



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Chile

Carrasco, Jimena; Yuing, Tuillang

Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad

Psicoperspectivas, vol. 13, núm. 2, 2014, pp. 98-108

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171031011010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad

Jimena Carrasco ^{a (*)}, Tuillang Yuing ^b

^a Universidad Austral de Chile, Chile

^b Universidad de Santiago, Chile

(*) jjimenacarrasco@uach.cl

RESUMEN

En el presente artículo se abordan las actuales transformaciones en la intervención en Salud Mental y Psiquiatría en Chile desde la perspectiva de los profesionales. El objetivo es comprender cómo se han re-configurado las prácticas, los roles, las identidades y los perfiles ético-profesionales, a partir de las transformaciones en el sector impulsadas por la adopción del denominado Modelo Comunitario, y cómo esto se vincula a una determinada lógica de gobierno y un tipo de subjetividad deseable. Se utiliza un acercamiento de tipo etnográfico en un equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Los resultados muestran que los interventores identifican tensiones entre los abordajes más tradicionales, heredados del modelo psiquiátrico, y las estrategias propias del nuevo modelo, lo que genera conflictos en sus prácticas, sus roles y sus identidades. Sin embargo, existen elementos comunes que estarían configurando una nueva ética profesional relacionada con elementos del yo vinculados a la subjetividad propia de una lógica de gobierno neoliberal.

PALABRAS CLAVE

salud mental, psiquiatría comunitaria, reforma de la atención de salud, práctica profesional

Biomedical, clinical and community affairs: Interfaces in the production of subjectivity

ABSTRACT

This article discusses current transformations in Mental Health and Psychiatry interventions in Chile from a professional standpoint. The goal is to understand how practice, roles identities and ethical professional profiles driven by transformations in the sector which were encouraged by the adoption of the so-called Community Model have been re-configured. We also sought to understand how this relates to a given government logic and to a desirable type of subjectivity. We followed an ethnographic approach in a Chilean Mental Health and Community Psychiatry team. Results indicate that intervention agents identify tensions between more traditional approaches, which were inherited from the psychiatric model and strategies that are particular to the new model. These tensions generate conflicts in their practice, their roles and their identities. However, there are common elements that may configure a new professional ethics connected to elements of self with links to a level of subjectivity that is typical of a neoliberal government logic.

KEYWORDS

mental health, community psychiatry, health care reform, professional practices

Recibido: 15 enero 2014

Aceptado: 15 abril 2014

Cómo citar este artículo: Carrasco, J. y Yuing, T- (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-415

Este trabajo forma parte de la Tesis de Doctorado de la autora, llevada a cabo gracias al apoyo del Programa de Becas de Gestión Propia de CONICYT (Concurso 2008).

ISSNe 0718-6924

Interventores en salud mental y psiquiatría como agentes de gubernamentalidad

A partir de la década de los noventa, en Chile, se han llevado a cabo una serie de transformaciones en las formas de intervención en salud mental. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (en adelante PNSMP) tuvo por objetivo dar directrices a nivel nacional para las acciones en este ámbito. Se propone una transformación de los problemas a intervenir y de las formas en que esto se realiza, presentando al Enfoque Comunitario como una innovación para una mejor comprensión y abordaje de la enfermedad y la salud mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2006). Su implementación ha ido a la par de cambios en la organización de la gestión y la ejecución de las políticas sociales de gobierno que, como consecuencia, han configurado nuevas formas de relaciones entre el Estado, las subjetividades y la sociedad civil. Dichas transformaciones se relacionan con el modelo de las democracias liberales (Sandoval, 2002, 2009) y son coherentes con las profundas transformaciones neoliberales iniciadas en la década de 1980 por la dictadura militar (Angelcos, Pérez & Sémbler, 2006).

Desde un enfoque crítico, se asume que las transformaciones en la intervención de personas con enfermedad mental se pueden entender como producto de cambios sociales y de las instituciones (Foucault, 1976; Still & Velody, 1992), es decir, como resultado de procesos históricos. En este sentido, la reforma de la institución psiquiátrica incorporó la intervención social —o psicosocial— como una nueva estrategia para el abordaje de personas y grupos con problemas de salud mental, lo que conllevó cambios significativos tanto en la intervención (Castel, Castel & Lovell, 1982) como en las instituciones encargadas.

Desde esta perspectiva, es plausible sostener que la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos se vincula a estrategias y técnicas de gobierno neoliberales (Arruda, Lopes, Starosky & Acosta, 2013) y, por lo tanto, coherentes con una lógica de sociedad de control, en la cual la intervención social juega un rol central (Deleuze, 1992; Johnson, 2008; Pinto & Ferreira, 2010). En este sentido, podemos entender la intervención social como el medio por el cual ocurre la alineación de las subjetividades con los propósitos de gobierno, en un ámbito de libertad, o mejor dicho, no institucional. A su vez, las transformaciones en la intervención social se pueden entender como el resultado del cambio en las maneras de concebir los problemas sociales, sus causas y sus posibles soluciones (Montenegro, 2001). Para el caso de Chile, la intervención social o psicosocial denominada como Comunitaria, se ha relacionado desde sus inicios en la década de 1960 con una serie de prácticas de técnicos y profesionales que tienen en común un mismo sujeto de intervención: el pobre (Asún, 2004).

De este modo, las acciones en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, se pueden entender como tecnologías de gobierno aplicadas a ciertos sujetos. Éstas no requieren de espacios institucionales específicos, sino de programas que deben involucrar a una serie de entidades y actores, entre los cuales están los interventores en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Podemos decir que estos programas se ubican en una *interface* entre el poder central y la ciudadanía, donde se conecta cierto tipo de subjetividad deseable con las lógicas de gobierno (Rose, 2008). De este modo, se constituye un espacio donde operan mecanismos que apuntan a que exista una “participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal informada basada en el respeto mutuo y confianza” (MINSAL, 2006, p. 5), tal como se ha definido en la política social.

En este proceso juegan un rol fundamental los profesionales y técnicos que conforman los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Estos son los llamados a transformar sus técnicas de intervención, de manera de hacerlas más coherentes con las políticas, entre las cuales está el PNSMP. En este sentido, planteamos que estos profesionales y técnicos pueden ser comprendidos como agentes de *gubernamentalidad* (Holmes & Gastaldo, 2002), en tanto que participan en la intervención de sujetos y grupos a partir de ciertos conocimientos en relación a lo normal o deseable, y los fundamentos que guían sus prácticas son promovidas por políticas de gobierno.

Quienes conforman los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria poseen, además, la particularidad de que sus acciones buscan intervenir las subjetividades de personas y grupos. Por lo tanto, se ubican entre las racionalidades de gobierno y las prácticas de intervención de la subjetividad de individuos y comunidades. Constituyen así un importante recurso para alinear los fines de gobierno con los deseos y la ética de los sujetos.

Rose (1998) propone que, para comprender cómo operan las tecnologías de gobierno en la actualidad, es necesario dar cuenta de la relación entre lo gubernamental, los saberes disciplinares y las técnicas de intervención de las subjetividades. Luego, señala que, para comprender cómo se articulan estas últimas con las lógicas de gobierno, debemos mirar las realidades terapéuticas como laboratorios en los que se generan los nuevos hechos en torno a las subjetividades normales y anormales, es decir, deseables y no deseables. Además propone una forma de análisis de las técnicas terapéuticas que identifica: 1) los nuevos aspectos de la vida que entran a ser parte del campo de intervención; 2) las nuevas técnicas de intervención del yo y 3) los aspectos del yo que adquieren nuevos significados éticos (Rose, 2007).

En cuanto a los saberes disciplinares, se puede señalar que, en la actualidad, tanto profesionales como técnicos han delimitado un nuevo objeto de conocimiento y de intervención del cual son expertos: la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria. Se trata de un dominio del saber que ya no se restringe al conocimiento biomédico o clínico de la enfermedad mental, sino que ha incorporado el conocimiento de lo social (Castel et al., 1982). Esta experticia ha penetrado en los programas de formación de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación, entre otros, y ha dado pie a programas de formación, comúnmente denominados de “enfoque comunitario”. El surgimiento de esta disciplina académica en Chile se relaciona de forma clara con lo gubernamental. Su desarrollo comenzó por la necesidad de formar profesionales psicólogos que se insertasen en los programas de intervención social impulsados a partir de la década de 1990 (Alfaro & Zambrano, 2009) e incorporaron referentes teóricos coherentes con los fundamentos de dichas políticas, tales como el Modelo de Competencias y el Modelo de Ecología Social.

En términos generales, el presente trabajo busca comprender este nuevo campo de conocimiento desde la perspectiva de los profesionales a fin de derivar algunas implicancias críticas para los procesos de intervención. De modo específico, se trata de conocer las transformaciones en las concepciones de los profesionales en el contexto de las reformas propuestas por el PNSMP y la reforma a la salud en Chile. De un modo secundario, se busca también vislumbrar algunos elementos sobre el tipo de subjetividad al que se dirigen las nuevas formas de intervención, en especial cuando este adquiere una significación ética en la elaboración del conocimiento experto y que son evaluados, problematizados y sobre los cuales se ha de trabajar (Rose, 2007).

Marco metodológico

Para avanzar en esta tentativa, se realizó una investigación cualitativa con un diseño etnográfico (Hammersley & Atkinson, 1983) en un Centro de Salud Mental Comunitarios (en adelante CESAMCO) de Chile.

El Centro de Salud Mental Comunitaria es un establecimiento ambulatorio de especialidad en Salud Mental y Psiquiatría, integrado a la Red de Salud General y del sub sistema de Salud Mental y Psiquiatría. Su cometido prioritario es brindar servicios integrales de salud mental y psiquiatría a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, en todas las etapas del ciclo vital (MINSAL, 2008, p. 10).

La investigación se llevó a cabo en un CESAMCO, creado el año 2008 con el fin de brindar una atención acorde con el PNSMP. Este centro brinda atención especializada a la población general de dos Centros de Atención Primaria. En el primero, al año 2012, se contabilizaba una población inscrita de 31.719 usuarios, mientras que en el segundo, al año 2013, ésta correspondía a 22.896 personas. Es decir, el CESAMCO es el centro de derivación para una población general de aproximadamente 54.000 usuarios. De acuerdo a la estadística, el CESAMCO, en la actualidad, atiende aproximadamente a 400 personas.

De acuerdo a la metodología propuesta, se realizaron reuniones con la encargada de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud y con los profesionales del Centro, en las que se expuso el diseño de la investigación y se les solicitó la firma de un Consentimiento Informado.

El diseño de investigación incorporó observación participante no encubierta durante 6 meses. La investigadora principal se incorporó como parte del equipo del centro, compuesto por psiquiatras, médicos de familia, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeras. Durante el periodo se observaron todas las reuniones clínicas y de coordinación del equipo y las acciones de atención a usuarios con consumo problemático de sustancias. También se observó una actividad de capacitación, dos actividades de vinculación con agentes de la comunidad y dos reuniones de coordinación con servicios públicos, dependientes de otros Ministerios. Se utilizó un diario de notas de campo para el registro de las observaciones. Como material complementario se hicieron grabaciones de audio y filmaciones de las actividades, a excepción de aquellas que incorporaban la atención a usuarios.

Además, se realizaron entrevistas a seis profesionales con el objeto de elaborar producciones narrativas (en adelante PN) (Balash & Montenegro, 2003). Estas buscan recoger la opinión de las persona entrevistadas, pero desde un método crítico que ponga en cuestión el dualismo propio de la distinción sujeto-objeto y la existencia de una realidad objetiva (Biglia & Bonet-Martí, 2009). Las PN se construyen mediante encuentros entre el investigador y el participante, sin un número predefinido de sesiones, sino más bien un propósito: hablar sobre el tema a investigar hasta que el participante de cuenta de que el texto es también resultado de su posicionamiento sobre el tema. En este sentido, “el lugar desde el cual son producidas estas enunciaciones es, precisamente, la posición que se construye en la conexión entre investigadora-participante y las múltiples voces que son convocadas para la producción del relato” (Balasch & Montenegro, 2003, p. 46). Por lo tanto, para

cada PN se realizan el número de encuentros que sea necesario para el logro del propósito mencionado.

Los profesionales entrevistados fueron dos psicólogos (en adelante P. 1 y P. 2), dos terapeutas ocupacionales (en adelante T.O. 1 y T.O. 2), una asistente social (en adelante A.S) y un médico psiquiatra infantil (en adelante P.I). Se realizaron entre dos a cuatro sesiones de entrevista con cada uno de los profesionales. Para las entrevistas se confeccionó un guión que incorporó los temas centrales de la investigación: la identidad profesional, las subjetividades deseables y la ética profesional. Finalmente durante el mes de marzo del año 2014 se elaboró una nueva PN con la coordinadora del CESAMCO, a fin de complementar, con información actual, los resultados obtenidos durante el trabajo de campo.

Ahora bien, en cuanto al análisis de la información obtenida, se puede señalar que se abordó con énfasis en el carácter abierto, múltiple y plural de la dimensión social. Ello ha requerido, entonces, elaborar una perspectiva deliberadamente interdisciplinaria que recoge aportes diversos –sobre todo de la psicología, la filosofía y la sociología–, con el fin de gestar un diálogo no necesariamente resolutivo ni concluyente.

Con todo, muchos de los elementos metodológicos han sido refinados en base al material analizado y a los fines del mismo trabajo, el que debe considerarse, entonces, como una pieza de investigación conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados.

Cabe precisar que la aproximación etnográfica desde la cual se implementó el trabajo de campo, incorpora en su dimensión teórica los aportes y discusiones de los estudios sociales de la ciencia (Latour, 2001; Akrich, Callon & Latour, 2006), que brindan generosas perspectivas para la elaboración de hipótesis y matrices de análisis sobre cómo tiene lugar la puesta en forma de una realidad científica en vinculación estrecha con el ámbito institucional.

Es por esta razón que la noción de gubernamentalidad (Foucault, 2001, 2006; Rose & Miller, 1992; Rose, 1997; Holmes & Gastaldo, 2002) se ofrece como una categoría interpretativa provechosa para nuestros propósitos. A ello debe sumarse la consideración de los actos de conocimiento como una elaboración artesanal (Hacking, 1999) que complementa la formulación de nuestro análisis.

A nuestro juicio, esta opción interpretativa tiene la ventaja de mantenerse alerta, ya sea frente a un realismo ingenuo como ante un construccionismo social determinante. El propósito es sugerir una explicación sobre cómo en estos distritos institucionales se generan realidades con estatuto de hechos científicos y dar cuenta

de los diversos efectos que emergen por la actuación de los interventores, en tanto articuladores de ejes de saber y poder.

Resultados

Luego de un primer análisis, se pudo identificar que la categoría “lo comunitario” es central para definir las nuevas prácticas y, por lo tanto, las identidades de los profesionales del CESAMCO. Esta categoría cobra mayor relevancia en el contexto de las reformas propuestas por el PNSMP. “Lo comunitario” es lo que diferencia las acciones del CESAMCO de las que se habían realizado previamente a la implementación de dicho plan. Sin embargo, al preguntar qué era “lo comunitario” los profesionales señalan que no está claro:

‘Creo que algo que pone tensión en el equipo es que nunca nos hemos puesto a hablar de qué entendemos por Salud Mental Comunitaria. Creo que es una gran deuda pendiente no sólo en este centro sino que también en el otro de las Ánimas’ (A.S., 2009).

Al profundizar sobre qué serían las prácticas propias del modelo comunitario, aparecieron dos categorías frecuentemente utilizadas como una delimitación de lo que NO es el trabajo comunitario: “lo biomédico” y “lo clínico”.

A continuación, se muestra como entienden los profesionales estos dos aspectos y el tipo de subjetividad que implican. Finalmente, se intentará volver a una definición de “lo comunitario” y desprender de ahí elementos emergentes con significación ética, es decir, que son evaluados, problematizados y sobre los cuales se ha de trabajar.

Lo biomédico: La búsqueda de síntomas en los sujetos

Antes de la creación de los CESAMCO, la única instancia para el tratamiento especializado de los problemas de Salud Mental y Psiquiatría era la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base. Para los profesionales, la creación de los CESAMCO tenía como propósito ser una alternativa a dicha Unidad, lo que otorgaba valor a sus prácticas:

‘Otro punto de encuentro es querer llevar esto adelante y que estos centros se implementen efectivamente desde otro enfoque y que no termine haciendo lo que se hacía en el hospital’ (A.S., 2009).

De acuerdo al relato de los profesionales, desde el 2008, cuando los CESAMCO comenzaron su funcionamiento, ha habido una constante crítica por parte de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital. Las razones de esta se explican por las

diferencias entre el modelo biomédico y el modelo comunitario. Por otra parte, los profesionales asumen que este último supone una mejoría y/o evolución en relación al primero y, por lo tanto, que ellos se encuentran en una situación de vanguardia que requiere la capacidad de comprender el proceso en el que están:

‘He tenido que detenerme y darme cuenta de que acá en [el CESAMCO], está ocurriendo todo un proceso de comprensión de esta reforma. Cuando llegamos, las reuniones con la gente del hospital fueron terribles, nos trataron muy mal, descalificando todo lo que queríamos hacer’ (T.O. 1, 2009).

Para los profesionales del CESAMCO, el modelo biomédico se expresaba en prácticas tales como atender dentro del recinto del hospital y no en los lugares donde vivían o trabajaban las personas; centrar la atención en los individuos sin prestar mayor atención a sus entornos y enfocar la intervención en acciones propias de psiquiatras y psicólogos, es decir, en la administración de psicofármacos y psicoterapia.

En contraposición, el modelo comunitario se expresaba en prácticas tales como: ir hasta los lugares donde las personas realizaban sus actividades cotidianas; no poner atención sólo a la persona que consulta, sino a todo su entorno y no centrar la intervención en la administración de psicofármacos y/o en la psicoterapia. Todos los integrantes del equipo concordaban que estos aspectos eran los centrales de las prácticas propias del modelo y, al mismo tiempo, lo que los diferenciaba de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base.

Estas diferencias se expresan en las formas de mirar y explicar los problemas. A continuación se cita el extracto de una reunión clínica en donde se analiza una derivación desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base:

‘- C.: nuevo ingreso: niño de 12 años, derivado desde la Unidad de Psiquiatría del Hospital para psicometría... Si se aplica una psicometría ¿de qué sirve?’

- T.: hacer sólo una psicometría no va de la mano con este centro, está descontextualizado.

- C.: a medida que transcurre la entrevista, la madre comienza a develar maltrato: dice que ella no lo quería tener.

- S: y todo esto frente al niño.

- R: cuando tenía cinco años, le indicaron un medicamento para un problema estomacal. La indicación era una gota y ella le dio 25 y fue hospitalizado por intoxicación. El niño vive en el mismo terreno que los abuelos y les pide ayuda porque dice que quiere aprender y no puede. La madre ahí mismo le dijo que habla sólo tonteras y cuando le pregunté por qué trataba así al chico se puso a llorar.

- C: todos los casos que vienen por psicometría son por el estilo. Quizá el envenenamiento pudo provocar algo orgánico.

- R: eso fue cuando tenía cinco años. Lo que no entiendo es cómo en el hospital no han visto el maltrato, si es evidente.

- M: cuando derivan desde el Hospital, ¿derivan el caso o sólo nos piden una evaluación?

- B: nosotros no somos pasadores de test.’

(Reunión clínica, 07 de mayo de 2009)

Para los profesionales del CESAMCO no era posible entender la problemática de una persona sólo por la aplicación de un test, a diferencia de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Hospital, quienes, al parecer, se explicaban estos casos por un problema de inteligencia que se podía pesquisar mediante una prueba estandarizada. Para los profesionales del CESAMCO, estos casos se explicaban por el entorno social y familiar, el que se debía evaluar mediante entrevistas con la familia y visitas al domicilio. Un test de inteligencia no era suficiente para establecer problemas, generar una explicación, ni plantear soluciones.

Por cierto, lo anterior tiene connotaciones éticas: si en el Hospital no veían las reales causas del problema, no podrían hacer nada para solucionarlo. Los profesionales del CESAMCO sentían entonces la obligación de hacer algo para contrarrestar las reales causas del problema.

Podemos decir entonces que, para los profesionales, las diferencias entre lo biomédico y lo comunitario se expresan en las formas de mirar los problemas a intervenir. A partir de estas distintas formas de mirar, resultan diferentes lógicas explicativas de los problemas y diferentes propuestas de solución. De este modo, mientras en la lógica biomédica más tradicional se buscaba encontrar la patología en el sujeto, es decir, los síntomas en la persona, en el enfoque bio-psico-social, propio del modelo comunitario, se busca ver el contexto social que produce dichos síntomas.

Por otra parte, la búsqueda de signos y síntomas de la enfermedad mental, propia del modelo biomédico, se contraponía al ver y comprender hechos y causas relacionadas a aspectos subjetivos:

‘Si yo me centro en ver si tienes un trastorno de personalidad porque tienes ciertos síntomas, yo dejo de ver realmente el problema que tú estás teniendo, o sea me dedico más a ver lo que estoy buscando, en vez de ir a lo profundo, a lo que a ti te está ocurriendo en ese momento, y que es el problema que tú tienes’ (P. 2, 2009).

El vuelco hacia los aspectos subjetivos implicaba un cambio en las prácticas. Estas debían apuntar a modificar los aspectos que la persona consideraba problemáticos antes que atacar los problemas que se habían definido desde una mirada biomédica, es decir, más allá del diagnóstico clínico.

‘También, en las preguntas que se hacen en el ingreso, en este equipo se avanzó a preguntar ¿qué necesitas? Porque antes eso no estaba dentro del ingreso, sólo se ponía el motivo de consulta que viene en la interconsulta y que tiene que ver con la psicopatología’ (T. O. 1, 2009).

No obstante, la mirada biomédica, es decir, aquella que busca la psicopatología, si bien es propia de la Psiquiatría más tradicional, también estaba, en alguna medida, presente en los integrantes del equipo. Lo que diferencia a los profesionales del CESAMCO era que entendían que esto era un problema a resolver, en función de avanzar hacia una mirada más psicosocial o comunitaria.

‘T: Le dije que yo la miraba a ella primero como persona y después vería si hay algún diagnóstico. Pero es un poco también lo que hacemos en nuestra práctica diaria, a pesar de que no somos psiquiatras, no somos médicos, a veces si uno se mira, o mira lo que hacemos, a veces tiene mucho que ver con esta misma lógica y con esta mirada’ (Extracto transcripción jornada de reflexión y capacitación, 22 de julio de 2009).

Lo clínico: El saber experto

“Lo clínico” –la otra categoría utilizadas por los profesionales para definir lo opuesto al modelo comunitario– hace referencia a una forma de intervención compartida por la Psiquiatría y la Psicología que se basa en la idea de un experto capaz de intervenir la subjetividad, del mismo modo como la medicina interviene los cuerpos, con el fin de mejorar un problema o algo que no funciona bien.

Los profesionales concordaban en que, opuestamente a la creencia más tradicional, psiquiatras y psicólogos no cuentan con un conocimiento experto capaz de modificar a los usuarios. Esta idea habría generado el hábito de dar prioridad a estos profesionales para intervenir y definir problemáticas.

Los profesionales del CESAMCO no compartían tal premisa, sin embargo, este desacuerdo no se traducía en una modificación de sus prácticas profesionales. Esta incapacidad para modificar sus prácticas de intervención, con el fin de hacerlas coherentes con sus posturas, se percibía como un problema cuyas causas se atribuían a las dificultades y trabas para romper los modelos tradicionales y asumir riesgos.

‘Ninguno del equipo ha podido salir de una mirada propia de la psiquiatría y la psicoterapia, a pesar que la critique (...). Ya lo hemos pensado en el equipo y hemos tenido discusiones al respecto, sin embargo, en el momento en que se plantean los casos, se vuelve a la misma rigidez (...) Finalmente, lo veo como un simbolismo del sistema actual, porque cuando vas a hacer cosas, igualmente estás metida dentro de la estructura. Lo piensas, pero cuando lo vas hacer, lo vuelves a hacer igual y eso me frustra

mucho, porque aunque no comparta la forma tradicional de hacer las cosas, siento que tengo una responsabilidad con este equipo, que me impide arriesgar más’ (T.O. 1, 2009).

La crítica a la Psicología se apoyaba en los problemas que ésta ha tenido para otorgar validez a sus prácticas como medio de solución a problemas y en la patologización o connotación negativa que le asigna a ciertas características de las personas. Luego, la crítica se hacía extensiva al modelo tradicional de atención en Salud Mental por aceptar las prácticas psicoterapéuticas como las idóneas, sin mayor cuestionamiento.

A su vez, la mirada clínica –propia de la psicología tradicional–, era considerada también como un elemento presente en el trabajo de los integrantes del equipo. Nuevamente lo que, según sus miembros, distinguía al equipo del CESAMCO de otros profesionales, era que la mirada médica se comprendía como un problema a resolver, es decir, como un obstáculo a superar para lograr avances. Sin embargo, los profesionales reconocían este elemento como algo aún más arraigado en sus creencias y prácticas.

‘S: todos nos creemos el cuento de que la psicoterapia puede ser la varita mágica que va a cambiar a la persona, porque se sigue pensando que el problema está en la persona, en el individuo, en lo psíquico; hay algo en la psiquis del individuo que está mal’ (Extracto transcripción jornada de reflexión y capacitación 22 de julio de 2009).

Si la causa de los problemas no está en el individuo, la solución a los problemas no se logrará por intervenir su psiquis, más aún cuando la psicología no ha logrado dar garantías de que su experticia tiene resultados. Por lo tanto, para los profesionales del CESAMCO las soluciones estarían del lado de las relaciones que establecen con las personas.

‘- S: Eso es lo que el autor cuestiona y que nosotros también, con el tiempo hemos ido criticando. [...] Para el autor la cura estaría en compartir las realidades. Es lo mismo que uno hace cuando le pide a un amigo que lo acompañe a tomarse una cerveza.

- C: eso hablábamos la otra vez. Que la psicoterapia no necesariamente implica alguna técnica con una base científica, sino que sólo basta con escuchar cuando la persona tiene algún problema. No necesariamente implica que uno diga algo’ (Extracto transcripción jornada de reflexión y capacitación 22 de julio de 2009).

Podemos comprender “lo clínico” como las prácticas que se derivan de la creencia de que hay un conocimiento experto y una técnica propia de ese conocimiento, que puede curar, sanar o cambiar a un sujeto. Luego, la ética de los profesionales del CESAMCO llama a una ruptura de esta relación: quien puede hacer algo ante una situación problemática no necesariamente debe ser un experto en temas de Salud Mental y Psiquiatría. As-

pectos como el carácter, los gustos y las historias de vida pueden ser considerados elementos a partir de los cuales intervenir. La fuente de la curación no estaría en el saber experto, sino en la relación que se establecía con el sujeto/objeto de intervención.

Lo comunitario: Lo emergente

Además de todos aquellos factores que se perciben como opuestos al paradigma “biomédico” y “clínico”, los profesionales identificaban como una estrategia propia del modelo comunitario el trabajo propiamente dirigido a los territorios. Cabe recordar que el CESAMCO se caracteriza por ser territorial, es decir, su acción debe responder a las necesidades de la población de una localidad específica. En ese sentido, los profesionales designaban como *trabajo con los territorios* las acciones que se realizaban más allá del recinto del Centro y que tenían como objeto la población de determinados sectores y no necesariamente sujetos particulares. Esto se relacionaba fuertemente con concepciones ligadas a la idea de cooperación por la pertenencia territorial, propia de las bases del movimiento comunitario de la década de 1960. A continuación, un extracto de la descripción de una de estas actividades: “Una hermosa jornada caracterizada por el entusiasmo, las ganas de atreverse y participar, un encuentro donde también se hicieron presentes historias comunes de vecinos, las cuales puestas en escena permitió un encuentro con la vida comunitaria y con el esfuerzo colectivo de fortalecer una organización vecinal” (Villa Claro de Luna, 2009).

Otras acciones, que se consideraban propias del modelo, eran establecer contactos con diferentes entidades en función de obtener información y/o facilitar la atención de un usuario en otros establecimientos tales como colegios, centros de salud familiar y otros centros de atención. La justificación de este tipo de acciones se relacionaba con aspectos del enfoque de redes.

‘Otras de las acciones que realizo es tener reuniones con las otras instituciones en que se está viendo a los usuarios. Por ejemplo, con el Centro de la Mujer, con quienes además me relaciono por vía correo o teléfono para ver cómo vamos o qué hacemos. Creo que esto es algo que falta hacer más, porque los usuarios están en toda una red’ (A.S., 2009).

Tanto para el caso del trabajo con los territorios, como para las acciones de coordinación, los profesionales se encontraban con la dificultad de que estas medidas no eran contabilizadas en las estadísticas de atención y, por lo tanto, no se consideraban para la asignación de recursos al Centro.

‘También me motiva lo que está pasando en la Villa Claro de Luna, donde estamos entrando y nos están conociendo de otra manera. Ahora bien, el problema viene cuando

quieres que esto sea llevado a la estadística, porque creo que puede llegar a ser un desastre. (...) Salir de aquí cuesta muchísimo, porque todo lo estadístico, o todo por lo que se nos evalúa es lo que hacemos dentro de estas cuatro paredes. Hay muy poco que se nos evalúa de lo que hacemos afuera’ (T.O. 1, 2009).

‘Yo lo he hecho algunas veces, pero no es suficiente. Quizás es por el tiempo también y nuevamente, dónde registro una llamada telefónica si no está dentro de la estadística. Tampoco es una consulta de Salud Mental, así que al final no lo registro en ninguna parte, y eso es visto como tiempo muerto’ (A. S., 2009).

Sin embargo, paradójicamente, las acciones más propias del modelo Comunitario son aquellas que se realizan fuera del espacio físico del CESAMCO y/o permiten la relación de los profesionales con actores externos. Estas pueden estar orientadas a un grupo definido por una lógica territorial y no necesariamente a sujetos particulares. También incorporan acciones de coordinación con otros profesionales y/o instituciones que tienen algo en común con el CESAMCO: los sujetos de intervención.

Con todo, la apuesta por el enfoque comunitario abre una dimensión ética de la intervención, se debe *salir a la comunidad*. Así la crítica al modelo biomédico y a la clínica generan un sentido de obligación que demandan tiempo y esfuerzo, aun cuando éstos no sean reconocidos ni financiados.

El profesional propio del modelo comunitario

Para los profesionales, una situación problemática no se explica por el diagnóstico clínico ni por las características psicológicas de los individuos, sino por las relaciones que éstos tienen con sus entornos sociales más próximos. Por lo tanto, para lograr una solución, es necesario que las personas se den cuenta que esta es la razón de sus problemas e intenten modificar las relaciones que establecen con sus entornos sociales más próximos. Ello implica entonces la necesidad de ser parte de esos entornos más cercanos.

‘Un usuario te puede decir que su mamá no lo quiere, pero la mamá te puede decir que sí lo quiere. ¿Qué está pasando ahí?, ¿hay una mala comunicación? Entonces, ¿cómo haces que las personas se empiecen a comunicar mejor? Yo tengo que empezar a comunicarme bien con ellos porque yo soy parte de lo que está pasando ahí’ (P. 2, 2009).

En ese sentido, son las relaciones que establecen los sujetos con sus entornos más próximos, son los nuevos aspectos de la vida que entran a ser parte del campo de intervención, es decir, los nuevos escenarios éticos (Rose, 2007).

La crítica a las formas tradicionales de intervención (modelo biomédico y acciones clínicas) se relacionan con una valorización de la independencia y la acción autónoma. Los diagnósticos médicos son una explicación de los problemas que ha sido construida por otro y no requieren de la comprensión ni del compromiso de los sujetos. Por otra parte, los tratamientos farmacológicos dan una solución que tampoco requiere del involucramiento del sujeto afectado. Con estas medidas, se dificulta que las personas se *hagan cargo* de sus propias situaciones problemáticas.

La independencia cobraba valor para los profesionales, como una posibilidad para que los sujetos de intervención puedan tener mayor participación en la definición, explicación y solución de sus problemas y, por lo tanto, mayor compromiso. Para esto, las técnicas que utilizan los profesionales no se relacionan directamente con entregar sus marcos interpretativos a los usuarios, pues ello significa mantener a los usuarios como dependientes del conocimiento experto. Más bien, se apunta a las relaciones que se establecen con ellos. Sin embargo, se espera que la relación entre sujetos de intervención y el equipo de profesionales se mantenga, independiente de la continuidad de los sujetos que componen el equipo, quienes, por las condiciones de trabajo, suelen tener una alta rotación.

La forma de trabajar con y en las relaciones, debe impedir la dependencia de los sujetos y, para eso, la estrategia sugerida es que los usuarios no sean atendidos por un único profesional sino por un equipo.

- M I.: cuando se fue Joco dejó encargado que le buscáramos colegio. Ahora dice que no quiere seguir viniendo, pero hay problemas de VIF. La única que la veía era Joco.
- S.: de esto tenemos que aprender. No puede haber una sola persona que intervenga a un usuario, hay que hacer abordaje en equipo.
- M I.: en la ficha no hay plan individual, no hay objetivos ¿para qué la vamos a hacer venir?, ¿qué pasó ahí con el vínculo? Puede ser que ya no quiera venir" (Extracto transcripción reunión clínica, 16 de abril de 2009).

De esta manera, se puede enunciar la independencia como un nuevo elemento del yo que adquiere una significación ética en el trabajo profesional. Esta dimensión ética es problematizada y requiere un trabajo, es decir, gana el estatus de una nueva ética material (Rose, 2007). Esta dimensión se aplica en el momento en que los profesionales realizan la elaboración de los casos sobre los que deben intervenir, aunque no lo reconocen como el producto de un conocimiento experto.

- 'Puede ser que en el CESAMCO se den cambios en las personas, pero depende completamente de las personas. El cambio no parte de lo que uno pueda hacer, sino de la disposición del usuario. Uno lo que puede hacer es acom-

pañar y la persona se puede demorar años, pero tú sólo tienes que acompañar hasta que el otro descubra algo. Nosotros no tenemos el poder, porque también eso nos colocaría en una posición de poder para modificarle la vida a los demás y creo que eso no es posible'. (P. 2, 2009).

Las situaciones problemáticas se explican por la realidad social en que están inmersos los sujetos y las posibilidades de solución se relacionan con la probabilidad que estos se den cuenta y se hagan cargo de dicha realidad. En este sentido, la posibilidad de un cambio pasa por la reflexividad de las personas y no por el conocimiento experto de los profesionales. Los profesionales sólo pueden introducir pequeños cambios, a partir de las relaciones que establecen con ellos.

La reflexividad, entendida como la comprensión de los procesos sociales e históricos que han originado la situación actual, también es algo que deben tener los profesionales para la transformación de las formas de intervención. La reforma se debe comprender al interior de procesos sociales e históricos y los profesionales involucrados deben tomar conciencia de esto, de lo contrario, se mantendrán en una situación de vaciamiento que les impedirá llevar a cabo los cambios necesarios.

Solo si se toma conciencia de la realidad social en la que se está inserto, se podrá llevar a cabo un proceso de reforma que no caiga en simplificaciones o reducciones (Lobosque, 2006; Amarante, 2003; Saraceno, 2001). Así como las personas y grupos deben ser conscientes de sus historias y de sus realidades sociales para poder generar un cambio, los equipos de Salud Mental deben también tomar conciencia de los factores históricos, sociales y políticos que han llevado al proceso de reforma.

Podemos decir que la reflexividad también se torna una nueva ética material (Rose, 2007), es decir, un nuevo elemento del yo que adquiere una significación ética es problematizado y se vuelve necesario trabajar sobre él.

A fin de trabajar en y a través de las relaciones que establecen los usuarios con sus entornos sociales, los profesionales deben realizar acciones más allá del espacio físico del centro, es decir, deben tender hacia la comunidad, aun cuando no hay claridad sobre cuáles son los límites de ésta. Las acciones propias de lo comunitario emergen en la relación con *la comunidad*, que es un espacio desconocido y no delimitado y se despliegan según diferentes formas de articulación, entre los diferentes actores de los cuales los profesionales son sólo una parte. El profesional se precipita hacia una suerte de voluntariado —en ocasiones hasta un apostolado— en el que convergen, hasta hacerse indiscernibles, las dimensiones éticas y profesionales.

Conclusiones

Los profesionales del CESAMCO se sitúan en medio de un proceso de cambio de las formas tradicionales de intervención. Las contradicciones entre lo que se debe hacer y lo que se hace se asumen como propias de un proceso que aún no ha llegado a destino. Lo comunitario se convierte así en aquello a lo que se quiere llegar, una modalidad de trabajo que aguarda su consolidación, aun cuando no existe consenso ni univocidad en relación a lo que implica, sino un mero juego de oposiciones frente a lo biomédico y lo clínico.

De este modo, la identidad de los profesionales se configura en este tránsito y, por lo tanto, implica dualidad y/o tensión (Bueno & Caponi, 2009). Al mismo tiempo, los profesionales ven, en este tránsito, la oportunidad de una transformación que consideran deseable. Ésta se relaciona con la superación del modelo de la institución psiquiátrica y denota una valoración de nuevas formas de gobierno, más próximas a las de una sociedad de control (Carvalho, Mainieri, Arraes & Dimenstein, 2009), es decir, no están restringidas a un espacio institucional, sino más bien diseminadas por todo el entramado social.

Por otra parte, la identidad y la ética de los profesionales están relacionadas a las ciencias sociales y las formas más tradicionales de comprensión de lo social. Ven las relaciones que establecen ciertos sujetos con sus entornos más próximos como el resultado de un orden social mayor y, al mismo tiempo, ven en estas relaciones, la reproducción de ese mismo orden o estructura social (Serres, 1991).

Por otra parte, la comprensión de lo social que tienen los profesionales está ligada a las bases del movimiento de comunidad de la década de 1960 (relaciones de colaboración por la pertenecía a un territorio). Sin embargo, esto entra en conflicto con los modelos de gestión en salud que establecen previamente objetivos y metas que no necesariamente coinciden con los propósitos de otros actores del territorio. Además, las nuevas tecnologías, tales como teléfono, internet y redes virtuales, desplazan al territorio como la base de las relaciones sociales.

El sujeto se considera como una unidad que contiene la totalidad de lo social, pero que puede actuar de forma independiente en la medida en que su acción proviene desde su propio centro (Mead, 1972) y no reproduce el orden social que causa los problemas. Por lo tanto, la independencia radica en tener actividad autónoma, es decir, independiente de las personas con las que los sujetos se relacionan. La solución a los problemas está dada porque los sujetos sean conscientes de su entorno

social y de los problemas que éste les ocasiona y comiencen a establecer otro tipo de relaciones con estos mismos entornos. De esta manera, el individuo será capaz de modificar su situación problemática.

Es así que el rol de los profesionales es conocer los entornos sociales de los sujetos de intervención y acompañarlos en un proceso de adquisición de mayores grados de reflexividad e independencia. Sus acciones apuntan a intervenir las realidades psicosociales de los sujetos de intervención, a través de una vinculación con ellos y con sus entornos, sin embargo, la modificación de las situaciones problemáticas no depende exclusivamente de tales acciones.

“Lo biomédico” y “lo clínico” –si bien se entienden como enfoques opuestos a lo comunitario– conviven con los intentos de transformación de las prácticas profesionales. Esta convivencia es posible y pensable bajo el supuesto de que se está en un tránsito: lo comunitario es la meta a conseguir, pero mientras no se alcance se mantienen operando aspectos biomédicos y clínicos en el quehacer cotidiano de los profesionales. Sin embargo, esto limita las posibilidades de salir al espacio de comunidad, lo que –tal como hemos indicado– se plantea, a su vez, como un imperativo ético.

Para los profesionales, los problemas a intervenir no son síntomas ni patologías, sino aspectos que vienen desde el fondo de las personas y que, a la vez, tienen su origen en su entorno social. Esto es coherente con el modelo de individuo que surge del pensamiento social actual, cuya subjetividad estaría definida por la acción que viene del interior, que es también lo que recoge y representa a la totalidad de lo social (Tirado & Mora, 2004).

En este modelo, el ideal se relaciona con la capacidad de generar soluciones desde ese fondo propio del individuo, recogiendo lo social. Esto se ve representado en las subjetividades deseables para los profesionales: sujetos capaces de darse cuenta de sus entornos sociales (de riesgo) y de tener acciones independientes de los mismos sin la intervención directa de un agente externo (experto) y con el apoyo de quienes pueden ver los problemas como el resultado de las relaciones sociales: los profesionales con enfoque comunitario.

Referencias

- Akrich, M., Callon, M. & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. París: Mines Paris Les Presses.

- Alfaro, J. & Zambrano, A. (2009). Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile. *Psicología & Sociedad*, 21(2), 275-282.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. En P. Amarante (Ed.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 45-66). Río de Janeiro: Nau Editora.
- Angelcos, N. Pérez, P. & Sémbler, C. (2006). Los sectores medios ante la era neoliberal: Transformaciones y contradicciones del desarrollo en Chile. *Revista de Sociología de Universidad de Chile*, 20. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/20/2006-AngelcosPerezSembler.pdf>
- Arruda, A., Lopes, K., Starosky, M. & Costa, R. (2013). Ciudadanía y libertad en los procesos de reforma psiquiátrica brasileña: Un ensamble de modos gubernamentales. *Boletín informativo de la Sociedad española de Historia de la Psicología*, 51, 2-10. Recuperado de: <http://sehp.org/Boletines/Boletin51.pdf>
- Asún, M. (2004). *Para leer la psicología comunitaria: Contextualización histórica en Santiago de Chile* (tesis de licenciatura). Recuperada de www.comunitarios.cl
- Balasch, M. & Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. En L. Gómez (Ed.), *Encuentros en Psicología Social. Publicación del VIII Congreso Nacional de Psicología Social* (pp. 44-48). Torremolinos, España.
- Biglia, B. & Bonet-Martí, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. *Forum Qualitative Research. Sozialforschung*, 10(1). Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs090183>
- Bueno, M. & Caponi, S. (2009). A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: Um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface - Comunicação saúde educação*, 13(28), 137-150.
- Carvalho, R., Mainieri, S., Arraes, A. & Dimestein, M. (2009). Por uma clínica da resistência: Experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface - Comunicação saúde educação*, 13, 199-207.
- Castel, R., Castel, F. & Lovell, A. (1982). *The psychiatric society*. New York: Columbia University Press.
- Deleuze, G. (1992). Post-scriptum sobre as sociedades de controle. En P. Pál Pelbart (Trad.), *Gilles Deleuze. Conversações* (pp. 219-126). Río de Janeiro: Editora 34.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits*. Paris: Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
- Johnson, D. (2008). Managing Mr. Monk: Control and the politics of madness. *Critical studies in media communication*, 25(1), 28-47. doi: 10.1080/15295030701851130
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora*. Barcelona: Gedisa.
- Lobosque, A. (Ed.) (2006). *Um desafio a formação: Nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção*. Horizonte: ESPMG.
- Mead, G. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud (2006). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2008). *Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Montenegro, M. (2001). *Conocimientos, agentes y articulaciones: Una mirada situada a la intervención social* (Tesis doctoral inédita). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Pinto, A. & Ferreira, A. (2010). Problematicando a reforma psiquiátrica brasileira: A genealogia da reabilitação psicosocial. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 27-34.
- Rose, N. (1997). El gobierno de las democracias liberales avanzadas: Del liberalismo al neoliberalismo. *Archipielago. Cuadernos crítica de la cultura*, 29, 25-40.
- Rose, N. (1998). *Inventing ourselves. Psychology, power, and personhood*. Londres: Cambridge University.
- Rose, N. (2007). Terapia y poder: Techné y ethos. *Archipielago. Cuadernos crítica de la cultura*, 76, 101-124.
- Rose, N. & Miller, P. (1992). Political power beyond the state: Problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43, 173-205.
- Sandoval, J. (2002). Ciudadanía, gobierno de la subjetividad y políticas sociales. *Última Década*, 10(17), 161-177.
- Sandoval, J. (2009). Representaciones de la ciudadanía en los discursos del "saber experto": La individualización de la desigualdad. *Psicoperspectivas*, 8(2), 35-56.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Ho-

- rizonte/Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora.
- Serres, M. (1991). *El contrato natural*. Valencia: PRE-TEXTOS.
- Still, A. & Velody, I. (1992). *Rewriting the history of madness. Studies in Foucault's "histoire de la folie"*. Londres: Routledge.
- Tirado, F. & Mora, M. (2004), *Cygorgs y extituciones: Nuevas formas para lo social*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Villa Claro de Luna (23, julio de 2009). Teatro espontáneo, un encuentro de historias comunes [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://villaclarodeluna.blogspot.com/2009/07/teatro-espontaneo-un-encuentro-de.html>