antisocial de la Personalidad (conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta).
- Trastorno Límite de la Personalidad (inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal).
- Trastorno Histriónico de la Personalidad (conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación).
- Trastorno Narcisista de la Personalidad (sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal).

## C. Ansiosos o temerosos

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo a las relaciones sociales, la separación y necesidad de control:

- Trastorno Evitativo de la Personalidad (hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza; retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima).
- Trastorno Dependiente de la Personalidad (pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de confianza en sí mismo).
- Trastorno Obsesivo-compulsivo de la Personalidad (perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento; dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas).

Los tres grupos o clústeres presentan peculiaridades que permiten matizar el riesgo de violencia: los sujetos del grupo A («Raros») son en general, menos violentos que los del grupo B («Dramáticos, emotivos o inestables»), el cual es

el más relacionado con la conducta delictiva en general y violenta en particular. Pero la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social de los sujetos del grupo B están relacionados con tipos de violencia más grave. El grupo C («Ansiosos-Temerosos»), integrado por personas sumisas, inseguras y, a veces, sobrecontroladas, es el que menos contribuye a la violencia –puesto que los factores «ansioso» y «obsesivo» por lo general, correlacionan negativamente con la ira y con la violencia–. No obstante esto, los sujetos del grupo C, detrás de una fachada de aceptación y docilidad, pueden presentar enojo o furia intensa ante el temor al abandono o rechazo, haciendo que sean relativamente frecuentes los actos de violencia grave contra la pareja, sobre todo contando con el consumo de alcohol como elemento disparador de la violencia en estas personalidades (Esbec y Echeburúa, 2010, p. 252).

Si bien, puesto que la mayoría de los estudios se han hecho sobre población judicializada, hay acuerdo en que deben efectuarse estudios más rigurosos para conocer la verdadera influencia de los TP en la conducta violenta y en el riesgo de estos sujetos en población general, *la relevancia clínica y jurídico-penal de los TP en las conductas violentas graves es indiscutible*. Diversos estudios (Fazel y Danesh, 2002; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008) han demostrado que estos trastornos representan un significativo riesgo clínico para la emisión de conductas agresivas, particularmente aquellos cuyos rasgos de personalidad más sobresalientes son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo (Esbec y Echeburúa, 2010, p. 250), sobre todo en comorbilidad con el abuso de sustancias. En esta población bajo tratamiento ambulatorio (psiquiátrico o de salud mental) los comportamientos agresivos tienen una presencia nada desdeñable, sea porque surjan de la historia del paciente o porque constituyan el motivo de consulta o de la derivación imperativa judicial.

El desafío para los operadores de salud mental lo constituye el *diagnóstico y el tratamiento* de estos trastornos. El diagnóstico de los TP suele ser arduo porque, por definición, requiere de una evaluación longitudinal y transituacional de personas que, cuando no consultan por iniciativa propia o están sometidas a proceso judicial, son escasamente colaboradoras. Su detección requiere de la aplicación de entrevistas semiestructuradas, de reunir información –a veces, a través de informantes-clave– sobre su biografía y sus rendimientos en distintos contextos (familia, escuela, trabajo, relaciones, etc.), y de la aplicación de técnicas estructuradas de evaluación de la personalidad.



Y, en los casos en los que un determinado TP se complica por sus comportamientos críticos, requiere de distinguir entre la violencia como producto de cierto aprendizaje social asociado a características sociodemográficas específicas (por ejemplo, ser un varón joven, soltero, con estudios primarios, desocupado o sin trabajo estable), de la violencia como efecto de un trastorno (problemas en el control de impulsos y en la regulación afectiva, con o sin abuso de sustancias), sin descuidar el hecho de que en repetidas ocasiones las dificultades psicosociales y ambientales son factores que incrementan el riesgo de violencia en personalidades vulnerables.

Respecto al tratamiento, el carácter egosintónico de los rasgos constitutivos del TP y la ausencia de comprensión acerca de la manera en que sus rasgos desadaptativos inciden en sus dificultades de vida, dificultan el establecimiento de una relación terapéutica productiva.

Dicho esto, nos desmarcamos de la cuestión de la enfermedad mental. No abordaremos aquí el tema de la *peligrosidad de los enfermos mentales*,<sup>3</sup> ni el que empareja *enfermedad mental y delito*. Estos son, efectivamente, aspectos de la cuestión que entraña varios problemas: entre otros, el hecho de que un porcentaje importante de penados estén afectados por trastornos mentales serios que son subatendidos en las prisiones, o el del encierro por tiempo ilimitado de los llamados inimputables. De paso, dejo constancia del siguiente hecho: en Argentina se está haciendo un camino que va terminando con las internaciones psiquiátricas indefinidas, a veces de por vida, que han padecido quienes, en estado de locura, han cometido algún delito –no siempre grave–. Ello no es sin dificultades y sin marcadas contradicciones entre lo que podemos llamar una política criminal explícita (en la ley) y la política criminal efectivamente aplicada. Es decir, admito que queda todavía un importante camino por recorrer en esta problemática que, para abreviar, llamaremos de la *enfermedad mental y el delito*, pero no es lo que estamos tratando en este trabajo.

---

3. Único campo donde conviene seguir hablando técnicamente de *peligrosidad*, noción asociada a la de *capacidad penal* y que fue elaborada por la escuela positivista para abarcar aquellos casos en que la pena sería inaplicable, pero cuya condición plantea la adopción de políticas de defensa social materializables en las llamadas *medidas de seguridad no retributivas*. Según se desprende del artículo 34 del Código Penal Argentino, incisos 2 y 3, se trata del *peligro para sí mismo o para terceros*.

## Problemas actuales en Política Criminal

Siguiendo a un doctrinario argentino, la Política Criminal –que es uno de los aspectos de la política del Estado– concierne a un sector de la realidad que tiene que ver con cuatro conceptos básicos: el conflicto, el poder, la violencia y el Estado; cuatro realidades que se enmarcan en una sociedad, es decir, son fenómenos sociales (Binder, 1997). Más concretamente, la política criminal es el conjunto de métodos por medio de los cuales el cuerpo social organiza las respuestas al fenómeno criminal (Delmàs-Marty, 1986).

Desde una perspectiva operacional (pragmática) podríamos decir que la política criminal es aquella parte de las políticas sociales del Estado que trata de elaborar la mejor respuesta (preventiva, en primer lugar; y reactiva, en segundo término) frente a ciertos hechos que no son tolerados socialmente y que afectan la dignidad de la persona, a fin de mantener bajo límites tolerables el índice de criminalidad de una sociedad determinada. Ello, siempre de manera de proteger y promover el respeto de los principios (como la dignidad de la persona humana y los que se derivan de este) y valores (como la igualdad y la justicia social principalmente), con el propósito de promover y mantener la seguridad ciudadana –que, en un Estado de Derecho, compete tanto al Estado como a la sociedad– y el desarrollo del sistema democrático.

Frente a índices crecientes de criminalidad, la Política Criminal debe proponer medidas concretas, basándose en el conocimiento realista del problema a través de su medición, a fin de reducirla o controlarla, siempre atendiendo a los derechos fundamentales de las personas.

La organización de la Justicia, la definición de ciertos delitos y la despenalización de otros, la organización del sistema policial, etc., son problemas de política criminal que, con mayor o menor éxito, encaran hoy nuestros estados regionales. También lo es la reacción de rechazo social contra la violencia, la que se traduce, pues, en una *serie de demandas* para solucionar las causas (el problema *criminológico*: el delito y el delincuente) y las consecuencias de la misma (el problema *victimológico*).

Veamos una serie de casos como estos: maridos, ex maridos o novios sometidos a una orden de restricción o alejamiento de sus parejas; jóvenes con historiales violentos bajo régimen tutelar o correccional de menores; enfermos

mentales dados de alta de hospitales psiquiátricos; reclusos con permiso de salidas transitorias o excarcelados; todos ellos casos *ya detectados* por el sistema público que cometen *otra vez* un grave acto violento.

Ahora bien, el problema de la violencia tiene, al menos, dos niveles de complejidad:

Por una parte, el nivel I de complejidad: básicamente, el problema en el ámbito de la familia, la escuela y el grupo de pares, que son justamente los ámbitos de la socialización primaria. Es el Nivel comunitario, en el que se manifiesta la violencia familiar y conyugal, el maltrato infantil, la violencia escolar, el acoso escolar o *bullying*, y los comportamientos críticos de menores cuando afectan derechos ajenos. Y, por otra parte, el nivel II de complejidad, el de los casos *ya detectados* por el sistema penal: el delito juvenil,<sup>4</sup> los casos de delito individual o de carrera criminal, y el crimen organizado, que a menudo dan testimonio del fracaso de las políticas de prevención.

Los casos de complejidad II constituyen una muestra del problema de la *reincidencia*, y ponen de evidencia el *riesgo de violencia* existente en ciertos individuos. Y, asociado a este problema, en conexión con lo señalado respecto de la salud mental, la ausencia de programas de tratamiento para aquellos casos de *trastornos de personalidad con repercusión criminal*, que son aquellos casos-límite a los que aludimos antes, y que suelen ser refractados por los servicios de salud y equipos de tratamiento, debido a la ausencia de lineamientos técnicos y políticos claros.

Pues lo que estos casos plantean es la problemática de la *psicopatía*, que en su máxima expresión encontramos en el asesino en serie o violador serial, pero todavía más a menudo en sus precursores: el acosador escolar, la violencia sexista del maltratador serial, etc., es decir: el psicópata integrado, aquellos que viven con nosotros ocultos bajo la máscara de la salud y la decencia (Cleckley, 1941).

Por diversos motivos, este aspecto del problema de la violencia ha sido ignorado, mal comprendido o descartado en nuestra región latinoamericana, cuando en otras partes viene siendo tratado en reuniones internacionales de primer nivel.<sup>5</sup>

---

4. Conceptualizado desde una perspectiva *técnico-jurídica*, para la que, en sentido estricto, *delincuencia juvenil* implica las actividades o conductas de menores típicamente adecuadas a un precepto legal de delito o contravención. Es decir, la relación contradictoria entre conducta (anomia, inconducta) y orden jurídico.

5. Por ejemplo, las sucesivas Reuniones Internacionales sobre Biología y Sociología de la Violencia, organizadas por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (España).

En este contexto, la *evaluación del potencial riesgo* es una cuestión de suma importancia para la sociedad, y prácticamente el único recurso para la prevención secundaria de la violencia.

Ahora bien, la consideración de este riesgo está en la base de las decisiones administrativas a tomar por parte de la Justicia penal o civil, o cuando las familias solicitan una medida de protección para sus hijos. Ya sea de manera formal o informal, tanto los jueces como los familiares de los enfermos mentales intentan conocer si los sujetos judicializados o los pacientes serán violentos.

Y a esta evaluación somos llamados los psicólogos forenses, profesionales de la salud mental en función judicial.

Unas palabras sobre la evaluación del riesgo:

- Primero, estamos hablando de casos ya detectados por las agencias públicas, no estamos hablando de prejulgar un estado peligroso con base en la «portación de cara».
- Segundo, la predicción del comportamiento futuro está entre aquellas variadas demandas que recibimos los profesionales de la Psicología, sea en el ámbito clínico, en el de la selección de personal o en el educativo o en el de la psicología aplicada al mejor ejercicio del Derecho (Mira y López, 1932).

Es decir, la predicción de la conducta futura está presente en casi todas las ramas de la psicología aplicada y no es metodológicamente distinto de pronosticar el estado del tiempo, la intención de voto en las urnas, el comportamiento de los inversionistas ante una decisión del banco central de la república, la evolución de un paciente quirúrgico u oncológico, etc., que responden el meteorólogo, el sociólogo, el economista y el médico, respectivamente. La predicción probabilística forma parte del ejercicio profesional, y es consecuencia de un juicio diagnóstico, es decir, de la recolección de una determinada cantidad de información para categorizar el caso que estamos tratando. Los psicólogos laborales prevén el mayor o menor ajuste de un candidato al rol que requiere el perfil del puesto para el que lo estamos evaluando, de la misma manera que en el caso de la orientación vocacional puede anticipar si un estudiante podrá finalizar con éxito sus estudios, y en el de la clínica psicológica saber si un paciente evolucionará favorablemente y en qué tiempo después de un determinado tratamiento.

El *riesgo de violencia* también es focalizado por diversas legislaciones con objetivos de prevención (nuestro *Nivel I* de complejidad), como es el caso de las leyes de prevención de la violencia familiar o conyugal, o para la resolución de conflictos de manera no violenta, o para la prevención de la violencia asociada al abuso de sustancias. El interés social se expresa en la proliferación de leyes para todo tipo de conducta violenta, ya ocasionen lesiones u homicidios, ya ataquen la integridad sexual o el rendimiento laboral, ya sean dolosas o culposas.

Estas demandas recaen sobre todos los agentes sociales, empezando por las estructuras político-administrativas del Estado, las organizaciones sociales, medios de comunicación, etc. En consecuencia, moviliza a los profesionales que trabajamos en tres ámbitos concretos de la administración pública: la justicia, la sanidad o salud pública, y los servicios sociales. Estos tres sectores tienen un efecto directo sobre el control y la prevención de la violencia, a partir de lo que se hace o se deja de hacer.

Tradicionalmente se ha requerido a los expertos en salud mental que brinden un asesoramiento sobre la «peligrosidad» de los enfermos mentales que toman contacto con el sistema judicial (el *Nivel II* de complejidad). Hoy, entre todos los profesionales y operadores sociales intervinientes, los profesionales de la salud (sea en función asistencial como en función forense) tenemos la responsabilidad, en primer lugar, de atender a las víctimas de la violencia, pero también se nos solicita intervenir con los agresores para evitar en el futuro sus comportamientos violentos. En este contexto, las técnicas de predicción de la violencia forman parte de las estrategias de prevención y gestión del riesgo de violencia.

Como decíamos más arriba, esto no tiene nada que ver con peligrismo penal, con la demagogia punitiva o con los prejuicios de la clase media o alta. El modo de realizar la tarea de evaluación y su conceptualización evolucionó notablemente en estos últimos treinta años, pero igualmente es dable encontrar su impugnación desde el discurso garantista penal.<sup>6</sup>

---

6. Podemos encontrar todavía cierto discurso seudoprogresista sobre el «mito de la peligrosidad de la enfermedad mental», discurso verdaderamente peligroso él mismo por lo que entraña de desconocimiento: el riesgo de dañarse a sí mismo o de dañar a otros, si bien generalmente está circunscrito a estados de descompensación puntuales, es una eventualidad real y debe ser determinado por el especialista.

Por una parte, la teoría evolucionó reconociendo la significación jurídico-política que subyace en los códigos penales bajo el término *peligrosidad*, optando por un modelo clínico-epidemiológico centrado en la *evaluación del riesgo*: es decir, que desde la criminología y la psicología criminal se ha descartado utilizar a la noción de *peligrosidad* como atributo clave para estimar la probabilidad futura de comportamientos violentos. Y no solo por razones conceptuales, sino por motivos prácticos también: en efecto, su capacidad predictiva es limitada y su uso poco eficaz para los profesionales que toman decisiones prospectivas en contextos forenses, clínicos o penitenciarios.

Es decir que, por otra parte, fueron reconocidos las malas prácticas y errores comunes de los forenses, destacándose la falta de sistematización, el basarse en impresiones subjetivas del evaluador, como también el desconocimiento de las tasas de violencia; desarrollándose modelos actuariales y guías de evaluación que orientan al clínico en su juicio profesional (Folino y Escobar, 2004). En estos últimos años se han desarrollado técnicas para predecir la conducta violenta, basadas en un mejor conocimiento de los procesos que la producen, lo que ha permitido no una mera sustitución terminológica («peligrosidad» por «riesgo de violencia»), sino cambiar la perspectiva conceptual de la violencia y, a la vez, desarrollar protocolos e instrumentos de uso profesional para la valoración del riesgo de violencia (Pueyo y Redondo, 2004).

Ahora bien, desde los orígenes de la psiquiatría los clínicos han reconocido un grupo de personas cuyo carácter antisocial no puede explicarse exclusivamente, ni por un trastorno mental o emocional, ni por motivaciones neuróticas o por una educación desfavorable.

Un recorrido teórico por la conceptualización y clasificación de los trastornos de personalidad nos llevaría demasiado espacio en este artículo para dar cuenta de cómo se fueron forjando sus postulados a lo largo de la historia de la psicopatología, pero podemos señalar algunos hitos desde el siglo XIX: James C. Prichard (1835), que fue el primero que utilizó el término *locura o insania moral* para dar cuenta de aquellos casos de individuos caracterizados por una falta de sentido ético y de sentimientos sin «lesión del entendimiento», es decir, sin que se pudiera apreciar en ellos locura o incapacidad intelectual, pero que indudablemente debían padecer una anomalía equivalente a la enfermedad mental por la cual los principios morales están pervertidos. Desde entonces, diferentes nombres se aplicaron buscando definir esas personas con ausencia de

remordimientos o culpa, negación de su responsabilidad, propensión a violar normas sociales y tendencia a la violencia, entre otros comportamientos. C. Lombroso (1872) habló también de una predisposición a la criminalidad y amoralidad y la relacionó con estigmas físicos y psíquicos. Emil Kraepelin (1907), quien intentó entender las grandes perturbaciones psicológicas a partir de sus antecedentes premórbidos y sus correlatos mórbidos, consideró los trastornos de personalidad como formas intermedias de las psicosis, defendiendo la idea de continuidad entre trastornos del estado mental y de la personalidad. Finalmente, el término *psicopatía* (Schneider, 1923) designó a esos pacientes que han «roto la cabeza» de los especialistas durante mucho tiempo y cuyo carácter antisocial parece resultado de todos y de ninguno de esos factores. Designados bajo los marbetes de «personalidad caracterial» en Francia, «personalidad psicopática» en Alemania, «neurosis impulsivas» en Inglaterra, «sujetos disociales» en Estados Unidos, es definida así una condición subjetiva caracterizada por la infracción a la norma, la inestabilidad de la conducta, la propensión para el pasaje al acto y la inadaptación a la vida social, asociada eventualmente a otros trastornos (como perversión sexual o toxicomanía) que, no cabe duda, son casos difíciles que hacen colindar a la clínica psiquiátrica y psicológica con la criminología. Y la mayoría de las veces, no se trata del asesino en serie o el *monstruo degenerado* que protagonizan una serie de hechos brutales y conmocionantes para la opinión pública: quedarnos allí implica descuidar lo que desde mediados del siglo pasado conocemos como los *psicópatas integrados*, aquellos que viven entre nosotros y que Hervey Cleckley (1941, 1982) describió en un libro llamado *La máscara de la cordura*, a partir de una serie de casos reales que él trató: personas de buena familia, inteligentes y racionales, sanos de mente y cuerpo, pero con una florida conducta antisocial y que no parecían afectadas por las consecuencias de sus acciones. Nada más lejos de la impresión de peligro y de aspecto demoníaco brindada por los medios de comunicación.

Sabemos que esta imagen no es totalmente correcta: al igual que el llamado sociópata en las primeras clasificaciones DSM, el psicópata se caracteriza por una falta de sentimientos de culpabilidad y de habilidades empáticas. Pero a diferencia del sociópata, el psicópata primario no ha desarrollado esta conciencia y esa empatía, no por un problema de socialización, sino por alguna peculiaridad psicológica inherente que le hace muy difícil de socializar. Gracias a estas peculiaridades, el psicópata parece indiferente a que se le castigue por

sus acciones. Esta característica no sería perniciosa sino hasta combinarse con tendencias perversas, o con un temperamento hostil y agresivo, lo que determina que esa ausencia de restricciones normales puede dar lugar a una combinación explosiva y peligrosa.

El psicópata carece del barniz afectivo que acompaña usualmente a la experiencia, sus sensaciones emocionales parecen estar atenuadas de un modo equivalente a la ceguera de colores que padecen los daltónicos. Cleckley estima que los sentimientos morales deben ser aprendidos y que este proceso de aprendizaje está reforzado por las emociones. Cuando estas emociones están atenuadas, el desarrollo de la moralidad se complica mucho. Así, según Cleckley, para el psicópata primario no son eficaces las experiencias normales de socialización a causa de un defecto innato que él compara con la afasia semántica (trastorno cerebral que supone elaborar frases semánticamente correctas, pero sin reconocer con precisión qué se está diciendo).

Sin embargo, no está claro que el psicópata sea incapaz de mostrar emociones. Claramente siente ira, satisfacción, placer, y autoestima. De otro modo no se entendería por qué hace lo que hace.

Más bien, diríamos que el psicópata se caracteriza por tener una experiencia atenuada, no de todos los estados emocionales, sino de la ansiedad o el miedo. Los seres humanos tenemos una tendencia innata a tener miedo de ciertos estímulos (falta de apoyo, serpientes o arañas, extraños, fuego) y a asociar miedo a estímulos y situaciones experimentadas con anterioridad junto a estímulos temidos de un modo innato, incluyendo el dolor y el castigo. Un alto umbral de ansiedad o miedo complicaría el proceso de socialización, el cual depende del temor al castigo de la conducta antisocial, y dado que el castigo funciona (cuando funciona) a través de la inhibición de los impulsos, cuando la tentación vuelva a aparecer, gracias al temor a las consecuencias, entonces una persona con poco temor será difícilmente socializado por este camino.

Es muy difícil abordar, pues, el problema psicosocial de la violencia sin reconocer esta dimensión del mismo, dimensión que tiene varias manifestaciones que, detectadas tempranamente a través de sus precursores, permite su prevención: el acoso escolar (*bullying*), el delito juvenil, la violencia sexista, pueden ser manifestaciones subcriminales de la psicopatía que, no abordadas, terminan por dar lugar a lo que, en términos de Franz von Liszt, llamaríamos el delincuente habitual incorregible.



## Conclusiones

---

Parfraseando a Clemenceau, quien sostuvo que la guerra es un asunto demasiado importante para dejarlo en manos de los militares, podemos decir que la violencia es un tema demasiado importante como para dejarlo solo en manos de los abogados o de las fuerzas de seguridad. Se trata de un problema al cual los expertos en salud pública deben abocarse, no solo por sus efectos nefastos sobre la salud sino también por los aportes que estos especialistas pueden realizar desde un enfoque preventivo y asistencial, el cual es multidisciplinario y multisectorial, tanto para la atención de las víctimas como cuanto para el tratamiento del violento.

Tanto desde la psicopatología, como desde la psicología jurídica, no se puede hablar de violencia en términos genéricos sin referirla a un constructo teórico. En este sentido, me interesa rescatar la noción de *psicopatía*, diluida en las clasificaciones actuales bajo las distintas formas de TP, para contrastarla con los actuales lineamientos de reforma legal en derecho procesal y en salud mental. Como operador del sistema judicial, constato que la psicopatía existe efectivamente tanto como existe la selectividad del sistema penal. El desafío es: cómo tratar la psicopatía hoy y cómo gestionar el problema teórico y práctico (clínico) que presentan los TP.

Hablo de *qué hacer* con los trastornos de personalidad identificables. Abordemos el tema de la llamada *personalidad anormal* y de la llamada *psicopatía*, y nos preguntaremos si esta condición es susceptible de ser incluida dentro de los lineamientos generales de la Salud Mental. La cuestión acerca de si existe un tratamiento eficaz para este tipo de trastornos, y, en todo caso, cuáles serían las características de un tratamiento efectivo; es materia para otro trabajo.

Y hablo de *cómo hacer*, cómo implementar un acto profesional –sea en el campo asistencial como en el de la actividad pericial– que integre las nuevas perspectivas y lineamientos en salud mental con los objetivos de una política criminal respetuosa de los derechos humanos, respetuosa del nivel de avance de la conciencia jurídica actual, y que contribuya a los objetivos de reducir la violencia en general, y la criminalidad violenta en particular, sin caer en maniqueísmos que hacen oponer los derechos humanos y garantías a la protección del bien común que demanda el común de la gente.

## Referencias

- Blackburn, R. (1999). Violence and Personality Distinguishing among Violent Offenders. En Curran, D. & McCartney, W. (eds.), *Psychological Perspectives on Serious Criminal Risk* (pp. 37-51). Leicester: British Psychological Society.
- Boer, D. P., Hart, S., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (2005). *Manual de valoración del riesgo de violencia sexual*. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Cleckley, H. (1941 / 1981). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
- Delmàs-Marty, M. (1986). *Modelos actuales de política criminal*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Revista Lancet*, 359(9306), 545-550. Recuperado el 24 de marzo 2014 de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07740-1/abstract?cc=y](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07740-1/abstract?cc=y).
- Federación De Psicólogos De La República Argentina FePRA (2013). *Código de Ética Nacional* [documento de Internet]. Recuperado el 11 de diciembre del 2015: [http://fepra.org.ar/docs/acerca\\_fepra/codigo\\_de\\_etica\\_nacional\\_2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf).
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Revista Psicothema*, 20, 193-198.
- Folino, J. O., & Escobar, F. (2004). Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *Revista MedUNAB*, 7(20), 99-105.
- Hart, S. D. (1997). The role of psychopathy in assessing risk for violence, Conceptual and methodological issues. *Legal & Criminological Psychology*, 3 (Part 1), 121-137.
- Hart, S. D. (2001). Assessing and managing violence risk. En K. Douglasropp, P. Ed.). *HCR-20, Violence Risk Management Companion Guide*. Vancouver: SFU ed.
- Jaspers, K. (1913/1975). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Ediciones Beta.

- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*, 22, 327-336.
- Liszt, F. von (1882). *La idea de fin en el derecho penal* (en línea). Recuperado el 4 de octubre del 2015 de: <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=991>
- Pueyo, A. & Redondo, S. (2004). Aportaciones psicológicas a la predicción de la conducta violenta, reflexiones y estado de la cuestión. En: *Papeles del psicólogo*. Recuperado el 24 de marzo de 2014 de: <http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones>.
- Reiss, A. J. (ed.) (1994). *Understanding and preventing violence*. New York: National Research Council.
- Schneider, K.(1980). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. & Hart, S. D. (2005). *HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Zazzali, J. R. (2007). *Manual de psicopatología forense*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.

# **07**

## **Representaciones sociales sobre usuarios de drogas entre trabajadores de salud de la Red de Salud de Ladera ESE de Cali**

---

**Omar Alejandro Bravo**

Universidad Icesi | oabravo@icesi.edu.co

**María Adelaida Arboleda Trujillo**

Universidad del Valle | maria.arboleda@correounivalle.edu.co

**Diana María Castrillón Libreros**

**Eliana Morales**

Red de Salud de Ladera ESE | m\_arboleda@hotmail.com |  
elimgp@hotmail.com

Tal como lo señala Folgar (2000), el consumo de drogas no es un fenómeno propio de la modernidad, ya que desde los orígenes de la humanidad los pueblos han usado sustancias con fines rituales, mágicos, religiosos o recreativos, ya fuera para obtener fuerza, resistencia o alterar el estado de sus sentidos. Esta amplia gama de usos torna difícil definir a las drogas.

La Organización Mundial de la Salud presenta un glosario de términos relacionados al alcohol y otras drogas (WHO, 1994) donde caracteriza droga como «toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental, y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos» (p. 33). En ese mismo documento, este organismo define la sustancia o droga psicoactiva como aquella que cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales.

Vásquez y Stolkiner (2009) destacan que la cuestión central en relación con las drogas no está en su caracterización misma, sino en las definiciones sociales producidas desde la relación que establecen los sujetos con esas sustancias. En este sentido, visto desde la óptica de las políticas prohibicionistas que han dominado en los últimos años el campo de la prevención y el tratamiento, el uso de drogas tendría que ver con elementos carenciales o perturbados del sujeto, que encontraría en la droga un alivio a ese malestar, o con un desvío moral, que debe ser corregido por una intervención disciplinaria.

Esto ha contribuido a crear un estereotipo en torno a este fenómeno, donde el uso de términos como toxicómano, adicto, drogodependiente, drogadicto e incluso vicioso, corresponde a construcciones y modelos teóricos (ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial, sociocultural) que varían a lo largo de la historia y de los intereses de los grupos humanos que las usan (Touzé, 2006; Román, 2007; Kornblit, Caramotti y Di Leo, 2009).

Contra este tipo de generalización abusiva, Kornblit, Caramotti y Di Leo (2009) destacan la diferencia entre dependencia de drogas, consumo problemático y uso recreativo de sustancias considerando la cantidad, frecuencia en el consumo y la forma y circunstancias en la que este se produce. Esta distinción es necesaria, dada la prevalencia de mitos en torno al consumo que enfatizan un potencial adictivo de las drogas ilegales, capaz supuestamente de transformar a cualquier consumidor ocasional en dependiente (Inchaurraga, 1999). Esta suposición legitima a los modelos

de tratamiento basados en la abstinencia obligatoria del consumo, que se transformarían en la única alternativa terapéutica posible.

De esta forma, entonces, se ha consolidado un modelo de atención al usuario de drogas, atravesado por principios moralistas y disciplinarios, que dificulta establecer políticas de salud dirigidas a este público de carácter abarcativas y efectivas.

Asimismo, y a partir del fracaso mostrado por las políticas prohibicionistas y de las dificultades del paradigma abstencionista para alcanzar a la gran mayoría de los consumidores de drogas (Menéndez, 2012; Romaní, 2008) —como también la expansión del VIH-Sida entre usuarios de drogas inyectables a partir de los años ochenta—, se establecieron acciones alternativas de prevención y atención a las consecuencias del uso de drogas, conocidas genéricamente como *reducción de daños* (Romaní, 2005; 2008).

Romaní (2008) define las políticas de reducción de daños como «aquel conjunto de estrategias individuales y colectivas que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados al consumo de drogas» (p. 305). Estas políticas se distinguen por reconocer a los usuarios de drogas como ciudadanos con plenitud de derechos, priorizando la atención a los daños y riesgos derivados del consumo (Romaní, 2005). La abstinencia, en esta perspectiva, es una opción más a la que puede un usuario acceder, en la medida que lo desee (Carvalho, 2014). Las políticas de reducción de daños pueden abarcar una amplia gama de programas: intercambio de jeringuillas, programas de sustitución como el de suministro de metadona, suministro de heroína en programas de mantenimiento, instalación de centros de acogida, salas de veno-punción higiénicas, creación de asociaciones de usuarios y comités de apoyo de familiares, programas de información, educación y comunicación sobre las características de algunas drogas y sus condiciones de uso y promoción de trabajo por pares, entre otros (Cavalcanti, 2005; Galante, A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz, M., 2009; Menéndez, 2012; Romaní, 2008). De esta forma, se constituyen como una alternativa al paradigma abstencionista. La tensión entre ambas formas de entender la atención al usuario de drogas se traslada con frecuencia al interior de las instituciones, donde ambos modelos entran en disputa.

Las legislaciones nacionales e internacionales paulatinamente han ido abriendo espacio a la inclusión de acciones de reducción de daños. En lo que hace a las políticas nacionales, Colombia sancionó la Política Nacional

para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en el año 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2008). Desde su fundamentación se reconoce un enfoque incluyente, donde el interés y las acciones se dirigen hacia los riesgos y daños asociados al consumo, que buscan estimular la integración social del usuario de drogas. Esta política tiene por meta evitar y reducir los riesgos para el consumidor, su entorno directo y la sociedad en su conjunto: una de sus metas es reivindicar los derechos ciudadanos de los consumidores de drogas.

Uno de los ejes operativos de la política mencionada con anterioridad es el de mitigación, el cual ofrece dentro de sus metas la reducción de obstáculos para la protección efectiva de la salud de los usuarios de drogas. La estrategia de reorientación de la atención y la asistencia propone flexibilizar alternativas de atención y capacitar a la red de servicios existentes para que, desde la atención primaria y básica, sea posible la identificación temprana de problemas asociados al consumo, contemplando aquí explícitamente a las acciones de reducción de daños como una alternativa.

Por otro lado, la Ley 1566 de 2012, que dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, considera al consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno social, y al abuso y la adicción como enfermedades. Los servicios de atención integral al usuario de drogas podrán realizarse, según esta normativa, desde centros y servicios de atención comunitaria y por equipos de atención primaria en salud, entre otras estrategias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A pesar de este avance legislativo, continúa siendo un reto para las políticas de reducción de daños la incorporación de los trabajadores de la salud a las mismas, dado que históricamente se han formado bajo el paradigma que entiende a la abstinencia en el consumo como meta terapéutica única y necesaria.

Por este motivo, indagar acerca de las representaciones sociales de estos trabajadores, permite entender el carácter y forma que algunas de las resistencias a estas políticas presentan y establecer estrategias para su superación.

Cabe mencionar que esta investigación se realizó en el marco del convenio docente asistencial establecido entre la ESE Ladera, la Universidad del Valle-Departamento de Psiquiatría y la Universidad Icesi-Centro de Atención Psicosocial.

## **Objeto de la investigación**

La Red de Salud de Ladera E.S.E. se encuentra ubicada en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia, en el sur occidente del país. Esta conforma una de las cinco Empresas Sociales del Estado (ESEs) responsables por la salud de la población, maneja un área de influencia de 624.849 habitantes, lo cual significa aproximadamente el 20% de la población caleña. La Entidad está compuesta por 39 instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S), en el primer nivel de atención, distribuidas de la siguiente manera: 1 Hospital básico, 6 centros de salud y 33 puestos de salud de los cuales 13 están ubicados en el área urbana de la ciudad.

La mayoría de la población que es atendida en la Red de Salud de Ladera corresponde a personas ubicadas en estratos socio-económicos 1 y 2 (clasificación adoptada a nivel nacional para medir el índice de ingresos de una familia y que va del 1 al 6, de menor a mayor capacidad adquisitiva). Las condiciones de vulnerabilidad de esta población han generado en esta institución la necesidad de implementar modelos de prestación de servicios que acerquen más a la comunidad y a los equipos de salud a compartir realidades comunes.

Entre las estrategias implementadas se encuentran la de Salud Familiar y Comunitaria, la de Rehabilitación basada en la comunidad, Servicios Amigables para Jóvenes, atención a Víctimas del Conflicto con un enfoque Psicosocial (PAPSVI), Participación social y Salud Mental Comunitaria. El desarrollo de estas estrategias ha hecho que la comunidad sienta los equipos de salud más cercanos, asimismo, ha logrado que la población asuma una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud.

El consumo abusivo de drogas en Cali (Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. 2006; Colombia, 2013) y sus consecuencias representan un desafío significativo para estas políticas de trabajo con la comunidad, requiriendo del desarrollo de investigaciones y estrategias de formación de los trabajadores de la salud que permitan allanar los obstáculos que se les presentan a los consumidores de drogas para el acceso a la atención, entre ellos, las representaciones sociales e imaginarios que estos trabajadores poseen en relación con esa población. Con el propósito de indagar acerca de estas representaciones sociales entre los trabajadores de la salud de la



comuna 20 de la ESE Ladera se desarrolló la investigación que motiva el presente texto. La misma tuvo como objetivo principal analizar el impacto de dichas representaciones en el acceso de los usuarios de drogas a los servicios de salud en este sector. Los resultados de este trabajo darán subsidios a estrategias de capacitación asociadas al propósito de ampliar y mejorar la atención en salud a esa población mencionada.

## **Marco teórico**

---

Jodelet (1986) define a las representaciones sociales como conocimientos socialmente adquiridos que se establecen como sentido común y determinan conductas. En la estructura de las mismas, Moscovici (1979) distingue dos conceptos fundamentales: ideología y comunicación. La ideología es entendida aquí como «sistema de representaciones y actitudes que forman la realidad social, y en la que se incluyen fenómenos como los de creencias, los prejuicios sociales y raciales, estereotipos, etc.» (Álvarez Bermúdez, 2002, p. 84). Por su parte, la comunicación incluye las formas lingüísticas y no lingüísticas de transmitir información. En estas formas simbólicas se manifiestan contenidos ideológicos, que se reproducen o modifican a través de esa interacción comunicativa.

Las representaciones sociales, en lo que hace a su proceso de adquisición, serían primeramente sociales y después individuales. Una vez adquiridas, se constituyen como sentido común, orientando las acciones y pensamientos de las personas y grupos. De esta forma, el sujeto supone que sus pensamientos y conductas se originan en su libre elección personal y principios.

Este proceso de adquisición consta de dos momentos diferenciados: el de objetivación y el de anclaje. A su vez, el primero tiene tres etapas: en la primera, las personas seleccionan y reúnen información en torno a un objeto; en la segunda, se establecen ciertas características regulares de ese objeto; en la tercera, ese conjunto de informaciones se transforman en sentido común (Álvarez Bermúdez, 2002).

En el anclaje, se integra la información de un objeto dentro del sistema de pensamiento ya constituido, esto es, las personas utilizan las categorías de pensamiento ya constituidas para darle sentido a los objetos nuevos, des-

conocidos, inusitados, que aparecen en el campo social (Álvarez Bermúdez, 2002, p. 91). Lo anterior indica el carácter móvil de las representaciones, posibles de ser modificadas, total o parcialmente, posibilidad que resulta de interés a los fines de este trabajo.

Es de este modo también es posible analizar la forma en que estas representaciones sociales impactan en ciertas prácticas institucionales. En el caso de esta investigación en particular, resulta relevante entender cómo las representaciones sociales de los trabajadores de la ESE Ladera producen efectos en relación con las formas de acceso a la salud, las interacciones y los tratamientos de los usuarios de drogas de ese sector de la ciudad. Este análisis resulta ser una herramienta indispensable a la hora de planificar estrategias de formación que permitan modificar las prácticas asociadas a dichas representaciones.

## **Metodología**

---

### **Tipo de estudio y diseño general de la muestra**

El presente estudio fue de carácter descriptivo, cuya muestra estuvo conformada por funcionarios (asistenciales y administrativos) de las IPS de la Comuna 20 que hacen parte de la Red de Salud de Ladera ESE: Siloé, Brisas de Mayo, La Estrella, La Sirena, La Sultana, incluyendo profesionales y técnicos que están presentes en estas IPS bajo la modalidad de convenios de docencia y de servicios.

A los participantes se les aplicó una encuesta desarrollada por el equipo investigador que contó con preguntas cerradas y abiertas, a las cuales respondieron 96 funcionarios. La mayoría de los encuestados (59 personas) labora en la IPS de Siloé, la más grande de las que conforman esta estructura.

Para la realización de este trabajo se capacitó a encuestadores que se desplazaron a las IPS donde laboran los funcionarios. Los datos fueron ingresados a una base de datos del programa Microsoft Excel para su posterior codificación y análisis. Se entregó a cada participante un consentimiento informado, que fue leído y explicado por el encuestador; una vez firmado se procedió a la aplicación de la encuesta, entregándole al participante una copia del mismo.

El estudio comprendió aspectos de tipo cuantitativo y cualitativo. Las categorías de análisis se definieron a partir de los resultados de las encuestas en una lógica epistemológica que impide que la definición previa de esas categorías opere de manera restrictiva en relación con las posibilidades de análisis abiertas por el material cualitativo recolectado (González Rey, 1997).

El análisis realizado a continuación abarca solo algunos de los aspectos considerados en esta investigación, dado el volumen de la información recolectada.

## **Análisis de la información**

En lo que hace a algunos de los aspectos cuantitativos, cabe mencionar que los funcionarios que diligenciaron la encuesta se encontraban entre los 19 y los 71 años de edad; fue predominante el género femenino sobre el masculino, con 67 funcionarios mujeres y 29 hombres.

Con respecto a las áreas profesionales de los funcionarios encuestados, se realizó una caracterización en función de su área de formación, que de acuerdo a las respuestas de los encuestados se discriminó de la siguiente manera:

**Tabla 01**

<b>Área profesional</b>	<b>Frecuencia</b>
Profesiones del área administrativa	21
Trabajadores relacionadas a oficios varios o de apoyo	6
Auxiliares en salud	28
Enfermería	8
Medicina	20
Otras profesiones del área de la salud	7
Otro	6
TOTAL	96

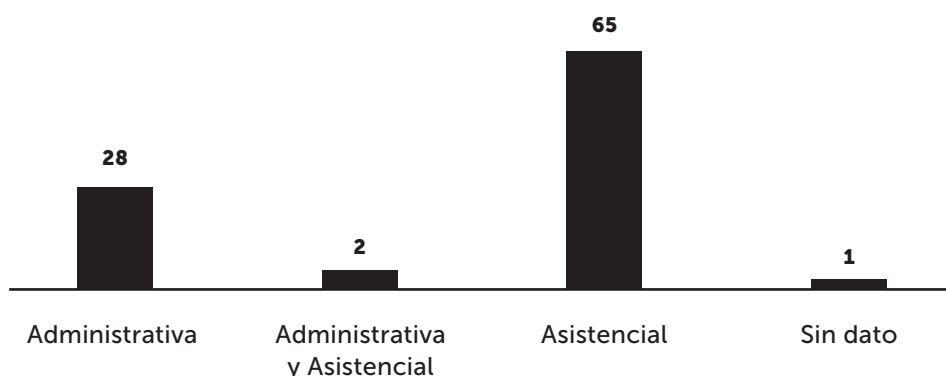
Además, los funcionarios fueron agrupados de acuerdo con el área de trabajo en el que se desempeñaban, por lo que se tomaron tanto las áreas de servicio

asistencial como las áreas administrativas y de apoyo. Esta decisión se tomó con base en el hecho de que se consideró que en servicios de baja complejidad, como los centros y puestos de salud que se incluyeron en esta muestra, la mayor parte de los funcionarios entra en contacto directo con los usuarios y las representaciones acerca de los mismos van a determinar comportamientos de exclusión o inclusión.

Buena parte de los funcionarios se desempeña en el área asistencial; dos de los funcionarios encuestados tienen dobles funciones administrativas y asistenciales. La distribución se muestra en la siguiente gráfica:

### Gráfica 01

Área de servicio al que pertenece



La distribución por tiempo de vinculación a la institución mostró que poco más de la mitad de los funcionarios encuestados se encuentra en la Red de Salud de Ladera en un periodo entre 2 a 10 años. Sin embargo, también llama la atención que hay un porcentaje importante de funcionarios nuevos o en tránsito por la institución (24%).

En lo que se refiere a aspectos más cualitativos del material recolectado, en esta primera instancia de análisis no se consideró la división entre profesiones y funciones a la hora de analizar las respuestas, por lo cual se privilegió un análisis más genérico con el sentido de mostrar que en todas estas instancias se mantienen representaciones sociales parecidas en torno al usuario de drogas.

En este sentido, frente a la pregunta *¿Atiende a usuarios de drogas?*, 74 de los 96 encuestados reconoció la atención a usuarios de drogas como parte de su trabajo, siendo que este reconocimiento partió de elementos de percepción o de comunicación con los sujetos consultantes y no de una oferta terapéutica específica a esta población.

Interrogados acerca de cómo reconocían esa condición de usuarios, las respuestas fueron agrupadas de la siguiente manera: *porque llegan drogados al lugar; por su apariencia; porque lo manifiestan espontáneamente; porque se les pregunta; o por otras razones*. La mayor parte de los encuestados se basó en elementos de percepción, principalmente por su apariencia, solo el 23% pregunta directamente a los consultantes acerca del consumo, como indica la gráfica abajo incluida.

Cabe señalar que el formato de la encuesta permitía elegir más de una respuesta. Es llamativo entonces que, por lo anterior, se produjesen respuestas de apariencia contradictoria en algunos casos, probablemente porque no existe entre las personas encuestadas una forma única de identificación de un usuario de drogas, estando este registro sujeto a cada caso en particular.

## Tabla 02

¿Cómo sabe que un consultante es usuario de drogas?

Respuesta	%
Porque llegan drogados al lugar	46,9
Por su apariencia	<b>76</b>
Lo manifiestan espontáneamente	43,8
Se les pregunta	22,9
Otros	31,3

Dentro de las respuestas que privilegiaban la apariencia como forma de identificación de los usuarios de drogas, las personas entrevistadas refirieron a la forma de vestir, la higiene, la forma de andar (*como gamín*) o la delgadez, entre otros registros. También se destacaron aspectos caracterológicos, como la actitud extrovertida, el modo de contestar o su carácter *loquito, grotesco* o amenazante.

Estas respuestas indican la presencia de representaciones sociales que asocian al usuario de drogas con el descontrol y un cierto comportamiento anómico, lo que permite suponer la necesidad de establecer formas de control y disciplinamiento para esta población. De esta forma, ronda a este imaginario la noción de tratamiento moral pineliano (1793/2007), que aún hoy influye en la formas de intervención que se establecen en salud mental.

Dentro del ítem *otros*, se engloban respuestas como *la falta de respeto; si está drogado no se les atiende; la mirada, el comportamiento; como habla, sus ojos, como se expresa; el modo de actuar, el vocabulario o modales, como hablan, inquietos, acelerados*, entre otras respuestas que al parecer no podían ser englobadas en las opciones ofrecidas y que son muy discentes acerca de las representaciones sociales que orientan estas percepciones.

El tipo de representaciones observables a partir de estas opciones planteadas se trasladan a las posibles respuestas institucionales y terapéuticas que se proyectan frente a este encuentro con usuarios de drogas. Las mismas se expresan a partir de la pregunta *Cuando llega un usuario de drogas, ¿usted qué hace?*

Aquí las respuestas se agruparon en tres categorías diferentes: la primera refiere a la disposición de atender al usuario de drogas que llega a consulta; la segunda engloba las respuestas que indican la necesidad de remitir al consumidor a tratamiento especializado, y la última reúne aquellas respuestas que mencionan la necesidad de evitar el contacto con este tipo de pacientes.

En términos estadísticos, se diferencian de la siguiente manera:

**Tabla 03**

Cuando llega un usuario de drogas a atención, ¿usted qué hace?

Respuesta	Número	%
Se lo atiende	52	54
Se lo remite	29	30
Se lo evita	15	16

No obstante, entre las personas que indicaron su disposición a atender a usuarios de drogas aparecen varias opiniones con sentido diferenciado, ya que en algunos casos se incluyen expresiones como: *aunque hay que estar pendientes de que no vayan a robar; si llega altanero, uno no se puede igualar a ellos o se los atiende lo más rápido posible (se ponen groseros) para que el servicio quede con mejor presentación*. Esto señala la presencia de representaciones sociales que identifican al usuario de drogas como una amenaza que merece una consideración institucional diferenciada.

En los casos en los que se indica remisión, puede considerarse que persiste allí la noción de que otra instancia institucional (indefinida, ya que las respuestas mencionan a psicología, psiquiatría, trabajo social, educación, instituciones especializadas, entre otras) podría resolver el problema. Nuevamente, la figura del usuario de drogas remite a una significación única, donde no parece necesario evaluar la relación del sujeto con la droga y el grado de compromiso y dificultad individual asociado a ese consumo y una vez se le identifica con esta representación, el resto de sus necesidades en salud se tornan invisibles.

En el caso de las respuestas que indican la necesidad de evitar el contacto con consumidores de drogas, la presencia de representaciones sociales de carácter estigmatizante es más clara. Se pueden mencionar aquí expresiones como: *les digo que el doctor está ocupado para que se calmen. Mejor que otro hable con ellos; Nada, porque es mejor quedarse calladito, porque pueden ponerse violentos o apoyo de otras personas (enfermería, vigilantes) para no ser agredido*.

Cabe destacar que los casos en que existe una disposición para la atención al consumidor de drogas más clara y abierta pueden indicar una mayor disposición terapéutica y compromiso con la atención o, eventualmente, la presencia de una representación social que asocie al consumidor de drogas con una carencia de índole relacional, siendo este tipo de opinión opuesta y al mismo tiempo próxima a la abiertamente discriminatoria, en tanto ambas suponen la existencia *per se* de un déficit o anomalía en esta población. Como ejemplo de esto último, cabe mencionar las respuestas del tipo: *se les habla de por qué lo hace, por problemas familiares o darle educación, preguntarle por cosas familiares*.

En el análisis general de la información aquí considerada, es posible percibir la presencia de representaciones sociales que, como ya fue mencionado, identifican al usuario de drogas con un posible carácter violento o con una patología,

siendo esta dupla condición identitaria (marginal y enfermo) un denominador común en la mayoría de las respuestas encontradas.

El hecho de que estas representaciones se expresen desde un cierto sentido común, en tanto no precisan de explicaciones mayores o consideraciones clínicas más definidas, permite darles este carácter de representación social, cuya adquisición a través de los procesos de objetivación mencionados en el marco teórico tienen una raíz anterior al propio proceso de trabajo en la institución, pero que encontraron en la misma elementos que permitieron fundamentar la instancia posterior de anclaje y consolidación de dichas representaciones.

## **Conclusiones**

La relevancia de establecer las representaciones de usuarios en funcionarios de salud radica en la relación entre las categorías de percepción, la valoración que los sujetos hacen a partir de esto y los modelos prácticos de acción. En el trabajo en un servicio primario de salud, el usuario no se encuentra en posición de homología frente a los funcionarios, por lo que depende en cierta medida de las condiciones que le imponen estos últimos.

La representación social que tienen los funcionarios encuestados de la ESE Ladera acerca de los usuarios de drogas está atravesada por las creencias y prejuicios que se han venido construyendo a lo largo de los años en el país frente al tema del consumo y las drogas, con un componente moralista y de exclusión, que aún no se ha modificado, a pesar de los cambios normativos de la última década.

Para comprender las representaciones sociales que indican rechazo o desconfianza, sería conveniente complementar este trabajo con una investigación que permita profundizar en torno a las experiencias previas que construyeron dichas representaciones.

Cabe mencionar que este tipo de construcciones socio-discursivas no son exclusivas del contexto institucional aquí analizado. En un documento elaborado por el ministerio de salud brasileño (Mota Ronzani, T., Belchior Mota, D., Antunes Da Costa, P., Laport, T., 2015), encaminado a facilitar el acceso a los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud, se mencionan creencias de los trabajadores públicos de salud de ese país acerca



de esta población, que incluyen expresiones como: los usuarios de drogas son moralmente débiles, los usuarios de drogas pueden ser violentos o los usuarios de drogas son peligrosos. El mismo texto alerta sobre la necesidad de organizar los servicios públicos de salud brasileños para tornarlos más abiertos y receptivos a las demandas de ese público.

Por lo anteriormente expuesto, también es necesario un trabajo reflexivo al interior del estamento de salud aquí considerado, que permita discutir con los funcionarios de salud nuevas interpretaciones frente al tema de las drogas y que finalmente lleven a un reconocimiento de los usuarios de drogas en su condición de sujetos de derecho.

## Referencias

- Álvarez Bermúdez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.
- Álvarez Rodríguez, Ml. & Godoy García, P. (1999). Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). *Revista Española de Salud Pública*, 73(3), pp. 375-381.
- Bilbao, A. (2003). Sujeto, drogas y sociedad. *Perspectivas*, 2(1), pp. 35-52.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), pp. 521-534.
- Carvalho Pereira, B. (2014). A redução de danos no atendimento especializado em álcool e outras drogas. Tesis de Maestría. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Cavalcanti, L. (2005). La relación entre globalización y reducción de daños. *Eguzkilore*, (19), 83-89.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008). *Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al alcance de todos: una herramienta para socializar y construir política en lo local*. Bogotá: Gente Nueva Editorial

- Colombia, Ley 1566 de 2012. «Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”» Bogotá D.C. (2012, 31 de julio).
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2013). *Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Imprenta nacional.
- España, Ministerio de Sanidad y Consumo (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. [Título original: *Lexicon of alcohol and drugs terms*]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. Recuperado el 6 de noviembre de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_ladt/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/)
- Folgar, L. (2000). Uso de Drogas y Construcción de Identidades. En *Actas del Encuentro con la Antropología Social y Cultural en el Uruguay*, Museo Nacional de Antropología, Montevideo: 24 y 25 de Noviembre de 2000. Recuperado el 30 de octubre en: [http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2002/articulo\\_02.pdf](http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2002/articulo_02.pdf)
- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. & Pawlowicz, P. (2009). Programa de reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, (14), 113-121.
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- Inchaurraga, S. (comp.) (1999). *Drogadependencias: reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario: Homo Sapiens.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, pp. 13-39. Barcelona Ediciones Paidós
- Kornblit, A., Caramotti, A. & Di Leo, P. (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas*. República de Argentina, Ministerio de Educación. Educar, Instituto de investigaciones Gino Germani, UNICEF. Recuperado el 30 de octubre de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Edu\\_ModulosESI.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf)
- Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas. Prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), pp. 9-24.
- Mori, V. & González Rey, F. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Revista CS*, (5), pp. 207-225.

- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Mota Ronzani, T., Belchior Mota, D., Antunes Da Costa, P., Laport, T. (2015). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Pinel, P. (1793/2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Romaní, O. (1997). Etnografías y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*, vol. XVI, (53), pp. 39-66. Recuperado el 6 de noviembre en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905303>
- Romaní, O. (2005). Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. *Eguzkilore*, (19), pp. 91-103.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas. Prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), pp. 301-318.
- Touzé, G. (2006). Parte I. «Discursos, políticas y prácticas». En: G. Touzé (Org.). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. , pp. 15-20. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Vargas R. (2005). Drogas y conflicto armado: El caso colombiano y el paradigma de seguridad global. *Eguzkilore*, (19), pp. 23 -46.
- Vázquez, A., & Stolkiner, Al. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. En *Anuario de investigaciones*, 16. Recuperado el 5 de noviembre en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862009000100028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862009000100028&script=sci_arttext)
- World Health Organization, Ministerio de Sanidad y Consumo-Gobierno de España (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas [Título original: *Lexicon of alcohol and drugs terms*]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. Pág. 33. Recuperado el 6 de noviembre en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_ladt/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/)

# **Sobre los autores**

---

## **Candida Bezerra Dantas**

---

Profesora adjunta del Departamento de Psicología de la Universidad Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Psicóloga; maestría en Psicología por la UFRN y doctorado en Psicología Social por la UFRN.

Dirección de correo electrónico: candida.dantas@gmail.com

## **Diana María Castrillón Libreros**

---

Red de Salud de Ladera ESE (Cali, Colombia).

Psicóloga, Universidad del Valle; Especialista Gerencia Social Universidad Javeriana; Candidata a Magister Gerencia en Servicios de Salud, Universidad Libre. Responsable de Servicios de Salud Comuna 20. Profesora Departamento de Salud Pública, Universidad Javeriana.

Dirección de correo electrónico: m\_arboleda@hotmail.com

## **Eliana Morales**

---

Red de Salud de Ladera ESE (Cali, Colombia).

Trabajadora Social de la Universidad del Valle. Trabajadora Social en la Red de Salud Ladera Comuna 20. Docente Hora cátedra de la Universidad del Valle Escuela de Trabajo social.

Dirección de correo electrónico: elimgp@hotmail.com

## **Flavio Andrés D´ Angelo**

---

Universidad Nacional del Comahue (Neuquén, Argentina).  
Jefe del Área Psicología-Adultos del Gabinete de Psiquiatría y Psicología del Poder Judicial de la Provincia de Neuquén Doctor en Psicología por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor Adjunto de la cátedra Psicología Jurídica de la Universidad Nacional del Comahue.  
Dirección de correo electrónico: arconte9@gmail.com

## **Jader Ferreira Leite**

---

Profesor adjunto del Departamento de Psicología de la Universidad Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Licenciatura en Psicología y psicólogo por la UEPB; maestría en Psicología por la UFRN (2003); doctor en Psicología Social por la UFRN.  
Dirección de correo electrónico: jaderfleite@gmail.com

## **João Paulo Sales Macedo**

---

Profesor Adjunto de la Universidad Federal de Piauí/UFPI.  
Psicólogo por la Facultad Santo Agostinho. Maestría y doctorado em Psicología por la UFRN.  
Dirección de correo electrónico: jpmacedo@ufpi.edu.br

## **Kamila Almeida**

---

Psicóloga. Maestría en psicología por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Brasil.  
Dirección de correo electrónico: kamilasiqueira@gmail.com

## **Magda Dimenstein**

Profesora Titular de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte/UFRN. Graduada en Psicología por la UFPE, Máster en Psicología Clínica por la PUC/RJ y Doctora en Salud Mental por el Instituto de Psiquiatría de la UFRJ. Dirección de correo electrónico: mgdimenstein@gmail.com

## **Manuel Desviat**

Psiquiatra. Director Médico por oposición del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés (1985-1991) y de la red de Servicios de Salud IPSSM José Germain, que atendía el sudoeste de la Comunidad de Madrid (1991 a 1998). Docente en la Universidad Nacional a Distancia (UNED). Dirección de Correo electrónico: desviatm@gmail.com

## **María Adelaida Arboleda Trujillo**

Universidad del Valle (Cali, Colombia). Psiquiatra, Doctora en Salud Mental Comunitaria. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Profesora Departamento de Psiquiatría Universidad del Valle, Cali. Colombia. Dirección de Correo electrónico: maria.arboleda@correounivalle.edu.co

## **Omar Alejandro Bravo**

Universidad Icesi (Cali, Colombia). Psicólogo. Maestría y Doctorado por la Universidad de Brasilia, Brasil. Profesor Departamento estudios Psicológicos, Universidad Icesi. Dirección de Correo electrónico: oabravo@icesi.edu.co

## **Roberto Beneduce**

---

Psiquiatra; antropólogo. Profesor of Medical and Psychological Anthropology. Universidad de Torino (Turín, Italia).

Dirección de correo electrónico: roberto.beneduce@unito.it

## **Ximena Castro Sardi**

---

Profesora del Departamentos de estudios psicológicos y directora del Consultorio de Atención Psicosocial de la Universidad Icesi, Cali.

Psicóloga con Maestría en ciencias sociales del New School for Social Research, EE.UU.; Maestría en investigación en psicoanálisis y candidata a doctora de la Universidad de Paris VIII, Francia.

Dirección de Correo electrónico: xcastro@icesi.edu.co

# Índice temático

## — A

### **Atención primaria**

04, 40, 57-58, 62, 67, 70, 77, 78, 125, 128-129, 137, 140, 156, 161, 164, 173, 176, 180, 208

### **Atención psicosocial**

03, 64, 67, 76, 121

## — C

### **Comunidad**

09-10, 19, 21, 24-29, 32, 37, 39, 41, 43, 50, 51, 57, 59-60, 77, 79, 123, 152, 156, 162-170, 172-179, 185, 187, 209

### **Cultura**

16, 19, 36, 38, 57, 59, 76-77, 85, 88, 96, 98, 104, 106, 109-110, 115-116, 132, 190, 219

## — D

### **Diagnóstico**

17, 19, 21, 23, 29, 35, 37, 40, 43, 52, 58, 62, 72, 74, 78-79, 88, 90-96, 98-99, 102, 104-105, 108-115, 128, 132, 134, 141-143, 146, 148-150, 172, 175, 177, 188, 191, 193, 197

## — P

### **Psicología jurídica**

06, 202

### **Psicopatología**

14, 17, 20, 125, 127-128, 134, 184, 188-189, 199, 202, 204

### **Psicosis**

22, 27, 35, 101, 122, 139, 140-152, 154-157, 189, 200



## **Psiquiatría**

03, 06, 14, 16, 19-20, 22, 32, 35-36, 38-42, 44, 87, 91, 93-95, 98, 102, 104, 110, 112-113, 115, 125-126, 131, 142-146, 153, 155-156, 160-161, 168-178, 187, 199, 216

## **— R**

### **Redes**

26, 54-55, 67-68, 77, 83-84, 123, 125-126, 129, 132, 134, 137, 139, 169

### **Reducción de daños**

207-208, 218-220

## **— S**

### **Salud mental**

01-03, 05-07, 09-10, 13-21, 27-31, 34-37, 39, 41-44, 47, 49, 51, 53, 55-58, 60-62, 64-65, 69-70, 74-75, 77-78, 92, 122-129, 131, 153, 155-156, 160-161, 165-174, 177-181, 184-188, 193, 196-198, 202, 215

## **— T**

### **Terapia**

40, 72, 74, 115, 187

### **Territorio**

19, 21, 24, 26, 39, 52-54, 58, 60, 63-68, 71, 74, 76-79, 161, 164, 169-170

## **— U**

### **Uso de drogas**

206-07, 220

## **— V**

### **Violencia**

37, 48-49, 57, 90-91, 94-96, 98, 102, 104, 108, 111-114, 139, 173, 184-188, 192-204

### **Vulnerabilidad**

03, 06, 47-48, 54-57, 61, 66, 128, 137, 152, 154, 209

# Otros títulos de la colección

---

## **EL Sur es Cielo Roto**

— **Precedente: 15 años de una nueva forma de ver el Derecho**

Mario Alberto Cajas Sarria y Natalia Rodríguez Uribe

— **Intervención social y el debate sobre lo público: reflexiones conceptuales y casos locales**

Grupo de investigación en Intervención y Responsabilidad Social

— **Más que teclas y pantallas. Acceso público a TIC en Colombia**

Luis Fernando Barón Porras y Ricardo Gómez

— **¿La hegemonía norteamericana en declive? El desafío del ALBA y la nueva integración latinoamericana del siglo XX**

Bruce M. Bagley, Magdalena Defort (eds.)

— **Formas de modernización regional en el suroccidente colombiano**

Diego Cagüañas, Enrique Rodríguez, José Darío Sáenz, Jaime E. Londoño, Julio César Alonso y Carlos Ignacio Patiño

---

Este libro se terminó de imprimir y encuadernar en octubre de 2016 en los talleres de Carvajal Soluciones de Comunicación (cotizaciones@carvajal.com), en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia. En su preparación, coordinada por la Oficina de publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Icesi, se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro en 12/15 y 11/13,5. La edición, que consta de 150 ejemplares, estuvo al cuidado de Natalia Rodríguez Uribe.





En cuanto este libro asume un número de desafíos escasamente abordados conjuntamente, la lectura de sus capítulos, muy bien elegidos y articulados en una trama densa y con visión didáctica, enriquece los fundamentos de las acciones de salud mental en la comunidad así como su aplicación. Para América Latina, esta publicación es particularmente bienvenida. Desde que la región adoptara la Declaración de Caracas (1990) y seguidamente las convenciones mundiales y americanas, las necesidades de capacitación se han multiplicado. Los lectores quedamos endeudados con los autores.

**Itzhak Levav**

Filiación

---

#### **Autores**

Manuel Desviat • Magda Dimenstein • Jader Ferreiro Leite • Candida Bezerra Danta • Kamila Almeida • João Paulo Sales Macedo • Roberto Beneduce • Ximena Castro Sardi • María Adelaida Arboleda Trujillo • Flavio Andrés D'Angelo • Omar Alejandro Bravo • Diana María Castrillón Libreros • Eliana Morales



ISBN: 978-958-8936-17-8



9 789588 193617 8

Colección **EL SUR**  
**CIELO**  
**ROTO**

