

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,³ 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:⁴

- 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).

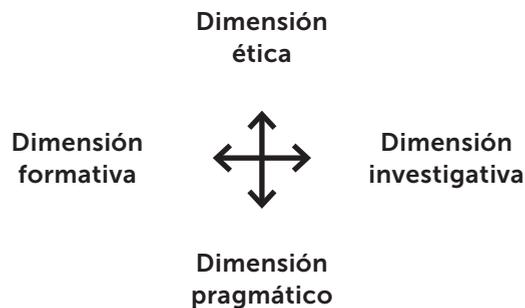
vinculadas hasta tal punto que sería superfluo tratar de diferenciarlas. Esta noción de subjetividad va más allá de la tradicional dicotomía individuo-sociedad, aproximándose al malestar del sujeto en relación con los contextos y significados sociales que lo han constituido y lo constituyen. El abordaje 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:⁵

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